



**EHESP**

---

**Inspecteurs de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Mars 2015**

---

**L'exercice coordonné pluri-  
professionnel comme outil de lutte  
contre la désertification médicale dans  
le département des Hautes-Alpes**

---

**Jérémy ATALAYA**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier mon maître de stage, Jérôme VIEUXTEMPS, pour son aide et sa disponibilité pour me conseiller tout au long de la rédaction de mon mémoire. Je souhaite également remercier Nelly BLANCHET, médecin inspecteur de santé publique à la délégation territoriale des Hautes-Alpes, pour son aide et sa fine connaissance du monde médical qui m'a notamment permis d'avoir une approche plus critique du sujet et d'enrichir ainsi mon analyse. Je veux également remercier l'ensemble du personnel en charge de l'animation territoriale et en particulier Sylvie GONDRE, responsable du pôle animation territoriale, qui m'a permis de participer au suivi et à la gestion de l'ensemble des projets en lien avec mon mémoire sur le territoire des Hautes-Alpes.

Je tiens à remercier enfin l'ensemble des personnes que j'ai pu rencontrer lors de la réalisation de mon mémoire qui ont su se montrer disponibles et qui m'ont apporté de précieux témoignages pour la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'exercice pluri-professionnel coordonné est désormais l'outil privilégié par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural .....</b>	<b>5</b>
1.1 Méthodologie.....	5
1.2 La désertification médicale est une réalité qui touche déjà de nombreux territoires.....	7
1.2.1 L'accès aux soins est de plus en plus menacé en particulier en milieu rural.	7
1.2.2 Les raisons de la « fracture » territoriale.....	8
1.3 Les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics jusqu'à présent n'ont pas permis d'enrayer le phénomène.....	10
1.3.1 Des outils essentiellement d'incitation financière.....	10
1.3.2 Les effets des outils d'ordre structurel sont insuffisants concernant la démographie médicale.....	12
1.4 L'intérêt de l'exercice médical pluri-professionnel coordonné dans la lutte contre la désertification médicale.....	13
1.4.1 Les maisons et pôles de santé pluri-professionnelle .....	13
1.4.2 Un appui important des pouvoirs publics dans le développement de ces structures.....	15
<b>2 La politique de développement des MSP en région Provence-Alpes-Côte d'Azur .....</b>	<b>19</b>
2.1 Un outil de lutte contre la désertification médicale dans les Hautes-Alpes.....	19
2.1.1 Diagnostic territorial .....	19
2.1.2 Etat des lieux des projets et cadre institutionnel .....	20
2.2 La réalisation d'un projet de maison de santé .....	21
2.2.1 Le rôle déterminant des professionnels de santé et des collectivités territoriales.....	22
2.2.2 Les grandes étapes dans la réalisation d'un projet de maison ou pôle de santé .....	23
2.2.3 Les impacts d'une maison de santé sur les conditions d'exercice .....	26

2.2.4	Le rôle de l'ARS dans l'accompagnement des projets .....	27
2.3	Analyse d'un projet sur le territoire des Hautes-Alpes.....	30
2.3.1	Présentation du projet.....	30
2.3.2	Des objectifs en cohérence avec les besoins du territoire.....	31
<b>3</b>	<b>La place des maisons de santé pluri-professionnelles dans la lutte contre la désertification médicale .....</b>	<b>34</b>
3.1	Le pôle de santé « Séliance » : un exemple de réponse aux besoins d'un territoire rural.....	34
3.1.1	Historique du projet.....	34
3.1.2	Une réponse au risque de désertification de plusieurs territoires des Hautes-Alpes .....	35
3.2	Les enseignements tirés des expériences menées sur le terrain .....	37
3.2.1	Les MSP constituent une importante source d'attractivité pour les professionnels de santé dans les territoires ruraux isolés .....	37
3.2.2	Des difficultés importantes dans la conduite des projets de MSP .....	38
3.3	Le développement d'outils au service d'un accompagnement qui répond aux besoins des professionnels .....	44
3.3.1	Les outils mis en place en région PACA .....	44
3.3.2	Les bonnes pratiques mises en œuvre par les autres ARS et les acteurs...46	
3.4	Les perspectives nationales pour le développement de ces structures : une pérennisation est-elle envisageable ? .....	48
3.4.1	Les différentes études réalisées au niveau national tendent à démontrer l'apport de ces structures en matière d'accessibilité aux soins .....	48
3.4.2	Un développement du travail pluri-professionnel favorisé par les nouveaux modes de rémunération.....	49
3.4.3	Des perspectives favorables malgré l'importance des obstacles à surmonter .....	50
	<b>Conclusion .....</b>	<b>57</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS :</b>	Agence régionale de santé
<b>ASIP :</b>	Agence des systèmes d'information partagés en santé
<b>CATS :</b>	Comité d'accompagnement territorial des soins de 1 <sup>er</sup> recours
<b>CCOP :</b>	Commission de coordination pour l'offre de soins de proximité
<b>CESP :</b>	Contrat d'engagement de service public
<b>CNOM :</b>	Conseil national de l'Ordre des médecins
<b>CPOM :</b>	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
<b>CRES :</b>	Comité régional d'éducation à la santé
<b>CRSA :</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>CSAPA :</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSMF :</b>	Conférence des syndicats médicaux français
<b>CSP :</b>	Code la santé publique
<b>DETR :</b>	Dotation d'équipement des territoires ruraux
<b>DGOS :</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DREES :</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRJSCS :</b>	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
<b>DSS :</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>EHPAD:</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ELSA :</b>	Equipe de liaison et de soins en addictologie
<b>ENMR:</b>	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
<b>ESP :</b>	Espace de santé de proximité
<b>FEADER:</b>	Fond européen agricole pour le développement rural
<b>FEDER:</b>	Fond européen de développement régional
<b>FEMAS:</b>	Fédération régionale des maisons et pôles de santé
<b>FFMPS :</b>	Fédération française des maisons et pôles de santé
<b>FIQCS:</b>	Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
<b>FIR:</b>	Fond d'intervention régional
<b>FNADT:</b>	Fond national d'aménagement et de développement du territoire

<b>FNEHAD :</b>	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
<b>FSE:</b>	Fond social européen
<b>GCS :</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>HAS:</b>	Haute autorité de santé
<b>HCAAM:</b>	Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie
<b>IDE :</b>	Infirmiers diplômé d'Etat
<b>IFSI :</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>INSEE:</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDES:</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>MAIA:</b>	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
<b>MIP :</b>	Module interprofessionnel de santé publique
<b>MRS :</b>	Maison régionale de santé
<b>MSP:</b>	Maison de santé pluri-professionnelle
<b>ORS:</b>	Observatoire régional de la santé
<b>ORU:</b>	Observatoire régional des urgences
<b>PACA:</b>	Provence-Alpes-Côte d'Azur
<b>PDSA:</b>	Permanence des soins ambulatoires
<b>PDES :</b>	Permanence des soins en établissement de santé
<b>PRS :</b>	Projet régional de santé
<b>PSP:</b>	Pôle de santé pluri-professionnel
<b>PTMG :</b>	Praticien territorial de médecine générale
<b>SNIIRAM :</b>	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
<b>SNS :</b>	Stratégie nationale de santé
<b>SROS:</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>SROSA:</b>	Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires
<b>STSP :</b>	Service territorial de santé au public
<b>URIOPSS :</b>	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
<b>URPS:</b>	Union régionale des professionnels de santé

## Introduction

« *L'exercice isolé n'a pas d'avenir en médecine* »<sup>1</sup>. Cette déclaration d'un représentant syndical des médecins généralistes illustre bien la tendance actuelle qui va conduire, peu à peu, à un bouleversement de la pratique de la médecine de proximité en France avec notamment la montée en puissance de l'exercice regroupé. Les maisons et pôles de santé pluri-professionnels (MSP et PSP) constituent des exemples des nouvelles modalités d'exercice de la médecine de premier recours induites par cette tendance.

Cette évolution de l'exercice de la médecine libérale, qui répond aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, est amenée à avoir des conséquences importantes sur la répartition des médecins sur le territoire avec notamment le risque d'accroître la « fracture » territoriale dans l'accès aux soins entre les zones attractives et les zones sous dotées. En effet, l'exercice libéral traditionnel, qui se faisait parfois de façon isolée, permettait et continue à permettre d'assurer une présence médicale sur l'ensemble du territoire y compris dans les zones les plus fragiles. Souvent, la faible densité médicale était ainsi compensée par la réalisation d'un nombre élevé d'actes. Aujourd'hui, la principale cause de désertification est le non remplacement du personnel médical dans les zones peu attractives faiblement dotée. Ainsi, beaucoup de communes s'inquiètent du vieillissement de leur personnel médical et s'efforcent de trouver des solutions afin d'assurer un renouvellement de l'offre médicale. Parfois, les solutions sont difficiles à trouver, les zones fragiles ayant tendance à cumuler les handicaps pour attirer de nouveaux praticiens.

Face à cette fracture croissante entre les zones dites attractives et les zones plus fragiles, les pouvoirs publics multiplient les initiatives pour tenter d'enrayer le phénomène. Il existe ainsi un véritable arsenal d'outils essentiellement centrés sur l'incitation financière pour tenter d'attirer les médecins dans les zones fragiles financés par l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales. On peut citer les contrats d'engagement de service public (CESP), les diverses mesures d'exonération et d'aides à l'installation ainsi que les différentes majorations. Aujourd'hui, le pacte santé-territoire continue à s'inscrire dans cette démarche d'incitation avec le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Face à l'ampleur du phénomène, il y a une prise de conscience de l'ensemble des pouvoirs publics de la nécessité d'agir afin d'assurer une répartition équilibrée de la démographie médicale permettant l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

---

<sup>1</sup> Déclaration du Dr Bernard Huynh, vice-président CSMF de l'Union régionale des professions de santé (URPS) Ile-de-France.

Si ces mesures permettent de limiter les effets de désertification médicale, elles ont montré leurs limites et ne permettent pas d'inverser la tendance. Ainsi, aujourd'hui il y a une volonté de plus en plus partagée au sein des pouvoirs publics d'aller plus loin que des mesures uniquement incitatives qui sont coûteuses et dont les effets sont limités. On peut citer notamment un rapport du Sénat de février 2013<sup>2</sup> qui milite pour la mise en place de mesures contraignantes telles que l'extension du conventionnement sélectif aux médecins ou encore l'instauration d'une obligation d'exercer pour les médecins spécialistes pendant deux ans à la fin de leurs études dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements où le manque de spécialistes est reconnu par les agences régionales de santé (ARS). Ainsi, si la liberté d'installation n'est pas fondamentalement remise en cause, il y a volonté de plus en plus importante de la réguler au service d'une répartition plus équilibrée sur le territoire.

La tendance croissante des médecins à pratiquer en groupe peut constituer aussi une véritable opportunité pour favoriser l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire y compris dans les zones fragiles. Le regroupement entre médecins et parfois entre professionnels de santé est une volonté des soignants. On constate que celle-ci est majoritaire chez les nouvelles générations qui rejettent dans une large majorité l'exercice libéral isolé, un changement de paradigme est donc à l'œuvre. Ainsi, les structures d'exercice coordonné de type maisons et pôles de santé se développent de plus en plus sur le territoire essentiellement en milieu rural. Si parmi les formes d'exercice regroupé pluri-professionnels il existe également les centres de santé qui sont des structures proches des maisons de santé et qui se caractérisent par la présence de professionnels salariés, j'ai fait le choix de me centrer dans ce mémoire sur les maisons et pôles de santé qui constituent à l'heure actuelle pour les agences régionales de santé les principaux outils de lutte contre la désertification médicale en milieu rural. Pour plus de facilité de lecture, le terme « MSP » désignera indistinctement les maisons et pôles de santé. Ces structures présentent l'intérêt d'optimiser la ressource médicale disponible et de libérer ainsi davantage de temps médical tout en répondant à l'aspiration croissante d'exercer en groupe afin d'obtenir de meilleures conditions de travail et notamment de pouvoir équilibrer vie personnelle et professionnelle.

Des études récentes<sup>3</sup> ont montré que les structures d'exercice pluri-professionnel permettent de lutter contre la désertification médicale et de nombreux rapports ont préconisé de favoriser l'exercice regroupé et la coopération, il s'agit d'ailleurs d'un des

---

<sup>2</sup> MAUREY (Hervé) Rapport d'information en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Février 2013.

<sup>3</sup> Travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) sur l'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins de 2013 in Questions d'économie de la santé. Juillet-août 2013

pilliers de la stratégie nationale de santé (SNS). Grâce au soutien important des pouvoirs publics, le nombre de maisons de santé a fortement augmenté au cours de ces dernières années. Nous verrons notamment que les évolutions législatives récentes avec la structuration progressive d'un cadre juridique, économique et fiscal favorable au regroupement ont joué un rôle déterminant dans le développement de ces structures. Ainsi à l'heure actuelle, un des principaux leviers d'action utilisés par les pouvoirs publics et notamment par les ARS pour réguler l'offre de soins ambulatoire est le soutien aux projets structurants tels que les structures d'exercice coordonné. Ainsi, le développement des maisons et pôles de santé est un outil majeur de lutte contre la désertification médicale. Le territoire de santé des Hautes-Alpes qui correspond au département bénéficie d'une densité médicale et paramédicale plutôt favorable, toutefois la moyenne cache d'importantes disparités et le relief ainsi que l'importance de la saisonnalité ne garantissent pas une présence médicale suffisante sur l'ensemble du territoire. De ce fait, plusieurs projets de maisons ou pôles de santé ont été menés récemment ou sont en cours d'élaboration.

\* \*

L'ARS joue un rôle important dans l'accompagnement des projets de MSP, notamment en matière de labellisation et de financement. Les projets de MSP constituent des exemples-types des projets qu'est amené à prendre en charge un inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans le cadre de sa mission d'animation territoriale à la fois au niveau de la délégation territoriale pour l'accompagnement du projet et sa facilitation mais aussi au niveau du siège en tant que référent des professionnels de santé ainsi que dans l'attribution de financements. En effet, l'ARS est un acteur clef dans la réalisation d'un projet de MSP. Ainsi, elle joue un rôle en matière de territorialisation des aides à l'installation en déterminant les zones éligibles aux dispositifs. Elle émet un avis et sélectionne les dossiers pour l'obtention de financement public. Une attention particulière est portée au respect par les projets d'un cahier des charges. Notamment, il s'agit de s'assurer que le projet répond à un besoin de la population. Elle veille à l'intégration des projets dans la mise en œuvre du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires. Enfin, l'ARS exerce également une fonction d'accompagnement des projets. Elle concentre ainsi son intervention sur l'accompagnement méthodologique et l'aide au démarrage des projets. Face à la multiplication des projets et à l'importance des fonds publics octroyés, il est important de vérifier que les structures créées répondent bien à un besoin de santé de la population. De même, si un projet est intéressant pour la population, sa réalisation doit pouvoir être facilitée. Les agences régionales de santé jouent ainsi sur ces points un rôle déterminant.

J'ai choisi ce sujet de mémoire en accord avec mon maître de stage et sur les conseils du médecin-inspecteur de santé publique. En effet, la problématique de l'accessibilité géographique aux soins est prégnante dans le département des Hautes-Alpes et les MSP sont des outils privilégiés pour maintenir une présence médicale sur le territoire de santé des Hautes-Alpes. Ainsi, en matière d'animation territoriale, la délégation territoriale a mené au cours des dernières années de nombreux projets de ce type, d'où l'intérêt pour moi d'y consacrer mon mémoire.

\* \*

Ce mémoire va donc consister à analyser le rôle joué par les structures d'exercice médical coordonné pour favoriser l'accès aux soins à travers l'étude de différents projets menés dans le département des Hautes-Alpes. La première partie sera consacrée à la contextualisation. Dans un premier temps, nous analyserons les problématiques posées par la désertification médicale en milieu rural et les politiques menées en la matière. Ensuite, nous analyserons le concept d'exercice médical pluri-professionnel coordonné. Il s'agira de démontrer l'intérêt que présente ce type de structure pour répondre aux problématiques du territoire en matière d'accessibilité aux soins notamment dans les zones rurales peu attractives. Nous verrons également dans cette première partie le rôle déterminant joué par les pouvoirs publics dans le développement de ce type de structure.

La deuxième partie sera consacrée à la présentation de la politique d'accompagnement en région PACA et à l'analyse de la réalisation d'un projet de MSP. Nous nous attacherons à bien expliquer les différentes phases de construction d'un projet et le rôle de chaque acteur dans la réalisation d'un projet. Pour illustrer le propos, nous présenterons un projet de pôle de santé mené dans le département des Hautes-Alpes. Nous montrerons ainsi dans quelles mesures un projet de ce type permet de répondre aux problématiques rencontrées sur le territoire.

Dans la dernière partie, nous essayerons de répondre à la problématique posée. Il s'agira notamment de tirer les enseignements des différents projets réalisés dans les Hautes-Alpes et des entretiens auprès des acteurs. Nous nous attacherons également à inscrire cette analyse au niveau national avec notamment une analyse comparative des différentes pratiques. Enfin, nous montrerons dans quelles mesures cet outil peut se pérenniser et s'articuler avec les autres dispositifs de lutte contre la désertification médicale.

# **1 L'exercice pluri-professionnel coordonné est désormais l'outil privilégié par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural**

Issu d'une initiative du monde libéral, les structures pluri-professionnelles d'exercice médical coordonné de type maisons et pôles de santé sont devenues des outils majeurs de lutte contre les déserts médicaux. Au cours des dernières années, le fort appui des pouvoirs publics au développement de ces structures a permis leur multiplication dans les zones rurales. Toutefois, avant de rentrer dans le vif du sujet il convient d'apporter des précisions méthodologiques pour la réalisation du mémoire

## **1.1 Méthodologie**

Pour la réalisation de ce mémoire, une première phase importante d'appropriation du sujet a été nécessaire. Pour ce faire, j'ai réalisé un important travail de veille documentaire afin d'avoir un cadrage le plus précis possible sur le contexte national, régional et local. Le travail réalisé au cours du module interprofessionnel de santé publique (MIP) sur le thème « *Les maisons et pôles de santé : des outils pour faire du premier recours et des acteurs un segment indispensable à la politique de santé publique* » m'a été très utile d'un point de vue théorique pour bien comprendre le concept de MSP et PSP et les principaux enjeux du sujet. L'approche de terrain réalisée dans le cadre du MIP m'a permis de cibler plus facilement les aspects déterminants à aborder avec les acteurs lors des entretiens et m'a fourni des éléments de comparaison permettant d'étendre l'analyse au niveau national. Une fois réalisé ce travail préalable d'appropriation, afin d'avoir une connaissance précise des problématiques du territoire des Hautes-Alpes, j'ai procédé à l'entretien des personnes référentes à la délégation territoriale, à savoir la personne responsable de l'animation territoriale et le médecin inspecteur de santé publique. Ces entretiens m'ont permis de bien comprendre le rôle de la délégation territoriale en la matière et surtout de bien cibler les acteurs à rencontrer pour la réalisation de mon mémoire. Suite à ces entretiens, j'ai pu également étudier des documents internes à l'ARS sur le suivi des différents projets menés dans le département.

La deuxième phase a donc consisté en la réalisation des entretiens auprès des professionnels. Dans ce cadre, j'ai pu rencontrer les principaux acteurs référents au niveau régional et national. Ainsi, je me suis entretenu avec les personnes en charge du premier recours au sein du siège de l'ARS à Marseille, des personnes en charge du diagnostic et de l'accompagnement des projets de MSP et PSP au sein de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et de l'Observatoire régional des urgences (ORU) et une personne en charge des MSP à la direction de la sécurité sociale (DSS). J'ai rencontré également les acteurs au niveau local qui ont été des sources d'informations précieuses. Ainsi, j'ai pu m'entretenir avec la responsable du développement de la communauté de communes de Guillestre en charge du projet de pôle de santé, la responsable du bureau Europe et développement des territoires à la préfecture des Hautes-Alpes et la directrice adjointe de l'hôpital local d'Aiguilles auquel est adossé une MSP. Enfin, j'ai pu m'entretenir avec des médecins généralistes exerçant au sein de MSP dont l'un des fondateurs du pôle de santé « Séliance » basé à Gap et président de la fédération régionale des MSP et PSP (FEMAS). En outre, les entretiens que j'ai réalisés lors du MIP, notamment ceux avec le Docteur P. De Haas, médecin généraliste et président de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ainsi que celui réalisé auprès d'un médecin généraliste, fondateur d'une MSP dans la région nantaise m'ont été particulièrement utiles.

Pour mes entretiens, je me suis appuyé sur 3 grilles différentes qui ont constitué une base pour la conduite des entretiens. J'ai réalisé ainsi une grille pour les professionnels de santé exerçant en MSP, une autre pour les personnels institutionnels notamment des ARS puis une autre pour les centres ressources (cf. Annexes 1,2 et 3). Pour ce faire j'ai travaillé sur la base des grilles réalisées lors du MIP. Pour la conduite des entretiens, j'ai différencié ma méthode selon le public rencontré et j'ai pu être amené à modifier ma grille en fonction des échanges. Dans la mesure du possible, j'ai incité les acteurs de terrain à me faire part de leur ressenti personnel. Lorsque cela était possible, je procédais à l'enregistrement afin de retravailler de la manière la plus précise possible l'entretien réalisé. J'ai particulièrement apprécié la disponibilité des acteurs et leur volonté de partager leur expérience.

Au cours de mon stage, dès que cela était possible j'ai participé aux travaux de la délégation territoriale relatifs aux projets de MSP. J'ai ainsi pu participer à de nombreuses réunions avec le siège et rencontrer des acteurs. Cela m'a ainsi permis de bien comprendre tout le processus d'accompagnement des projets par l'ARS et notamment l'articulation avec le siège. La rencontre avec les acteurs m'a permis de mesurer leurs motivations pour mener ce type de projet et leurs attentes en matière d'accompagnement.

## **1.2 La désertification médicale est une réalité qui touche déjà de nombreux territoires**

De nombreuses communes à majorité rurale s'inquiètent du non-remplacement de leurs médecins partant à la retraite, la présence médicale étant un élément essentiel du dynamisme et de l'attractivité d'un territoire.

### **1.2.1 L'accès aux soins est de plus en plus menacé en particulier en milieu rural**

Les déserts médicaux peuvent se définir comme « *des zones sous-médicalisées dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais suffisantes*<sup>4</sup> ». D'un point de vue macro, l'accès aux soins en France est assuré sur l'ensemble du territoire. En effet, la démographie médicale est globalement suffisante avec plus de 200 000 médecins aujourd'hui contre 100 000 en 1980 où il n'y avait pas de problème relatif à l'accès aux soins et environ 95% de la population a accès en moins 15 minutes à des soins de proximité<sup>5</sup>, c'est-à-dire les soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux. Pour autant, le manque de médecins se ressent de plus en plus dans les régions rurales et urbaines défavorisées ce qui témoigne d'une problématique liée à la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Ainsi, il y a une tendance actuelle à la désertification et à la concentration des professionnels en milieu urbain avec 85% des médecins installés dans un pôle urbain (94% pour les spécialistes et 76% pour les généralistes)<sup>6</sup>. Au niveau départemental, on peut constater d'importantes disparités entre les départements en termes de densité médicale notamment pour les spécialistes, toutefois c'est au niveau infra-départementale que les inégalités sont les plus importantes.

Ainsi, le niveau du bassin de vie ou encore davantage celui des zones définies par les ARS<sup>7</sup> pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé montrent l'existence de déserts médicaux dans pratiquement la totalité des départements de France métropolitaine. Bien que la répartition géographique des médecins généralistes soit satisfaisante, environ 600 000

---

<sup>4</sup> Op.cit (p.2)

<sup>5</sup> Etude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de juin 2011 relative aux distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine.

<sup>6</sup> Institut Montaigne « L'accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale ». Mai 2013

<sup>7</sup> Les « espaces de santé de proximité ».

personnes vivant dans des zones rurales et montagneuses connaissent de réelles difficultés d'accès aux soins médicaux en étant à plus de quinze minutes du médecin généraliste le plus proche<sup>8</sup>.

Outre le temps d'accès important pour accéder aux soins de proximité, les déserts médicaux se caractérisent également par le délai d'attente élevé pour obtenir un rendez-vous et les conditions financières pour accéder aux soins. Ainsi, un rapport du Sénat<sup>9</sup> souligne que dans certaines zones le délai d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste peut être supérieur à un an et il y a également une forte réticence des professionnels de santé à donner un rendez-vous aux personnes bénéficiant des minimas sociaux. Le fort mouvement de grève des médecins libéraux suite au projet de généralisation du tiers payant montre toute l'importance des considérations financières dans l'accès aux soins. Si ces deux éléments sont nécessaires à prendre en compte dans la lutte contre la désertification médicale, la question du temps d'accès aux soins de proximité est prégnante dans le département des Hautes-Alpes étant donné le contexte montagneux et rural. De ce fait, j'analyserai en priorité dans ce mémoire la désertification par le prisme du temps d'accès.

### **1.2.2 Les raisons de la « fracture » territoriale**

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette difficulté croissante de certaines zones rurales à bénéficier d'une densité médicale et paramédicale suffisante permettant d'assurer un accès aux soins de qualité pour la population locale. Tout d'abord, il y a une demande de soins plus importante de la population liée au vieillissement de la population, à son augmentation mais aussi liée à une attention plus forte de la population à la préservation de sa santé. Ces effets, conjugués à une diminution du nombre de médecins liés aux effets du resserrement du *numerus clausus* jusqu'au début des années 1990, expliquent cette perception généralisée d'une augmentation des déserts médicaux.

En outre, et il s'agit sans doute de l'élément contribuant le plus à la désertification médicale, il y a une diminution du temps d'exercice médical effectivement disponible qui s'explique notamment par une aspiration plus grande des nouvelles générations de professionnels de santé à concilier davantage vie professionnelle et vie personnelle. L'attrait pour le salariat et la réticence à exercer de manière isolée sont des exemples de ce changement de mentalité en particulier chez les médecins. Sur les 6 053 médecins qui

---

<sup>8</sup> Op.cit (p.7)

<sup>9</sup> Op.cit (p.2)

se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre en 2011, 68,8% ont fait le choix de l'exercice salarié et 9,5% seulement de l'exercice libéral exclusif<sup>10</sup>.

Souvent, les jeunes professionnels à la recherche de flexibilité et de contraintes minimales réalisent au début de leur carrière une période relativement longue de remplacement avec désormais un âge moyen d'installation en cabinet de 39 ans<sup>11</sup>. Cela peut directement être relié au vieillissement du corps médical avec les départements les moins dotés qui sont parfois ceux où le corps médical est le plus vieillissant. Il y a ainsi une réelle difficulté à inscrire une relation dans la durée entre un généraliste et une population d'un territoire, ce qui fragilise l'accès aux soins dans les zones fragiles. De même, il y a une tendance au raccourcissement des carrières souvent lié à la lassitude des contraintes du métier et un accroissement des charges administratives qui contribuent à diminuer le temps médical disponible. Selon une étude de l'IRDES<sup>12</sup>, les médecins généralistes consacrent 12% de leur temps de travail à des tâches administratives (secrétariat, comptabilité, tenue de l'agenda et entretien du cabinet).

Cette tendance actuelle tendant à limiter le temps médical disponible sur le territoire est favorable à un creusement des inégalités entre zones attractives et non-attractives. Ainsi, ce contexte tendu vient s'ajouter aux difficultés déjà existantes spécifiques aux zones rurales. En effet, le choix du lieu d'installation pour un médecin relève d'une décision globale le plus souvent prise à deux en accord avec le conjoint. Ainsi, la possibilité d'exercer une activité professionnelle pour le conjoint ou encore la question de la scolarisation des enfants sont des éléments déterminants dans le choix et il y a une grande difficulté pour les zones rurales isolées à répondre à ces attentes spécifiques. De même, l'importance de la charge de travail liée à la permanence des soins ou le profil sociologique des étudiants en médecine souvent issus de milieu urbain favorisés sont des éléments qui ne favorisent pas l'installation de jeunes médecins en milieu rural.

L'absence de proximité avec les autres professionnels de santé et la difficulté d'accès à un plateau technique sont également des difficultés spécifiques à l'exercice en milieu rural isolé n'incitant pas à l'installation dans les zones déjà fragilisées. Selon des données de l'ordre des médecins, environ 35 départements cumulent la forte probabilité d'un départ massif des médecins généralistes d'ici 2017 lié à leur départ en retraite et une faible présence de médecins généralistes libéraux âgés de 40 ans et moins. Par exemple, dans le département de l'Orne 35% des médecins généralistes libéraux sont susceptibles de

---

<sup>10</sup> Données du Conseil national de l'Ordre des médecins cité dans le rapport du Sénat

<sup>11</sup> Op.cit (p.2)

<sup>12</sup> IRDES, Question d'économie de la santé, Le temps de travail des médecins généralistes, juillet 2009.

partir à la retraite d'ici 2017 alors que les médecins de 40 ans et moins ne représentent que 5.8% des effectifs<sup>13</sup>.

### **1.3 Les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics jusqu'à présent n'ont pas permis d'enrayer le phénomène**

L'accès à la santé conditionne l'attractivité d'un territoire, la présence de professionnels de santé sur un territoire ayant un effet d'entraînement sur l'ensemble de l'activité d'un territoire. Ainsi, l'absence ou l'insuffisance de ressources médicales sur un territoire peut amener à l'émergence, dans les zones rurales, de vastes territoires dépourvus d'activité économique. Cette situation de désertification médicale pose ainsi un problème d'égalité de traitement entre les territoires pouvant même amener à une inégalité entre les citoyens, la garantie de l'accès pour tous à la santé étant un des droits fondamentaux consacrés par la Constitution. Pour tenter d'enrayer le phénomène et mettre fin à une véritable « fracture » territoriale entre zones urbaines et milieu rural isolé, les pouvoirs publics ont mis en place de nombreux dispositifs destinés à pallier l'inégale répartition des professionnels de santé et en particulier des médecins sur le territoire. Il existe ainsi des dispositifs structurels liés à l'organisation des soins et des dispositifs d'incitations s'appuyant sur des mesures ciblées et ponctuelles.

#### **1.3.1 Des outils essentiellement d'incitation financière**

En France, la lutte contre la désertification médicale s'appuie essentiellement sur des dispositifs incitatifs avec des aides financières destinées à favoriser l'exercice en zone sous dotée. Il existe de nombreux dispositifs financés par l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales qui consistent essentiellement en des mesures d'exonération fiscale et sociale, de majoration d'honoraires ou d'aides diverses des collectivités favorisant l'installation et la permanence des soins<sup>14</sup>. Les ARS jouent un rôle déterminant en matière de territorialisation de ces aides en déterminant les zones éligibles aux dispositifs.

---

<sup>13</sup> Op.cit (p.2)

<sup>14</sup> Op.cit (p.2)

Ainsi, les ARS sont chargées de déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé prévues à l'article L. 1431-7 du code de la santé publique (CSP) ce qui conditionne le bénéfice de certains dispositifs d'aide financés par l'assurance maladie. Chaque ARS a développé sa propre méthodologie de détermination de ces zones<sup>15</sup> sur la base de l'arrêté du 21 décembre 2011 et précisée par une instruction ministérielle du 4 janvier 2012. Plusieurs critères peuvent être pris en compte pour déterminer les zones fragiles sur le territoire, la difficulté étant de prendre des critères pertinents adaptés à chaque zone permettant de mesurer la fragilité réelle de la zone. En priorité, le faible effectif de médecin généralistes et la densité inférieure à la moyenne nationale sont retenus. Toutefois, des critères relatifs au vieillissement du corps médical, à la forte activité ou encore à la saisonnalité peuvent être pris en compte. Dans ce cadre, le dialogue entre le siège responsable de la détermination des zones prioritaires et les délégations territoriales qui ont une connaissance fine des problématiques d'un territoire et qui sont mieux à même de repérer les tendances à l'œuvre est nécessaire afin d'avoir un découpage optimal des zones fragiles.

L'ARS PACA a fait le choix de classer les espaces de santé de proximité<sup>16</sup> (ESP), des unités géographiques fines et cohérentes en termes de recours aux soins de proximité à l'intérieur des territoires de santé, en trois catégories pour permettre une gradation du risque de désertification médicale ou de désorganisation (cf. Annexes 4 et 5). Ainsi, au sein du SROSA 2012-2016, il y a les ESP fragiles, éligibles à l'application des mesures incitatives visées à l'article 1434-7 du CSP qui cumulent deux facteurs de risque que sont le faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale. Les groupes de travail peuvent aussi identifier des zones fragiles en raison d'autres critères notamment l'isolement ou le départ récent d'un professionnel (cf. Annexe 6). Les ESP à risque présentent une exposition moins importante mais nécessitent une vigilance particulières et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'offre de soins. Ces ESP ont d'ailleurs récemment été rebaptisées zone de vigilance étant donné que l'appellation de « zones à risque » laissait penser aux acteurs que ces zones posaient plus de problèmes que les zones fragiles. Enfin, la dernière catégorie concerne les ESP qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers mais qui sont éligibles aux mesures d'amélioration de l'organisation.

De nombreux dispositifs ont ainsi été mis en place. Toutefois, il y a une réelle difficulté à recenser l'ensemble des dispositifs existants et il existe un risque de redondance entre

---

<sup>15</sup> Les espaces de santé de proximité

<sup>16</sup> Leur identification s'appuie sur la présence d'une offre minimale de soins et de services de proximité, tels que les collèges, structures jugées emblématiques de la solidité territoriale en matière d'aménagement du territoire.

dispositifs ainsi qu'un manque de coordination. Malgré l'importance des fonds octroyés, l'évaluation de ces dispositifs en particulier par les ARS reste encore embryonnaire. Il y a un avis assez largement partagé<sup>17</sup> sur le fait que ces dispositifs souffrent d'un manque de lisibilité, d'une absence de cohérence globale ainsi qu'un manque d'évaluation en lien avec leurs coûts. Ces aides amènent à des effets d'aubaine ce qui nuit à l'objectif recherché et des dérives financières importantes peuvent être observées liées à l'absence de plafonnement de certaines mesures d'aide. Surtout, la motivation financière n'étant pas déterminante dans le choix du lieu d'exercice, les dispositifs d'incitations financières ne constituent pas un levier suffisant permettant d'enrayer la désertification.

### **1.3.2 Les effets des outils d'ordre structurel sont insuffisants concernant la démographie médicale**

Dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé (PRS), les ARS déterminent les priorités des politiques de santé sur le territoire avec une mise en œuvre dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS), outil opérationnel déclinant le projet sur le territoire. Un volet spécifique du SROS est consacré à la médecine ambulatoire avec la priorisation des actions à mener sur le territoire et notamment le repérage des zones fragiles. Si le SROS donne des directives sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire, celui-ci n'est pas opposable et ses effets sont donc limités. Il s'agit d'une des principales limites des mesures structurelles liées à l'organisation des soins ambulatoires sur un territoire.

Les dispositifs de régulation à l'installation de certains professionnels de santé constituent un puissant levier de répartition de l'offre de soins sur le territoire. Ainsi, le dispositif de conventionnement sélectif appliqué récemment aux infirmiers libéraux et qui s'articule autour de 3 axes avec un zonage adapté aux besoins du patient, un dispositif d'aide à l'installation et au maintien de l'activité et une régulation dans les zones très sur-dotées avec toute nouvelle demande de conventionnement conditionnée au départ d'un infirmier de la zone a démontré son efficacité en matière de répartition de l'offre sur un territoire. Suite à cette expérience concluante, le dispositif a été étendu aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes. Malgré l'intérêt que présente l'outil, les pouvoirs publics ont été jusqu'à présents et restent encore aujourd'hui réticents quant à la possibilité d'encadrer la liberté d'installation des médecins. En effet, il y a chez les médecins un fort attachement aux principes de la médecine libérale découlant de la charte de 1927 et encore aujourd'hui la régulation du système s'inscrit

---

<sup>17</sup> Voir notamment le rapport de la cour des Comptes « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé ». Juin 2014

essentiellement dans un cadre libéral de régulation individuelle avec notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé<sup>18</sup>.

## **1.4 L'intérêt de l'exercice médical pluri-professionnel coordonné dans la lutte contre la désertification médicale**

Compte tenu de la difficulté des pouvoirs publics à assurer une répartition de l'exercice médical sur l'ensemble du territoire, l'objectif recherché est d'améliorer l'attractivité d'un territoire en répondant aux attentes des professionnels notamment par l'amélioration des conditions de travail. En ce sens, les MSP constituent un outil original et innovant de lutte contre la désertification médicale et s'inscrivent dans une logique d'intérêt partagé.

### **1.4.1 Les maisons et pôles de santé pluri-professionnelle**

#### 1.4.1.1 Le concept de maison de santé

Etant donné le caractère non opposable du volet ambulatoire du SROS, les principaux outils utilisés par les ARS pour décliner le projet régional de santé sur le territoire sont les structures d'exercice coordonnées, notamment les maisons et pôles de santé qui permettent de consolider l'offre sur un territoire. Il existe ainsi différentes structures d'exercice coordonné avec pour certaines d'entre elles des définitions juridiques bien précises<sup>19</sup>. Si l'appellation « MSP » peut désigner indistinctement des maisons ou pôles de santé, la principale différence entre les deux réside dans le fait que la maison de santé se situe généralement sur un seul site et le pôle de santé est réparti sur plusieurs sites.

Le Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) identifie trois caractéristiques essentielles des structures médicales d'exercice coordonné<sup>20</sup>:

- Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales ;
- Elles sont constituées entre des professionnels médicaux et paramédicaux et peuvent associer des personnels médico-sociaux ;

---

<sup>18</sup> La charte de 1927 consacre notamment les principes de la liberté de prescription, du libre choix du médecin par le patient ou encore du paiement direct des honoraires par le patient

<sup>19</sup> Article L.6323-3 du code de la santé publique définissant les MSP et article L.6323-4 définissant les pôles de santé.

<sup>20</sup> La coopération entre professionnels de santé. Avis du HCAAM. Juillet 2014

- Les professionnels médicaux et paramédicaux qui y exercent élaborent un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné, conformes aux orientations des schémas régionaux d'organisation des soins

Pour le Docteur Pierre de Haas, médecin généraliste, président de la fédération française des maisons et pôles de santé et à l'origine de cette nouvelle forme d'organisation du travail « *une maison de santé est un lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux du premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues diététiciens, ...et éventuellement travailleurs sociaux, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients* »<sup>21</sup>.

#### 1.4.1.2 Les avantages de l'exercice pluri-professionnel

Le regroupement pluri-professionnel peut présenter de nombreux avantages<sup>22</sup> même s'il pose des enjeux importants en matière de répartition des tâches et de transfert de compétences<sup>23</sup>. Par exemple, la coopération entre médecins et infirmières permet une extension de l'offre de services à la population par une diversité de l'activité infirmière (évaluation médico-sociale, suivi des maladies chroniques, mise en place de programmes d'éducation thérapeutique...). Face à la rareté du temps médical disponible, le transfert d'activité peut permettre une optimisation de la ressource médicale. La coopération pluri professionnelle s'impose également pour la gestion des cas complexes liés aux poly pathologies ou aux situations de handicap afin d'organiser un travail autour de la personne. Souvent, une fonction de coordination « soignante et sociale » est indispensable. Un autre avantage du regroupement pluri-professionnel est d'améliorer l'accès aux soins. Ainsi, le regroupement sur un même site permet d'élargir les horaires d'ouverture et la gamme des services offert au patient en un lieu unique. Sur ce point la définition d'un projet de santé par l'ARS contractualisé avec la structure (maison ou pôle de santé) est déterminante.

Pour les professionnels de santé, ce nouveau type d'organisation permet de sortir du cloisonnement induit par le système libéral. Les conditions de travail sont améliorées avec la possibilité de davantage concilier vie professionnelle et vie personnelle et l'échange entre professionnels permet l'amélioration des pratiques. En outre, davantage de temps

---

<sup>21</sup> DE HAAS (Pierre), « Monter et faire vivre une maison de santé »- Brignais : Edition Le Coudrier, 2010

<sup>22</sup> Voir notamment in Revue de Santé Publique : Les maisons de santé : une solution d'avenir ?, 2009/07-08

<sup>23</sup> Article L.4011-1 du code de la santé publique

peut être consacré à l'éducation thérapeutique, la prévention et le suivi des maladies chroniques. D'un point de vue financier, les charges sont davantage mutualisées notamment celles liées aux investissements et il y a la possibilité de mise en place d'un secrétariat commun ce qui libère du temps médical. Pour le patient outre le fait que l'exercice coordonné est source d'attractivité pour un territoire et permet ainsi davantage d'accessibilité géographique, l'accessibilité socioculturelle est également plus importante avec notamment le rôle de l'éducation à la santé qui facilite l'accès à la santé pour les patients les moins instruits et les plus vulnérables.

Pour les pouvoirs publics ces structures permettent de favoriser l'intégration de la prise en charge dans le cadre d'un parcours et peuvent être ainsi source d'efficience, elles permettent également de davantage structurer une offre de soins sur un territoire. En effet, les MSP participent au décloisonnement du système de santé en étant une passerelle entre le monde sanitaire, médico-social ou social et la médecine libérale. Elles peuvent notamment constituer un point d'appui sur le territoire pour des centres hospitaliers et favoriser une réponse graduée aux besoins de la population. Enfin, dans les zones à sous-densité médicale, ce type de regroupement permet d'attirer des professionnels dans ces zones et de faciliter le travail des généralistes déjà installés. Ainsi, la structure s'intègre pleinement dans l'offre de soins du territoire ce qui est source d'externalités positives avec une participation à la permanence des soins et éventuellement la mise à disposition d'un plateau technique.

#### **1.4.2 Un appui important des pouvoirs publics dans le développement de ces structures**

##### 1.4.2.1 Le plan prévoyant la création de 250 maisons de santé en milieu rural

Devant l'intérêt potentiel<sup>24</sup> que présentent les structures d'exercice coordonnées en matière de restructuration de l'offre de soins de premiers recours, les pouvoirs publics ont peu à peu structuré une politique d'accompagnement permettant le développement de ces structures. Le choix a notamment été fait de favoriser l'implantation de maisons et pôles de santé en milieu rural. Ainsi, sur la période 2010-2013 un plan visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural a été mis en œuvre<sup>25</sup>. L'objectif est d'apporter « *une réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale* ». Pour la mise en œuvre de ce

---

<sup>24</sup> Op.cit (p.14)

<sup>25</sup> Circulaire du 27 juillet 2010

programme un rôle pivot a été donné aux ARS avec la réalisation d'un volet spécifique dans le cadre du SROS ainsi que dans la réalisation de diagnostic permettant de bien définir les zones nécessitant l'implantation de structures de ce type. En outre, pour intégrer les maisons de santé dans l'offre de soins de premier recours, les ARS ont été en charge de la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les porteurs de projet.

De nombreuses possibilités de financement sont prévues afin de favoriser la réalisation des projets. Ainsi, avec la circulaire, à condition d'être conforme au cahier des charges national relatif aux maisons de santé<sup>26</sup> et de « *s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS* », les projets peuvent bénéficier de financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi qu'afférents au fonctionnement de ces structures. De même, des crédits pour couvrir les besoins d'investissement sont prévus.

#### 1.4.2.2 L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

Au-delà de ce plan de 250 maisons de santé en milieu rural, le financement public a joué un rôle déterminant pour faciliter l'émergence de cette nouvelle forme de pratique de la médecine générale. Les expérimentations liées aux nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont constitué le principal instrument au service du développement de l'exercice pluri-professionnel. Initiées en 2009<sup>27</sup>, le dispositif a été expérimenté jusqu'au 31 décembre 2014 et une négociation conventionnelle interprofessionnelle spécifique doit décider des modalités de pérennisation de ces nouveaux modes de rémunération. De fait, cette négociation interprofessionnelle constitue une première.

Ces financements organisés par module permettent de rémunérer le travail en équipe et favoriser ainsi la pluri-professionnalité. Le forfait coordination rémunère l'ensemble des actions pluri professionnelles qui exigent l'intervention de plusieurs types de professionnels. Une importante phase de coordination et d'organisation autour d'un projet de santé pouvant aller jusqu'à la mise en place de protocoles pluri-professionnels s'avère nécessaire. Le second forfait cible l'éducation thérapeutique avec un contenu défini par la HAS. Cela doit permettre notamment une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, le développement des pratiques innovantes et de services aux patients et in fine rendre le métier des professionnels de santé plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de premier recours.

---

<sup>26</sup> DGOS-Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier (annexe circulaire du 27 juillet 2010).

<sup>27</sup> Article 44-I de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale.

Pour obtenir ces financements, les ARS jouent un rôle déterminant. En effet, il faut avoir reçu la labellisation par l'ARS de maisons ou pôles de santé. Pour ce faire, les porteurs de projet doivent faire valider un projet de santé qui réponde aux besoins sanitaires préalablement définis de son territoire et être conformes à certaines priorités de santé ou mission définies au niveau régional ou national. De même, pour l'éducation thérapeutique il faut une autorisation de l'ARS. Enfin, afin de bénéficier de ces financements, il y a également une obligation pour les parties au projet de se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)<sup>28</sup>. Les SISA permettent de mettre en commun des revenus issus d'activités communes. C'est la seule structure permettant de rémunérer collectivement des professionnels de santé de professions différentes. Toutefois, son objet est limité à l'exercice coordonné (l'activité habituelle ne peut être exercée en commun). Une fois pris en compte l'ensemble de ces éléments, les ARS donnent un avis sur le fonctionnement de la structure qui est ensuite remonté à la direction de la sécurité sociale (DSS) qui décide de l'attribution des financements.

#### 1.4.2.3 Un ancrage progressif de ce mode d'exercice des soins de premier recours

En 2014, selon la fédération française des maisons et pôles de santé, plus de 300 équipes ont bénéficié des nouveaux modes de rémunération alors qu'elles n'étaient que 18 en 2010 et plus de 1 000 équipes sont attendues début 2015. Les pouvoirs publics ont donc permis de structurer la filière des structures médicales d'exercice coordonné comme outil de répartition de l'offre médicale sur le territoire. Ainsi selon des chiffres de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) cités par le HCAAM<sup>29</sup>, alors qu'il n'y avait au début que quelques dizaines de sociétés de ce type en 2010, fin 2013 on comptait environ 370 MSP ou PSP regroupant environ 1300 médecins généralistes, 1500 infirmiers, 600 masseurs-kinésithérapeutes, 200 autres médecins, 200 dentistes et 600 autres professionnels de santé.

La stratégie nationale de santé<sup>30</sup> issue notamment des préconisations du comité des sages<sup>31</sup> accorde également une large place au développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel. Partant du constat que l'exercice libéral est de moins en moins adapté à une prise en charge des patients atteints de maladie chronique, le rapport préconise de développer « *la constitution d'équipes de soins primaires* ». Un des principaux axes de la

---

<sup>28</sup> Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST et Décret n°2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.

<sup>29</sup> Op.cit (p.13)

<sup>30</sup> Intervention de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, présentation de la stratégie nationale de santé. 23 septembre 2013.

<sup>31</sup> Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages ».

stratégie nationale de santé est de favoriser une « *meilleure organisation des soins pour le patient et la garantie de l'égalité de l'accès aux soins en privilégiant une logique territoriale* » qui doit passer notamment par « *le soutien à la structuration des soins de proximité autour d'équipe pluri-professionnelles* ». Pour développer ce mode d'exercice, la stratégie préconise ainsi « *la reconnaissance d'une fonction de coordination du parcours* » et « *une adaptation des modes de rémunération des professionnels* ». Ces nouvelles formes d'exercice sont donc considérées comme un puissant outil de décloisonnement du système de soins et de prise en charge. Dans le cadre d'un parcours ces structures de proximité organisées autour du médecin traitant s'articulent avec l'hôpital et les soins spécialisés.

Avec le futur service territorial de santé au public<sup>32</sup> (STSP) les MSP sont également amenées à jouer un rôle déterminant en assurant une prise en charge globale du patient sur le territoire. En effet, le STSP est basé sur une contractualisation entre les offreurs de santé du territoire sous l'égide de l'ARS avec un diagnostic partagé mettant l'accent sur les problématiques spécifiques du territoire. Un axe majeur du STSP est la « *responsabilité populationnelle* » c'est-à-dire « *la préoccupation que toute personne trouve à minima sur son territoire de proximité une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* ». On voit ainsi comment les MSP dans le cadre de leur projet de santé s'inscrivent dans cette logique de territorialisation qui vise à mettre en adéquation l'offre de soins aux besoins du territoire. Sur ce point l'articulation des MSP avec des contrats locaux de santé fournit un exemple des actions pouvant être menée visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

---

<sup>32</sup> DEVICTOR.B « Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé ». Rapport remis en mars 2014 à la Ministre des affaires sociales et de la santé.

## **2 La politique de développement des MSP en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Il existe en région PACA une politique assez structurée d'accompagnement des projets de MSP. La réalisation d'un projet de MSP implique de nombreux acteurs et s'inscrit dans un cadre institutionnel précis avec le rôle déterminant de l'ARS relative à l'organisation de la labellisation et l'accompagnement des projets. Nous verrons notamment que l'objectif recherché en priorité par les pouvoirs publics est de faciliter la réalisation du projet, la conduite de celui-ci étant particulièrement lourde pour les professionnels de santé. Afin d'illustrer cette analyse nous nous appuyerons sur l'exemple d'un projet de pôle de santé dans le département des Hautes-Alpes.

### **2.1 Un outil de lutte contre la désertification médicale dans les Hautes-Alpes**

#### **2.1.1 Diagnostic territorial**

Le territoire de santé des Hautes-Alpes qui correspond au département contient toutes les caractéristiques d'un département rural avec une faible densité de population (25 habitants au km<sup>2</sup> contre 156.6 pour la moyenne régionale et 116.0 au niveau national). La population des Hautes-Alpes se concentre essentiellement autour de l'agglomération de Gap (105 281 habitants pour la zone d'emploi<sup>33</sup> sur un total 138 605 habitants sur le département) où la densité de population est relativement élevée. En dehors de Gap seuls Briançon et Embrun présentent un dynamisme relatif (les deux communes bénéficient notamment de la présence d'un centre hospitalier). Ainsi, environ les  $\frac{3}{4}$  du territoire ont une densité inférieure à 20 habitants au km<sup>2</sup> certaines zones du fait du contexte montagnoux étant particulièrement difficiles d'accès<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans laquelle les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

<sup>34</sup> Selon les données de l'INSEE

Globalement on constate un vieillissement important de la population des Hautes-Alpes avec 42 201 personnes de plus de 60 ans ce qui correspond à 30.4% de la population. L'indice de vieillissement du département est de 117.9 ce qui est bien supérieur à la moyenne nationale de 95.9. Pour l'offre de soins il n'y a pas de sous densité. Le département des Hautes-Alpes jouit même d'une densité supérieure à la moyenne régionale pour de nombreux professionnels de santé<sup>35</sup> mise à part les spécialistes. Toutefois la moyenne du département masque d'importantes disparités infra-territoriales, la majorité des professionnels étant concentrés dans les villes. Cela est d'autant plus problématique que de nombreux professionnels de santé en particulier les médecins généralistes sont vieillissants ce qui fragilise l'accès aux soins dans la durée<sup>36</sup>.

La situation du département laisse apparaître de réelles difficultés d'accès aux soins de proximité sur certaines zones en raison notamment d'une faible dotation en ex-hôpitaux locaux. Le SROSA identifie ainsi en 2014, pour ce qui concerne les médecins généralistes, 3 zones fragiles et une zone à risque ou de vigilance, à savoir comme zones fragiles, les ESP de Serres, Argentière-la-Bessée et Aiguilles et comme zone de vigilance ou à risque Saint-Bonnet en Champsaur. Pour ces zones, les problématiques sont assez différentes puisque seule la zone de Serres a une densité médicale largement inférieure à la moyenne nationale, les autres zones étant davantage exposées aux problématiques liées à la saisonnalité. Dans la majorité des cas, il s'agit de lieux relativement isolés pouvant être difficiles d'accès. (cf. Annexes 5 et 6).

### **2.1.2 Etat des lieux des projets et cadre institutionnel**

On constate l'existence d'une véritable dynamique dans la région avec 6 maisons de santé ouvertes en 2014 dont deux dans le département des Hautes-Alpes à Aiguilles et à l'Argentière. Le département des Hautes-Alpes dispose sur son territoire de l'existence d'un pôle de santé à Gap, le pôle « Séliance » et qui est également la seule structure des Hautes-Alpes bénéficiant des nouveaux modes de rémunération en 2014 dans le cadre de la coordination et de l'éducation thérapeutique. En 2014, sur la région l'ARS accompagne 25 projets de maisons ou pôles de santé. Dans les Hautes-Alpes, 4 projets ont été acceptés et sont donc en cours de finalisation. Parmi ces projets, 2 sont des maisons de santé à Saint-Firmin et Saint-Jean-Saint-Nicolas et il y a également deux projets de pôles de santé portée par la communauté de communes de Guillestre pour la commune de Guillestre et les stations de sports d'hiver de Risoul et Vars et un pôle dans

---

<sup>35</sup> Notamment les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes

<sup>36</sup> Données issues du portrait de territoire de l'Observatoire régional de la santé (ORS)

le Champsaur à Saint-Bonnet. Enfin, il existe également un projet de maison régionale de santé à Rosans situé dans l'espace de santé de proximité de Serres et considérée comme une zone particulièrement fragile avec une densité médicale plus de 20% inférieure à la moyenne nationale. Dans les Hautes-Alpes, l'ensemble des projets de maisons et pôles de santé sont ainsi situés soit dans des zones fragiles ou à risques ou dans des zones susceptibles d'être exposées au risque de désertification. Il s'agit donc pour l'ARS d'un outil privilégié au service de la lutte contre la désertification médicale.

En plus de l'ARS, le Conseil régional joue un rôle déterminant avec les maisons régionales de santé (MRS) qui sont des structures similaires aux maisons de santé. Il y a ainsi un double accompagnement par le Conseil régional et l'ARS ainsi qu'un cofinancement. Il existe, en outre, un cahier des charges spécifique aux maisons régionales de santé. Cette situation spécifique à la région PACA résulte d'une politique volontariste du Conseil régional qui a souhaité accentuer l'effort en matière de lutte contre la désertification médicale et permettre à la région de rattraper son retard sur le développement de ce type de structure d'exercice coordonné. Le cahier des charges se caractérise notamment par des conditions de labellisation moins strictes que celles de l'ARS<sup>37</sup> et surtout les moyens alloués par le Conseil régional sont relativement importants. En effet, le cahier des charges de l'ARS est défini au niveau national. Souvent, les MSP sont également des MRS et un principe de coordination des politiques de l'ARS et du Conseil régional a été acté. Toutefois, cette politique volontariste du Conseil régional n'a pas vocation à se pérenniser.

## **2.2 La réalisation d'un projet de maison de santé**

Pour l'analyse d'un projet de maisons ou pôles de santé, il est important de comprendre le rôle des acteurs, leurs motivations et leurs freins éventuels pour mener un projet de ce type et enfin de décrire les principales étapes dans le montage du projet. Nous verrons ainsi que les professionnels de santé et les collectivités territoriales jouent un rôle déterminant, la réussite d'un projet étant tributaire de la qualité de la relation entre ces deux acteurs.

---

<sup>37</sup> Pour être labellisé, un projet doit comporter au moins deux médecins, un paramédical et un pré-projet de santé. Il doit prévoir également une participation à la permanence des soins ambulatoires, un accueil des stagiaires, un dossier médical partagé, la participation à des actions de prévention ainsi qu'à des actions d'éducation thérapeutique du patient.

## 2.2.1 Le rôle déterminant des professionnels de santé et des collectivités territoriales

Sur le terrain, on peut identifier deux types d'acteurs prenant part à un projet de MSP. Il y a les porteurs de projet qui sont en général les collectivités territoriales et les promoteurs de projet qui sont les professionnels de santé<sup>38</sup>. Ainsi, souvent les professionnels de santé viennent promouvoir un projet (par exemple la volonté de se regrouper) auprès des collectivités locales ou des ARS et ensuite celui-ci est porté par les collectivités territoriales. Parfois les buts recherchés par les promoteurs et les porteurs peuvent ne pas être identiques, d'où le risque d'effets d'aubaine. Dans tous les cas, la qualité de la relation entre les deux est déterminante et conditionne la réussite d'un projet.

Les professionnels membres d'une maison de santé sont des professionnels libéraux qui bénéficient de la liberté d'installation sauf dans le cas où un pharmacien est associé au projet et pour les infirmières dont la liberté d'installation est encadrée. La plupart des professionnels exercent dans le cadre d'une convention avec l'assurance maladie. Ce point est déterminant avec des niveaux de rémunération qui sont variables d'une profession à l'autre ce qui influe sur le degré d'implication des professionnels dans le projet et sur leurs décisions d'y participer ou non. Comme il a été dit précédemment, les principales motivations des professionnels pour monter un projet de ce type sont relatives aux conditions de travail. L'organisation du travail doit permettre de mutualiser les tâches administratives ou de mieux répartir les congés. Le travail en équipe apporte une dimension pluri-professionnelle à l'analyse d'un cas complexe et l'échange de pratiques est facilité. Toutefois, un nombre important de freins peuvent être identifiés. Par exemple, sur le plan financier, un projet de maison de santé peut être à l'origine de surcoûts importants liés aux charges communes. Pour les professionnels déjà installés, les frais de déménagement s'ajoutent à l'investissement initial déjà réalisé. Enfin, il existe également une certaine crainte liée à d'éventuelles mauvaises relations avec les collègues, de jugement sur les pratiques et d'une perte d'autonomie.

Depuis la loi du 23 février 2005<sup>39</sup>, les collectivités territoriales ainsi que leurs groupements sont autorisés à attribuer des financements visant à favoriser l'installation en zone déficitaire et à participer à la permanence des soins. Les collectivités territoriales sont désormais devenues des acteurs majeurs dans la lutte contre la désertification médicale d'autant plus que la santé au niveau locale est au centre des préoccupations des populations et constitue de fait un véritable enjeu politique. Le département et la région

---

<sup>38</sup> Distinction opérée par l'Observatoire des urgences (ORU-PACA) en charge de l'accompagnement.

<sup>39</sup> Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

peuvent aider au financement ainsi qu'à la coordination d'un projet. En outre, l'implantation d'une maison ou pôle de santé sur un territoire participe à sa dynamisation et peut constituer de ce fait un enjeu électoral. Des freins existent toutefois dans la réalisation d'un projet. En premier lieu, les collectivités sont largement tributaires du degré d'implication des professionnels de santé d'un territoire et souvent l'absence ou l'insuffisance d'implication des professionnels malgré la bonne volonté des élus locaux ne permet pas la réalisation d'un projet. La complexité des financements et le risque de déséquilibre de l'offre de soins de premier recours sur un territoire du fait de la concentration des professionnels sur un même lieu au détriment des communes avoisinantes sont également des éléments à prendre en compte. En effet, il est parfois difficile de dégager un consensus sur le lieu d'implantation d'un projet surtout lorsque celui-ci est structurant pour un territoire.

## **2.2.2 Les grandes étapes dans la réalisation d'un projet de maison ou pôle de santé**

Les principales étapes pour la réalisation d'un projet sont le diagnostic territorial, l'analyse des motivations des professionnels de santé, la construction d'une dynamique professionnelle, le projet de santé et le projet professionnel et enfin les aspects juridiques et le projet immobilier.

### **2.2.2.1 Le diagnostic territorial et l'analyse des motivations des professionnels**

L'analyse territoriale consiste en la réalisation d'un véritable diagnostic territorial. Tous les éléments caractérisant un territoire de santé doivent être ainsi pris en compte, notamment le contexte géographique et économique, les données sociodémographiques, les données sanitaires, l'offre de soins, la démographie des professionnels de santé, les politiques de l'ARS, du département et de la région. Les professionnels de santé sont à la base d'un projet de maison ou pôle de santé et la réussite d'un projet est ainsi conditionnée par leur degré d'implication et de motivations. Ainsi, il est essentiel de bien analyser les motivations des professionnels du territoire et les gains que représenteraient pour eux la réalisation du projet de maison de santé. La motivation doit être suffisante pour créer une véritable dynamique professionnelle sur le territoire ce qui nécessite l'organisation de plusieurs réunions au cours desquelles les professionnels peuvent exprimer clairement leurs attentes, leur conception du projet ainsi que leurs craintes.

L'analyse des différentes expériences de terrain et des entretiens avec les professionnels a montré le rôle prépondérant du leader dans la concrétisation d'un projet. En effet, ces projets nécessitent une très forte implication de professionnels sur la durée avec en moyenne 2 à 3 ans pour la réalisation d'un projet. De plus, souvent l'engagement est envisagé à moyen terme avec des participations financières des professionnels qui les lient à la réussite du projet. Un leader doit ainsi permettre d'entretenir la dynamique professionnelle autour du projet. Il a un rôle de moteur et de communicant. Il doit s'assurer que les parties au projet vont dans le même sens afin de faire avancer le projet. Par exemple, en cas de départ d'un des membres à l'initiative du projet, il doit garantir la poursuite du projet et peut être amené à trouver un nouveau financeur. Toute une phase d'acculturation au travail en équipe doit également être mise en œuvre. Il s'agit d'habituer les professionnels libéraux à cette nouvelle forme d'exercice, de favoriser l'échange des pratiques.

#### 2.2.2.2 Le projet de santé et le projet professionnel

Le projet de santé est déterminant dans la construction d'un projet. C'est lui qui permet d'avoir la labellisation par l'ARS et qui fixe le programme et l'organisation du travail au sein de la structure. Il s'agit de la déclinaison concrète sur un territoire d'une nouvelle forme d'exercice et qui constitue la principale plus-value d'une maison et pôle de santé par rapport à un cabinet libéral traditionnel. Un important travail de formalisation est ainsi nécessaire. Le projet de santé précise ainsi les modalités de réponses aux demandes de soins programmés et non programmés, les modalités de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire du suivi épidémiologique. Il indique également la participation à des réseaux, les relations aux établissements de santé et l'implication éventuelle dans les contrats locaux de santé. Le projet professionnel définit quant à lui l'organisation du travail en particulier ce qui est relatif à la gestion des données, aux protocoles transversaux, à l'éducation thérapeutique, à la coordination avec les autres professionnels du territoire ou encore à la maîtrise des stages.

#### 2.2.2.3 Le projet immobilier et le montage juridique

Le projet immobilier est un aspect structurant du projet, il requiert des financements importants, il doit permettre une organisation du travail conforme aux objectifs du projet de santé et du projet professionnel et souvent il peut être à l'origine des motivations des professionnels de santé prenant part au projet. Son financement peut être supporté soit

par les membres de la MSP, soit par un investisseur privé, soit par la collectivité territoriale. Des aides financières sont mobilisables pour les études préalables, l'investissement et le fonctionnement auprès de l'assurance maladie (FIQCS<sup>40</sup>), Europe (FEDER<sup>41</sup>, FSE<sup>42</sup>), ARS (ENMR, CPOM) et collectivités territoriales. La maîtrise d'ouvrage peut être assurée par les membres de la MSP ou être sous-traitée. Dans tous les cas, la participation des membres est indispensable à l'élaboration du cahier des charges pour ce qui concerne les aspects spécifiques à leurs pratiques (accessibilité, circuit des déchets, tailles des espaces et leur répartition notamment).

Une importante phase du projet est consacrée à la structuration juridique permettant à la structure de formaliser son organisation du travail en équipe, les modalités de prise de décision ou le partage des bénéfices entre les membres. Ainsi, le contrat d'exercice en commun décrit les modalités de travail en commun, les temps de congé ou encore les modalités de départ. La charte définit les principes éthiques, le territoire couvert, l'organisation et la coordination des soins, la gestion de l'information, la formation des professionnels, les objectifs de la MSP (qualité, pertinence des soins...).

#### 2.2.2.4 Les conditions de la réussite d'un projet de maison ou pôle de santé

Pour qu'un projet de maison ou pôle de santé réussisse, plusieurs éléments sont déterminants. La qualité de la relation entre les professionnels de santé et les élus locaux est structurante pour garantir la réussite d'un projet. Une importante phase de concertation préalable doit ainsi être menée et si possible un comité de pilotage représentant chaque partie doit être constitué. Si parfois les intérêts poursuivis peuvent être divergents, plusieurs points rassemblent en général les acteurs. Il s'agit principalement de la qualité des soins, de l'accessibilité et de la pérennisation de la présence des professionnels sur le territoire. L'analyse de l'impact de la création d'une maison de santé sur les autres professionnels et sur l'offre de soins de proximité doit permettre d'éviter les conflits entre professionnels et entre élus des territoires de proximité. La souplesse doit également être recherchée. En effet, si les professionnels ressentent trop de contraintes dans la réalisation du projet, ils risquent de ne pas s'impliquer et de focaliser sur les contraintes du projet plutôt que sur ses bénéfices. Dans l'idéal, un rassemblement physique avant la construction du projet de santé afin de tester comment se passe la cohabitation entre professionnels permet de bien mesurer la maturité d'un projet et d'aller plus loin si les conditions du travail en équipe sont réunies.

---

<sup>40</sup> Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

<sup>41</sup> Fond européen de développement régional

<sup>42</sup> Fond social européen

### **2.2.3 Les impacts d'une maison de santé sur les conditions d'exercice**

Le fonctionnement au quotidien d'une maison ou pôle de santé est très différent de celle d'un cabinet classique avec de nouvelles fonctions et de nouvelles compétences qui émergent. Souvent, les professionnels ont tendance à sous-estimer ces différences ce qui être un frein à la réussite du projet. Il ressort de mes entretiens que les conditions de travail au sein d'une MSP impliquent un changement assez radical par rapport à l'exercice traditionnel. Le management des activités est déterminant dans le fonctionnement d'une MSP au point que certaines activités de management peuvent faire l'objet d'une embauche ou de sous-traitance. Ces activités recouvrent essentiellement la gestion de l'immobilier, l'entretien, le courrier, l'accueil physique et téléphonique, la gestion des stocks de matériels et de médicament.

Pour la réalisation du travail en équipe et notamment de l'analyse pluri-professionnelle d'un cas complexe la coordination entre les professionnels doit s'effectuer lors de réunion de travail sur des thématiques particulières ou sur des situations de patients. Les pratiques sont assez différentes selon les structures avec des modalités et des fréquences qui dépendent des possibilités de chaque structure. Bien que dans l'idéal ces modalités de travail en équipe doivent être les plus formalisées possible, dans la pratique il est difficile de dégager systématiquement du temps dédié à l'analyse pluri professionnelle. En général cela se fait davantage au fil de l'eau en fonction des possibilités de chacun. Dans tous les cas, l'organisation en maison de santé facilite le partage d'informations et constitue ainsi une première étape vers une prise en charge pluri professionnelle. Au niveau du premier recours, les protocoles de soins transversaux sont peu ou pas formalisés, l'élaboration de tels protocoles nécessitant du temps et des compétences que n'ont pas forcément les MSP. Les travaux de la Haute autorité de santé (HAS) sont ainsi d'une grande utilité pour favoriser la mise en œuvre de protocoles pluri professionnels dans ce type de structure.

Pour ce qui concerne la gestion économique, l'installation en MSP impacte peu sur le chiffre d'affaire mais peut entraîner des frais supplémentaires (locatifs, entretien, gestion) toutefois ceux-ci sont en général compensés par les nouveaux modes de rémunération. Le système d'information constitue un aspect déterminant dans le fonctionnement d'une MSP. En effet, il constitue un formidable outil au service du partage d'information et du travail en équipe. Ainsi, il doit permettre la mise à jour des dossiers patients, la facturation des soins et le suivi de la comptabilité, le partage d'information sur le patient avec les autres professionnels, l'extraction et le suivi des données sur les patients ou encore le partage des données avec d'autres professionnels du territoire. On peut imaginer également la réalisation d'un document médical de synthèse extrait du dossier patient

pour assurer la continuité des soins en cas d'absence du médecin traitant ou d'une hospitalisation.

## **2.2.4 Le rôle de l'ARS dans l'accompagnement des projets**

L'ARS intervient essentiellement dans la labellisation et l'accompagnement d'un projet de MSP. Les ARS et en particulier les délégations territoriales jouent un rôle déterminant dans la réussite d'un projet de MSP. Au cours des dernières années, un important effort de structuration de la politique d'accompagnement a été entrepris.

### **2.2.4.1 La procédure de labellisation**

Au départ du projet, il y a une volonté partagée des élus locaux et des professionnels de santé de construire un projet répondant à la problématique de démographie médicale sur un territoire. La première étape consiste en la saisine de la délégation territoriale de l'ARS. Dans le cas où il y a une saisine du siège, un premier jet d'information est donné suivi d'une orientation vers la délégation territoriale référente. La délégation territoriale procède ensuite à l'examen des critères d'éligibilité. Il s'agit notamment de mesurer les besoins du territoire, l'implication des professionnels de santé, le respect du cahier des charges et l'identification du porteur de projet et d'un éventuel coordonnateur identifié au sein de la structure. Si le projet est considéré comme intéressant et suffisamment mûr, une fiche synthétique de présentation réalisée par la délégation territoriale est transmise au siège de l'ARS qui fait le lien avec la préfecture de région et le Conseil régional. Les demandes sont ensuite examinées par le comité régional des financeurs au sein de la Commission de Coordination pour l'Offre de soins de Proximité (CCOP) qui rassemble l'ensemble des acteurs privés et publics concernés par l'offre de soins et de services de proximité<sup>43</sup>.

A ce stade, plusieurs possibilités sont envisageables. Dans le cas où il y a une incertitude sur l'opportunité du projet, l'ARS mandate un centre ressource afin d'avoir une analyse plus fine des besoins du territoire et de la capacité du projet à mobiliser des professionnels de santé. Si un accompagnement méthodologique est nécessaire, l'ARS mandate un centre ressource qui peut être soit l'Observatoire régional des urgences

---

<sup>43</sup> Cette commission réunit l'ARS, les préfectures, les collectivités territoriales, la DRJSCS, les trois régimes d'assurance maladie, le président de la CRSA, les URPS, les deux facultés de médecine, les deux GCS IFSI, les conseils de l'ordre, les associations d'internes, les représentants des centres et maisons de santé, l'ORU, l'ORS, le CRES, les fédérations de l'hospitalisation, la FNHAD, le pôle service à la personne et l'URIOPSS. Sa composition peut varier en fonction des sujets abordés.

(ORU), l'Observatoire régional de santé (ORS), le Comité régional d'éducation à la santé (CRES) ou les médecins facilitateurs de la FEMAS<sup>44</sup> PACA. Enfin, dans le cas où il y a seulement un besoin de financement, un comité départemental des financeurs est organisé pour élaborer le plan de financement. L'étape qui suit consiste donc en l'intervention des centres ressources qui interviennent auprès des professionnels pour apporter leur expertise à la réalisation des projets.

Les délégations territoriales jouent un rôle clef dans le déroulement de cette procédure. Leur mobilisation est nécessaire aux différents stades d'avancement du projet afin d'optimiser un suivi du projet au fil de l'eau et assurer un retour constant des éléments du terrain. Plusieurs points doivent particulièrement être pris en compte. En premier lieu, une analyse fine des acteurs du territoire et partenaires du projet doit être faite. Il convient ainsi de repérer en amont les éventuelles difficultés rencontrées (absence d'adhésion au projet, retard immobilier...) et s'assurer que celles-ci n'entravent pas l'avancement du projet. Des solutions doivent être apportées aux acteurs dans la mesure du possible. Une attention particulière doit également être portée sur les aspects juridiques et financiers. Ainsi, un comité des financeurs local peut être constitué à l'initiative des délégations territoriales. Un dialogue permanent doit également être engagé avec les différentes parties au projet afin d'échanger sur les modalités d'organisation effective de la structure et de la coordination ou encore sur la réalisation du projet de santé.

#### 2.2.4.2 La phase d'accompagnement

Au-delà de la procédure de labellisation du projet, l'ARS joue un rôle important en matière d'accompagnement du projet. En région Paca, cet accompagnement se fait par l'intermédiaire de l'observatoire régional des urgences (ORU). Ainsi, si cela est nécessaire après la validation du projet en CCOP, un accompagnement de l'ORU est prévu pour la réalisation du projet. L'ORU apporte son expertise auprès des acteurs pour l'aide au montage du projet. Son personnel est composé d'une secrétaire-coordinatrice qui dispose d'un bureau à l'ARS, de deux médecins libéraux qui interviennent à temps partiel, d'un praticien hospitalier et d'un médecin à temps plein. Lorsqu'il est mandaté, l'ORU se rend sur place pour réaliser un diagnostic initial sur l'état du projet. Pour ce faire les membres de l'ORU rencontrent l'ensemble de professionnels de santé pour savoir comment ceux-ci envisagent le projet et s'ils sont conscients des implications en matière d'organisation du travail et de prise en charge. Un questionnaire standardisé a ainsi été élaboré. Cet accompagnement comprend une étude d'opportunité si nécessaire.

---

<sup>44</sup> Fédération régionale des maisons et pôles de santé en région Paca

En lien étroit avec la délégation territoriale une étude de faisabilité est réalisée qui tient compte notamment d'éléments de diagnostic sur l'offre de santé et les besoins du territoire ainsi que la capacité des projets à mobiliser les ressources médicales et paramédicales. Toujours en lien avec la délégation territoriale, l'ORU aide à l'élaboration du projet de santé et notamment à l'organisation de la prise en charge. Enfin, elle apporte un appui à la mise en œuvre opérationnelle des projets. Elle apporte ainsi ses conseils sur la construction juridique et financière du projet, l'organisation fonctionnelle de la structure (démarche qualité, système d'information...) et l'intégration de la MSP à son environnement sanitaire, économique et social. Dans le cadre de cette mission, l'ORU joue également un rôle important dans la transmission d'informations à l'ARS en particulier pour ce qui concerne l'état d'avancement du projet et les difficultés rencontrées sur le terrain.

#### 2.2.4.3 Un effort de structuration important

Globalement la politique d'accompagnement de l'ARS PACA s'est bien structurée au cours des dernières années. On peut citer ainsi deux initiatives sur le plan institutionnel qui permettent de favoriser le développement des projets dans le domaine de la santé. Ainsi, la CCOP, mise en place en juin 2011, permet d'inscrire l'action de l'ARS dans une dimension partenariale avec comme objectif « *d'assurer la coordination et la cohérence des actions entreprises par l'ensemble des intervenants* ». De même, depuis juillet 2011, une plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) est opérationnelle. Ainsi, « *elle constitue le guichet unique pour accompagner les professionnels de santé aux moments clés de leurs carrière* ». Elle sert quatre objectifs principaux parmi lesquels celui d'aider à l'installation, de faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné et suivre le développement des projets de professionnels. Cette plate-forme doit notamment simplifier les démarches administratives (élaboration de projets de regroupement, demande de financement...), fournir un accompagnement personnalisé des projets de réorganisation des professionnels de santé ou encore mettre à disposition des outils à destination des professionnels. La gouvernance de cette plate-forme est assurée par la CCOP qui doit permettre notamment de garantir la coordination des acteurs.

## **2.3 Analyse d'un projet sur le territoire des Hautes-Alpes**

Après cette présentation de l'organisation de l'accompagnement et du suivi des projets de MSP dans la région PACA, il est intéressant de voir comment se monte un projet de MSP notamment lors de sa phase initiale de labellisation où le rôle de l'ARS et en particulier de la délégation territoriale est déterminant. Cela sera également l'occasion de montrer dans quelles mesures un projet de ce type peut répondre aux problématiques liées à la démographie médicale mais aussi en quoi elle améliore la prise en charge des patients sur un territoire.

### **2.3.1 Présentation du projet**

Il s'agit d'un projet porté par la communauté de communes sur 3 sites avec le site principal sur la commune de Guillestre et deux sites secondaires dans les stations de sports d'hiver de Vars et Risoul. Le territoire d'intervention comprend l'ensemble du bassin de population de la zone avec 8 communes concernées. Ce territoire est situé en vallée entre deux zones de montagne et bénéficie de la présence de deux stations importantes. Ainsi, la population permanente de 5 533 habitants peut être multipliée par 10 en haute saison. Bien qu'entourée de deux zones fragiles, la région de Guillestre n'est classée ni en zone à risque ni en zone fragile, toutefois 4 médecins sur 9 ont plus de 55 ans dont un a arrêté son activité en 2014. En station, les conditions de travail n'attirent plus les médecins et seule la perspective de création d'un pôle peut les maintenir. En outre, si la densité des masseurs-kinésithérapeutes est deux fois supérieure à la moyenne nationale, il y a un manque important d'infirmiers. La zone offre des conditions favorables à la création d'un pôle de santé en se situant à une distance équivalente des centres hospitaliers de Briançon et Embrun (30 km environ) et peut de ce fait constituer un point relais. La population croissante et vieillissante ainsi que la forte saisonnalité amène à une situation de pénurie de l'offre de soins accentuée par le vieillissement du corps médical. Enfin, il y a une forte demande des professionnels de la zone pour travailler ensemble ainsi qu'un besoin d'attirer d'autres professionnels (spécialistes, psychologue, orthophoniste).

## **2.3.2 Des objectifs en cohérence avec les besoins du territoire**

### **2.3.2.1 Un contexte favorable au projet**

Si l'ensemble des professionnels de santé sont intéressés par le projet, tous ne souhaitent pas être sur un même site. Ainsi, les dentistes qui viennent de rénover leur cabinet ne souhaitent pas le quitter. Pour le site de Guillestre, la structure sera occupée par 2 médecins généralistes, une sage-femme, 6 infirmiers, 7 masseurs-kinésithérapeutes et 2 pédicures-podologues. Pour le site de Vars, la structure sera occupée par 3 médecins généralistes, une infirmière, un ostéopathe et un pharmacien. Le site de Risoul sera occupé par deux médecins généralistes, deux infirmières en vacation, un kinésithérapeute (vacation) et un pharmacien qui pourrait éventuellement se juxtaposer à la MSP.

Des coopérations avec les partenaires extérieurs sont prévues pour permettre l'intégration du projet dans l'offre de soins du territoire. Des conventions devraient ainsi être passées avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Guillestre pour favoriser une approche pluridisciplinaire, une fondation pour l'éducation thérapeutique, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour des consultations avancées en addictologie, la Maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer (MAIA) pour la prévention de la perte d'autonomie chez le sujet âgé ou encore la télémédecine pour faciliter la coopération avec les professionnels extérieurs.

Pour ce qui est relatif à la communication entre les professionnels, plusieurs besoins de coordination interne ont été identifiés. Pour le pilotage du projet de santé, 2 réunions par an sont prévues pour le suivi et la mise à jour du projet de santé. Les staffs pluridisciplinaires doivent permettre de discuter de cas pratiques entre professionnels de la structure et bénéficier ainsi d'un avis pluri-professionnel. Enfin, des réunions régulières devront être prévues pour discuter de l'organisation de la MSP notamment l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et de la continuité des soins, du partage d'information, du secrétariat commun ou encore de l'étude du statut juridique.

### **2.3.2.2 Un projet en adéquation avec les ressources et les besoins du territoire**

Le projet de santé s'articule autour de 4 axes que sont la permanence des soins, l'éducation thérapeutique, la prévention et les consultations avancées. Pour la permanence des soins, il y a une organisation en deux phases avec pour la haute saison

deux lignes de garde et pour la basse saison une PDSA assurée le week-end par les médecins de Guillestre pour l'ensemble du territoire. Pour les infirmières diplômées d'Etat (IDE), un listing des IDE avec leur numéro de téléphone et leur disponibilité selon les saisons et les sites est prévu. Pour les kinés, un numéro d'urgence unique est mis en place pour les urgences respiratoires. Ce numéro de téléphone est communiqué aux médecins et à la maison de retraite. Pour les nuits de semaine, le patient va au service d'accueil des urgences de Briançon et du vendredi soir 19h au dimanche soir 21h le kiné de garde reçoit les patients sur le site de la MSP.

Pour l'éducation thérapeutique, une collaboration doit être mise en place avec la fondation Edith Seltzer à Briançon sur les programmes en ambulatoire de prise en charge de patients diabétiques et atteints de maladies cardiovasculaires. Une convention doit également être passée avec l'Union d'Etablissements et de Services de santé du Briançonnais pour l'inclusion de la MSP dans les divers réseaux qui proposent des services de santé dans le secteur. Trois actions de prévention ont été proposées par les professionnels de santé, à savoir la prévention des accidents sportifs, la prévention des chutes à domicile en lien avec la MAIA et la prise en charge pluridisciplinaire des problèmes liés à l'addictologie en lien avec le CSAPA Nord et l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Enfin, pour le dernier axe concernant les consultations avancées, il est prévu de développer les consultations de spécialistes en particulier l'ophtalmologie, la psychiatrie et la radiologie.

Certaines spécialités ne demandant pas un plateau technique important pourront facilement être accueillies telles que la rhumatologie, la psychiatrie ou le repérage de la fragilité des personnes âgées avec un conventionnement avec l'Hôpital d'Embrun. Le projet consiste en la création d'une association conforme à la loi de 1901 s'intitulant « association des professionnels de santé du Guillestrois », l'objet étant de développer l'accessibilité aux soins de la population du Guillestrois en mettant en place un projet de santé et en supervisant la permanence des soins.

Pour la délégation territoriale, ce projet est considéré comme conforme au cahier des charges des MSP<sup>45</sup>. Ainsi, la délégation souligne un projet professionnel qui assure la coordination de la prise en charge et l'organisation de la gestion courante de la MSP. Pour ce qui concerne le projet de santé, le projet commun sur les 3 sites doit permettre une intégration de la structure dans le contexte local grâce aux partenariats extérieurs. En outre, l'intérêt de la mutualisation des moyens notamment sur la PDSA et l'instauration d'un numéro unique est souligné. D'un point de vue général, l'implantation de ce pôle sur un territoire éloigné des structures de santé et aux frontières de deux zones fragiles

---

<sup>45</sup> Fiche synthétique transmise par la délégation territoriale au siège sur le projet en vue du passage en CCOP en juillet 2014.

apparaît pertinente. En haute saison, cela permet d'attirer de nouveaux médecins pour pouvoir répondre aux besoins y compris de la population résidente. En basse saison, le renforcement de l'offre et sa meilleure structuration permet de répondre aux besoins des résidents secondaires « semi permanents » qui sont souvent âgés et qui peuvent représenter jusqu'à 30 000 personnes sur la zone.

Pour ce projet, le budget global prévisionnel est de 1 600 000 euros hors taxes et la demande globale de financements publics réparti entre le Conseil régional, le DETR<sup>46</sup>, le FNADT<sup>47</sup> et le FEADER<sup>48</sup> est proche d'un million d'euros. Le projet a été accepté et labellisé lors de son passage en CCOP en juillet 2014.

---

<sup>46</sup> Dotation d'équipement des territoires ruraux

<sup>47</sup> Fond national d'aménagement et de développement du territoire

<sup>48</sup> Fond européen agricole pour le développement rural

### **3 La place des maisons de santé pluri-professionnelles dans la lutte contre la désertification médicale**

Peu à peu, une politique d'accompagnement des projets de MSP s'est structurée en région PACA avec comme acteurs principaux, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et les ARS. Ainsi, le développement des projets de MSP est facilité et celui-ci s'inscrit dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale. Cette partie va s'attacher à démontrer la pertinence de l'outil en matière de répartition de la démographie médicale et à analyser la politique mise en œuvre en la matière à travers notamment les différentes expériences issues du terrain. Il s'agira également d'en tirer les enseignements afin de proposer des pistes de réflexion pour offrir un contexte favorable au développement de ces structures.

#### **3.1 Le pôle de santé « Séliance » : un exemple de réponse aux besoins d'un territoire rural**

Le pôle de santé « Séliance » basé à Gap et ayant des antennes sur plusieurs sites du département fournit un bon exemple des bénéfices que peut représenter l'implantation d'une structure de ce type sur un territoire souffrant d'une sous densité médicale.

##### **3.1.1 Historique du projet**

A la base, ce projet est parti d'une initiative des professionnels de santé qui exerçaient en groupe et qui ont souhaité créer de nouvelles conditions d'exercice et améliorer l'accès aux soins des patients. En effet, les médecins sont partis d'un double constat, à savoir la saturation des médecins généralistes isolés et les problèmes d'accessibilité à l'offre de soins et notamment l'accès aux soins sans rendez-vous. Neuf médecins généralistes se sont ainsi regroupés en 2007 avec le renfort de deux jeunes médecins en primo-installation. Ce projet a permis la création d'une véritable dynamique puisque très vite d'autres professionnels des communes environnantes ont souhaité se joindre au projet (deux médecins généralistes de Chorges et un médecin d'Espinasses) qui est ainsi devenu un pôle de santé. Par la suite, la communauté de communes du Queyras où se situe la ville d'Aiguilles est venue déposer un dossier au cabinet pour l'implantation d'un

site en lien avec le pôle de santé. Un jeune médecin généraliste en primo-installation a également rejoint depuis le site de Gap.

### **3.1.2 Une réponse au risque de désertification de plusieurs territoires des Hautes-Alpes**

#### **3.1.2.1 Le maintien et le renforcement d'une offre médicale sur des territoires en voie de désertification médicale**

Le site d'Espinasses constitue un exemple assez intéressant de l'intérêt que présente ce type de structure pour garantir le maintien d'une présence médicale sur un territoire et d'éviter ainsi sa désertification. Ainsi, le territoire de la ville d'Espinasses comprenait un cabinet médical avec deux médecins, le départ de l'un d'entre eux en 2011 ne permettait pas au médecin restant d'assurer la continuité du cabinet médical. En effet, ce cabinet assurait la présence médicale sur un territoire vaste comprenant notamment un EHPAD spécialisé dans la maladie d'Alzheimer et un autre qui a ouvert en 2011. L'éventuelle fermeture de ce cabinet aurait entraîné l'apparition d'une zone blanche couvrant le canton d'Espinasses mais aussi celui de Turriers et du Lozet dans les Alpes de Haute-Provence où il n'y a pas de médecins généralistes.

Conscients du risque de désertification, les médecins du cabinet (âgés de plus de 60 ans) ont rejoint le pôle de santé en 2009. Grâce à l'installation d'un jeune médecin, attiré par l'exercice en pôle, la présence médicale est assurée en semaine par la présence quotidienne d'un médecin et chaque jour une demi-journée est consacrée à la prise en charge des soins non programmés. Pendant le week-end, les patients sont orientés sur le site de Gap pour les prises en charge. En dehors des horaires d'ouverture, les appels sont basculés sur le site de Gap. Là aussi, en cas d'absence des médecins la continuité est assurée par la mobilité des médecins qui interviennent en fonction des besoins.

L'exemple d'Aiguilles est également intéressant. Ce canton est situé dans une zone montagneuse difficile d'accès et compte à l'année un peu plus de 2000 habitants. Toutefois, en raison d'une activité touristique importante, la population augmente considérablement en saison haute (18 000 lits). Pendant ces périodes, il y a une suractivité médicale, majorée par les accidents sportifs, nécessitant pour une part des actes de type petite traumatologie ou de radiologie qui demandent plus de temps qu'une consultation habituelle. Depuis 2011, les différentes tentatives de recrutement d'un médecin ont échoué et à l'absence de présence médicale se rajoute des perspectives inquiétantes pour la démographie paramédicale. Ainsi, un des deux infirmiers présent est

très proche de la retraite et l'autre s'interroge sur l'avenir de son activité à Aiguilles. Face à cette situation<sup>49</sup>, une décision conjointe de la préfecture de région et de l'ARS a décidé le financement d'une MSP. La MSP d'Aiguilles a bénéficié du soutien et de l'aide méthodologique de l'ORU PACA tout au long de son développement aussi bien à la phase projet qu'à la phase opérationnelle. L'implantation de la MSP dans l'hôpital d'Aiguilles doit permettre de regrouper l'ensemble des professionnels de santé dans un même lieu et d'y rattacher la seule pharmacie du canton. Les travaux se sont terminés au cours de l'automne 2014 pour une ouverture en décembre 2014 même si certaines consultations ont commencé avant la fin des travaux. A terme, la structure doit bénéficier de la présence d'un médecin spécialiste en médecine générale cinq jours sur sept en période basse et la présence de deux médecins sept jours sur sept en haute saison (ouverture des stations de ski et vacances scolaires). Des logements à destination des médecins sont également mis à disposition gracieusement. Pour assurer cette présence le pôle de santé détache des médecins généralistes sur le site d'Aiguilles une à deux semaines complètes à tour de rôle.

Des modalités de travail spécifiques sont prévues. Ainsi, pour organiser la pluri-professionnalité, des réunions mensuelles entre les différents professionnels doivent être organisées. Elles doivent consister notamment en l'évaluation des pratiques professionnelles, à la revue de dossier ou en l'élaboration de protocoles pour la prise en charge de cas fréquents ou complexes. Ces réunions seront indemnisées dans le cadre des nouveaux modes de rémunération. Pour ce qui concerne la coordination, un poste de coordonnateur sera dédié afin d'organiser l'ensemble du pôle de santé, ses actions, ses réunions, la formation du personnel ainsi que la gestion du personnel et des plannings. Enfin, le pôle de santé a également permis d'anticiper sur le vieillissement du personnel médical avec l'installation d'un jeune médecin à Chorges.

### 3.1.2.2 Une accessibilité et une continuité des soins renforcées

Le pôle constitue également un formidable outil au service d'une accessibilité renforcée avec une continuité des soins pour l'ensemble du pôle de santé ainsi qu'une participation à la permanence des soins. Les horaires d'accès aux soins sont également élargis et l'accès des personnes à mobilité réduite est facilité. La qualité des soins est également renforcée en particulier dans des domaines où le manque de spécialistes sur le territoire se fait ressentir. Par exemple, en gynécologie-ophtalmologie 3 médecins sont membres

---

<sup>49</sup> Depuis 2012 le canton d'Aiguilles est classé comme une zone fragile par le SROS

du réseau PERINAT SUD et pratiquent des échographies obstétricales et deux médecins ont un diplôme universitaire d'ophtalmologie médicale.

Sur le site de Gap, pour assurer la continuité des soins, le site est ouvert de 8h à 20h en semaine, le samedi de 9h à 18h et le dimanche et les jours fériés de 9h à 12h. Pour l'accueil des soins non programmés, il y a une présence quotidienne de deux médecins dédiés présents en semaine et le samedi matin. Le samedi après-midi et le dimanche matin, un médecin est présent pour assurer la continuité des soins et il est en mesure de consulter sur les autres sites via la téléconsultation. Sur le site de Chorges, la présence médicale est assurée par la mise à disposition quotidienne de deux médecins, un médecin travaillant sur rendez-vous et l'autre assurant les soins non programmés. En dehors des horaires d'ouverture qui sont moins larges que ceux de Gap, la continuité des soins est assurée par le basculement de la prise en charge sur le site de Gap. En outre, pendant les vacances des médecins dédiés à ce site, la continuité est assurée par la mobilité des médecins du pôle de santé qui interviennent selon les besoins.

## **3.2 Les enseignements tirés des expériences menées sur le terrain**

Les différents entretiens réalisés ainsi que les dossiers étudiés m'ont permis de développer une analyse assez fine des enjeux relatifs aux MSP et à leur utilisation comme outil de répartition de la démographie médicale sur le territoire. Cette partie s'attachera à essayer de faire un diagnostic et notamment à repérer les éléments déterminants dans la conduite des projets.

### **3.2.1 Les MSP constituent une importante source d'attractivité pour les professionnels de santé dans les territoires ruraux isolés**

Les acteurs de terrain et notamment les professionnels chargés de l'accompagnement des projets de MSP considèrent globalement que les MSP sont au centre de beaucoup d'enjeux politiques et sont à l'origine d'effets d'aubaine à la fois pour les promoteurs du projet (les professionnels de santé) et les porteurs de projet (les élus locaux). Les MSP sont des projets de longue haleine (en moyenne et si le projet se déroule bien il faut au minimum 2 à 3 ans pour aboutir). Il n'est pas rare que les relations entre les porteurs et les promoteurs du projet ne soient pas bonnes alors que pourtant celles-ci sont déterminantes pour la réussite du projet. Cela se traduit en général par une mauvaise coordination entre les acteurs.

Pour la grande majorité des acteurs, les MSP constituent des solutions attrayantes pour les professionnels de santé et notamment pour les jeunes médecins qui sont attirés par le travail en équipe, le fait de mener un projet de santé au service d'une population ou encore les facilités pour dégager du temps libre. La plupart des jeunes praticiens commencent par faire des remplacements, en effet ceux-ci offrent un environnement favorable qui leur convient. L'âge moyen d'installation ne vient donc qu'entre 35 et 40 ans. Le remplacement permet de connaître le terrain (en effet la formation est très axée sur l'hôpital) et il offre des avantages non négligeables (absence de problématiques liées à la gestion courante du cabinet). Pour les jeunes, la MSP offre des facilités d'exercice avec de nombreux professionnels de santé qui gravitent autour et qui facilite leur insertion et leur installation. Travailler en MSP peut être ainsi une importante source de motivation et en région il y a plusieurs exemples d'installation en MSP de jeunes professionnels.

### **3.2.2 Des difficultés importantes dans la conduite des projets de MSP**

Lors des entretiens réalisés, j'ai pu également mesurer l'importance des difficultés rencontrées par les acteurs pour monter un projet de MSP ainsi que l'existence de dysfonctionnements au sein des structures. A l'origine, les MSP doivent permettre d'offrir des conditions d'exercice pour les professionnels de santé qui soient différentes de l'exercice traditionnel dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient. Le livre du Docteur De Haas, médecin généraliste à l'origine de cette nouvelle forme d'exercice, « Monter et faire vivre sa maison de santé » insiste ainsi sur le rôle que doit jouer cette nouvelle forme d'exercice pour améliorer le service rendu au patient. Ainsi, si les maisons et pôles de santé sont présentés comme des outils au service d'une accessibilité renforcée, d'une meilleure prise en charge du patient et au final d'un gain d'efficience pour le système de santé, il peut y avoir parfois une difficulté pour ces structures à atteindre l'ensemble de ces objectifs. La question de l'attractivité du mode d'exercice et de son intérêt pour lutter contre la désertification médicale n'est venue que dans un second temps, l'objectif initial étant d'améliorer la prise en charge du patient.

#### **3.2.2.1 La difficulté pour les ARS à assurer un suivi et un contrôle de ces structures**

En effet, il ressort des entretiens que l'obstacle majeur au développement des MSP et surtout à l'atteinte des objectifs de l'ARS pour l'utilisation de cet outil est que les moyens de pression de l'ARS sur des professionnels libéraux en particulier les médecins restent marginaux. Ainsi, s'il le souhaite un médecin libéral peut quitter une MSP quand il le veut.

La contractualisation avec les MSP peut être un outil de pression et de contrôle accru, toutefois elle peut également constituer un frein non négligeable. En région PACA, il n'y a pas de contractualisation en raison notamment du fait que les structures ne sont pas considérées comme suffisamment mûres. Il y a ainsi la volonté de ne pas casser les dynamiques existantes. Les jeunes générations peuvent toutefois être plus réceptives et enclines à s'engager dans ce type de démarche, cependant il ne faut pas perdre de vue que le projet de santé reste avant tout un engagement moral. Le projet de santé peut constituer un outil de contrôle dans le sens où il permet une transparence et l'ARS peut ainsi suivre l'activité de la MSP. Dans la pratique, il est difficile pour les ARS de prendre des sanctions à l'égard des libéraux suite à d'éventuels non-respect du projet de santé. Ainsi, si les contraintes relatives à la permanence des soins sont généralement acceptées et prévues dans le projet de santé, il n'y a pas de garantie effective de leur respect. En cas de non-respect, aucune pénalité n'est prévue et il n'y a pas à l'heure actuelle de véritable réflexion sur les sanctions à prendre face à ces problématiques.

De même, le temps effectif consacré à la coordination est très variable et repose essentiellement sur la bonne volonté des soignants. Ainsi, souvent les réunions de coordination empiètent sur le temps de travail et donc diminuent les sources de revenu issues de la rémunération à l'acte. Ainsi, contrairement à ce que l'on peut penser le financement ne permet pas forcément de gagner du temps car en général les tâches de coordination et les réunions de staff se font en dehors du temps de travail. Il est aujourd'hui difficile de les intégrer dans le temps de travail, cela dépend donc essentiellement du volontariat. Le gain financier pour les professionnels de santé demeure relativement minime<sup>50</sup> et en raison des effets du resserrement du *numerus clausus*, les médecins ont une charge de travail importante.

Sur le terrain, il n'est pas rare d'observer des dysfonctionnements dans les projets de MSP. Par exemple, une MSP des Hautes-Alpes est dans l'incapacité d'accueillir des patients allongés, les locaux ne permettant pas le passage de brancards. De même, si au départ le projet de santé d'une MSP laissait espérer des perspectives très intéressantes pour la population, dans les faits on constate que le projet de santé n'est pas appliqué. Cela est d'autant plus problématique qu'il y a eu un important investissement architectural avec la réalisation d'une belle structure au bénéfice de la pratique des professionnels de santé mais pas vraiment au bénéfice de l'amélioration de la prise en charge des besoins de la population. On voit ici l'importance de l'effet d'aubaine que peut représenter un projet de MSP et toute la difficulté pour les pouvoirs publics et en particulier les ARS de les éviter.

---

<sup>50</sup> Les nouveaux modes de rémunération représentent entre 3 et 5% du chiffre d'affaires selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

### 3.2.2.2 La place des ARS reste encore à construire

Globalement la relation entre les professionnels de santé et les ARS n'est pas toujours facile et la place des ARS reste encore à construire. Le montage d'un projet de MSP est particulièrement chronophage pour les professionnels de santé. Dans le cas du projet de pôle de santé de Séliance, les réunions au début du projet lors de sa gestation se faisaient en dehors des heures de travail et de façon régulière. De même le passage en société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA) afin de bénéficier des ENMR a été particulièrement complexe et beaucoup de temps y a été consacré. En général, les structures préfèrent d'ailleurs se constituer en association, le passage en SISA avec notamment la mutualisation des moyens étant considéré comme trop complexe. En effet, pour le projet de pôle de santé à Guillestre, le passage au statut de SISA n'est pas envisagé en l'état actuel, le projet n'étant pas encore suffisamment mûr. Ainsi, la flexibilité et la souplesse offert par le statut association de la loi 1901 est privilégié. Il y a donc une demande de facilitation et de souplesse. Pour les professionnels du pôle de Séliance le dialogue avec l'ARS sur ce projet n'a pas toujours été considéré comme facilitateur en raison notamment des nombreuses demandes de réécriture du projet de santé sur des points n'étant pas toujours considérés comme déterminants et qui a été vécu par certains professionnels comme davantage une contrainte qu'un accompagnement facilitateur.

Si de gros efforts ont été réalisés dernièrement avec notamment la mise en place d'un référent unique à l'ARS siège en charge des projets de maison de santé, l'accompagnement de l'ARS ne répond pas toujours aux besoins spécifiques des professionnels de santé d'où leur intérêt pour les maisons régionales de santé où les contraintes sont moins grandes et l'accès au financement plus facile. Une des principales difficultés de l'ARS PACA est notamment le manque de moyens disponibles pour la réalisation de ces projets. Par exemple, sur le financement issu du fond d'intervention régional (FIR), l'ARS PACA est peu dotée et si l'on compare à l'ARS Rhône-Alpes la différence en dotation est de 20 millions d'euros alors que les besoins sont équivalents<sup>51</sup>. Si cela s'explique en partie par le fait que l'ARS PACA a fait le choix de se concentrer sur le secteur hospitalier et que la région connaît un certain retard sur le développement de ces structures, l'action conjointe du Conseil régional et de l'ARS permet un rattrapage de la région et doit s'accompagner d'un financement adapté.

Enfin, la qualité du dialogue entre le siège et les délégations territoriales est déterminante. En effet, les délégations territoriales sont des sources d'information précieuses et sont un acteur clef pour avoir une connaissance précise des besoins et des ressources du territoire ainsi que des tendances à l'œuvre. Ces éléments sont nécessaires dans le

---

<sup>51</sup> Entretien avec le responsable du département premier recours au siège de l'ARS Paca

pilotage des politiques de santé sur le territoire. Par exemple, les données disponibles pour déterminer les zones fragiles ou de vigilance disponible au siège ne sont pas toujours actualisées ni fiables. Ainsi, dans un premier temps le siège de l'ARS Paca avait pris en compte dans l'effectif médical du territoire d'Aiguilles l'ensemble du personnel du pôle de santé de Séliance situé à Gap et ayant une antenne à Aiguilles. Compte tenu de ces aspects, la zone d'Aiguilles n'était donc plus considérée comme fragile. En réalité, seule une partie des professionnels du pôle de santé sont amenés à intervenir sur Aiguilles, le territoire demeurant de ce fait fragile. Le dialogue avec la délégation territoriale a permis ainsi d'avoir une connaissance « réelle » des ressources effectives en santé du territoire.

### 3.2.2.3 La nécessaire prise en compte des intérêts des professionnels et des spécificités du monde libéral

Il est important également de prendre en compte le fait que les MSP sont des projets lourds qui ont un coût important pour la collectivité entre 1 et 1.5 million d'euros d'où la nécessité de procéder à un suivi et à une évaluation de ces structures. Pour autant, le fait d'être évalué constitue une nouveauté pour les libéraux et pour être acceptée, il faut s'attacher à ce qu'elle ne soit pas vécue comme une contrainte supplémentaire mais comme un outil au service de l'amélioration des pratiques et de la prise en charge. Ainsi pour un médecin généraliste travaillant au sein d'une MSP, l'outil doit offrir « *un cadre souple avec les moyens que l'on a réellement pour éviter l'embolisation du système et faire confiance aux professionnels sur le terrain* ». Dans l'idéal, il doit être pédagogique pour l'équipe, analytique pour l'ARS et intéressant pour l'assurance maladie. Cette évaluation devra également être menée principalement par les ARS afin de ne pas empiéter sur le temps des professionnels.

De plus, il y a un certain scepticisme des acteurs sur le fait que les maisons et pôles de santé puissent constituer une solution générale à la lutte contre la désertification, les MSP ne pouvant venir qu'en complément des outils déjà existant de répartition de la démographie médicale. En effet, les MSP sont des outils qui reposent sur un consensus et qui doivent nécessairement s'inscrire dans un contexte favorable. Dans la pratique, il est difficile pour une MSP de faire face à l'opposition des professionnels de santé notamment des médecins libéraux. Par exemple, un cas qui se pose souvent et qui constitue un frein à la création d'une MSP est que lorsqu'il y a un projet de MSP sur un territoire occupé par 3 médecins libéraux mais qu'un médecin ne veut pas y prendre part cela constitue une contrainte importante puisque celui-ci, notamment s'il est installé

depuis plusieurs années dispose d'une patientèle et il est prescripteur. Son activité a donc des conséquences sur l'ensemble des professions de santé du secteur.

Un autre aspect important est le fait que la coopération entre les différents professionnels de la santé ne va pas de soi puisque souvent ceux-ci ont des intérêts divergents et l'amélioration de la prise en charge du patient ne suffit pas toujours à faire travailler les professionnels ensemble. Par exemple, pour les infirmières libérales, l'implantation d'une MSP peut constituer un risque important pour l'activité des professionnels déjà installés. Les pharmaciens se montrent également méfiants relativement au développement de ces structures qui peuvent amener à déstabiliser le réseau officinal, le regroupement de médecins dans une commune pouvant se faire au détriment des autres communes et donc des pharmacies avoisinantes la survie de celles-ci dépendant de la présence de professionnels médicaux sur le territoire.

Une problématique rencontrée est le fait que les MSP supposent beaucoup de contraintes pour les professionnels de santé (projet de santé, coordination...) ce qui leur demande du temps et les éloigne de leur cœur de métier qu'est le soin. Il y a beaucoup de frilosité en relation avec ce point. En outre, la question de la génération n'est pas déterminante puisque des jeunes ne sont pas davantage enclins à travailler en coordination que leurs aînés. Cela dépend de la personne, le métier est aussi un facteur déterminant.

La question de l'accompagnement et des personnes en charge de l'accompagnement est essentielle. En effet, bien que l'ORU-PACA comporte parmi son équipe des médecins libéraux, il est parfois considéré comme une émanation du monde hospitalier et les relations avec les libéraux ne sont pas toujours optimales. En effet, les médecins et en particulier les médecins libéraux ont une forte culture corporatiste. Pour le sociologue François-Xavier Schwyer, interrogé lors du MIP, cela s'explique notamment par le fait qu'*ils ont une profession qui bénéficie du monopole de l'exercice et ont une position dominante sur les autres soignants* ». S'ils sont attendus comme leader dans un projet de MSP, ils sont peu enclins aux délégations de tâches alors qu'en matière de coopération leur rôle est central<sup>52</sup>. Cette culture est d'ailleurs renforcée par leur mode de sélection avec des compétences exclusivement scientifique basée sur la capacité de mémorisation plutôt que sur leur capacité à travailler en équipe. Cela explique l'approche individualiste et compétitive qu'adoptent les médecins dans leur activité. Les paramédicaux et notamment les infirmiers qui ont déjà travaillé en milieu hospitalier sont beaucoup plus enclins à travailler en équipe. Pour un accompagnement efficace, il est donc important de

---

<sup>52</sup> Dans les protocoles de coopération mis en place (en ville ou à l'hôpital) depuis la loi HPST, il y a très majoritairement une délégation de tâches par le médecin.

bien prendre en compte les spécificités du monde libéral. Ainsi, la crédibilité et la légitimité de l'acteur accompagnant les professionnels sont essentielles.

On voit ici l'importance des enjeux que représentent les MSP pour les ARS. Il s'agira ainsi pour les ARS de développer une fine connaissance du territoire et notamment des enjeux en matière d'offre de soins à la fois pour répondre aux besoins de la population tout en veillant à ne pas déstabiliser les ressources du territoire. Sur ce point, poser les bases d'un dialogue constructif avec les représentations professionnelles sera déterminant. Conformément à la philosophie de la loi HPST, il s'agira pour l'ARS de s'imposer comme l'acteur de référence au niveau régional de l'ensemble des professionnels du secteur de la santé et notamment des libéraux mais aussi des acteurs du médico-social et du social qui peuvent être des acteurs déterminants dans la réalisation de projets de ce type. .

#### 3.2.2.4 La difficulté pour les collectivités territoriales à mener des projets complexes

Les collectivités territoriales connaissent également d'importantes difficultés à mener un projet de MSP et le fait d'avoir un avis favorable de la délégation territoriale en raison de l'intérêt du projet pour les besoins de la population ne signifie pas nécessairement que le projet soit facile à mener, ni même que celui-ci puisse aboutir. En effet, la conduite d'un projet est très complexe pour les élus locaux, la santé n'étant pas leur cœur de métier. La coordination entre les différents professionnels de santé s'avère particulièrement difficile à mettre en œuvre. Cela est d'autant plus le cas lorsqu'il s'agit de petites collectivités disposant de peu de moyens. Par exemple, pour le pôle de santé du Guillestrois pas moins de 9 versions du projet ont été réalisées. Au départ, il n'y avait pas de projet précis, celui-ci s'est construit au fur et à mesure suite aux échanges avec la DT et surtout avec les différents professionnels de santé. Les élus ont rencontré l'ARS puis l'intercommunalité a financé une étude de faisabilité. L'implication et le désir de participer au projet est très différente selon les professions. En effet, si globalement les paramédicaux et professions non médicales sont favorables au travail en exercice coordonné, les médecins se montrent plus réticents. Ainsi, il n'y a pas de calendrier précis pour la mise en œuvre du projet. Il y a eu une véritable lassitude des professionnels de santé liée aux difficultés rencontrées et surtout à la longueur de la mise en œuvre du projet.

Les locaux n'existent pas à l'heure actuelle. Le projet prévoit la construction par l'intercommunalité pour ensuite une mise en location aux professionnels de santé. Il n'y a pas de réelle connaissance chez les professionnels du concept de MSP et de ses implications (projet de santé...). Au départ, pour les professionnels de santé l'objectif du projet est d'accéder à un local, le projet de santé est venu par la suite au fur et à mesure.

On constate qu'il y a davantage de motivations chez les personnes qui travaillent déjà en équipe, les personnes habitués à l'exercice libéral non regroupé sont plus réticentes et ce indépendamment de l'âge. L'exemple de Guillestre montre bien que l'absence de leader chez les professionnels de santé et en particulier les médecins constitue un frein important pour la réussite et le déroulement du projet. Les pouvoirs locaux peuvent ainsi difficilement compenser le manque de volontarisme des professionnels. Le principal apport du projet est le fait que les professionnels ont pu se réunir et se rencontrer. Ils se connaissent mieux ce qui constitue dans tous les cas un préalable à l'exercice coordonné.

### **3.3 Le développement d'outils au service d'un accompagnement qui réponde aux besoins des professionnels**

Après cette sous-partie consacrée au diagnostic, il s'agit de présenter et d'analyser les différentes initiatives mises en œuvre pour remédier aux difficultés rencontrées dans la conduite des projets de maisons et pôles de santé. Ainsi, des outils sont développés par les centres ressources dans une optique d'amélioration constante de l'accompagnement.

#### **3.3.1 Les outils mis en place en région PACA**

L'accompagnement joue un rôle déterminant dans la réussite d'un projet. Ainsi, monter un projet de MSP est chronophage et les professionnels attendent de l'accompagnement qu'il leur fasse gagner du temps. En effet, souvent les professionnels se plaignent d'être obligés de participer à des réunions dont ils ne voient pas forcément l'intérêt pour leur projet de MSP.

Pour la réalisation du diagnostic initial, l'ORU-PACA utilise un système de code couleur. Ce diagnostic doit notamment permettre de déterminer si les professionnels sont pour le projet (ce qui n'est pas toujours évident) de même que les élus. Il s'agit d'un élément essentiel. Avoir un leader parmi les promoteurs de projet est déterminant pour la réussite du projet, or cela n'est pas toujours le cas. Non seulement, il est la locomotive qui permet au projet d'avancer et de fédérer les parties au projet pour aller dans le même sens mais aussi, il sert de balancier face à des personnes plus réfractaires qui en l'absence de leader peuvent considérablement faire retarder le projet. En outre, l'ORU sert donc à la rédaction du projet de santé, assure le lien entre promoteur et porteur du projet. Il s'agit notamment de vérifier si le projet est bien clair sur les objectifs, ses implications sur l'organisation du travail, le montant de la charge locative... Tout cela constitue des

informations particulièrement précieuses qui sont remontées à l'ARS afin d'assurer le meilleur suivi possible du projet.

L'ORU joue un rôle de facilitateur mais il existe aussi des médecins facilitateurs en région PACA qui ont le même rôle que l'ORU qui dépendent de la FEMAS. Il y a parfois une forme de concurrence entre les acteurs institutionnels de l'accompagnement qui sont nombreux. La FEMAS a été à l'origine du montage du projet de MSP/PSP à Aiguilles en Queyras. Souvent les projets de MSP se transforment en PSP, le pôle permettant plus de flexibilité et de couvrir une zone plus large.

Globalement plusieurs initiatives intéressantes ont été menées en région PACA visant à faciliter la mise en œuvre de projets de MSP. L'ARS s'attache à favoriser la collaboration entre les centres ressources. Ainsi, en 2014, elle a validé le principe d'un travail en complémentarité entre l'ORU et la FEMAS PACA. L'objectif est que la FEMAS vienne en appui de l'ORU sur les projets d'exercice coordonné les plus complexes en fonction des besoins spécifiques et des difficultés rencontrées. Cela passera notamment par la mise à disposition de 6 facilitateurs libéraux (un par département) pour apporter son expertise à tout moment du montage du projet auprès des équipes de professionnels et ce dans une perspective de démarche qualité des soins de premier recours.

Des initiatives visant à développer le suivi en amont ont également été prises. Par exemple, dans le département des Alpes de Haute-Provence, il y a eu une pré-réunion avant le passage en CCOP avec l'ensemble des acteurs concernés (ORU, professionnels de santé, délégation territoriale et élus) ce qui a permis de voir que le projet n'était pas suffisamment mature et le projet n'a donc pas été présenté à la CCOP. Ce rôle de filtre que peut avoir l'ORU avant le passage en CCOP peut être utile. S'il ne doit pas être décideur, il pourrait avoir un avis consultatif. Le diagnostic devrait avoir lieu avant le passage en CCOP ce qui permettrait d'éviter que des projets manquant de maturité soient mis en œuvre. Il serait intéressant d'avoir une instance objective et extérieure qui soit capable de juger de la maturité d'un projet et qui soit uniquement dédié à ce rôle. Outre le développement d'une expertise, cela permettrait d'avoir un regard neutre qui ne soit pas impliqué dans le projet et qui ne risque pas de pousser des projets qui ne sont pas suffisamment solides. Cette instance doit être composée de professionnels de santé.

Le système d'information constitue un enjeu déterminant pour le fonctionnement et le développement des MSP. L'ORU-PACA réfléchit ainsi à proposer des outils permettant de faciliter le travail en MSP notamment à travers le développement d'un logiciel qui doit permettre d'offrir une alternative à l'existant et qui permet d'être en lien avec l'hôpital. Il y a ainsi une volonté que les MSP soient des outils de décloisonnement du système de soins.

### 3.3.2 Les bonnes pratiques mises en œuvre par les autres ARS et les acteurs

Il est intéressant d'essayer d'étendre l'analyse sur les maisons et pôles de santé au niveau national et de repérer les éventuelles bonnes pratiques mises en place sur l'ensemble du territoire. Par exemple, l'ARS Pays-de-la-Loire a mis en place un guichet unique en charge de l'accompagnement des acteurs et des partenaires sur l'organisation des soins de premier recours présent dans chacune des 5 délégations territoriales. Il s'agit des comités d'accompagnement territoriaux des soins de premier recours (CATS) qui est une instance proactive avec des actions menées sur le terrain (cf. Annexe 7). Ainsi, pour l'accompagnement des projets, le CATS missionne un binôme accompagnateur composé d'au moins un professionnel de santé. Il existe notamment un lien avec les URPS qui sont de véritables partenaires pour appuyer les professionnels de santé via notamment la mise en place d'un poste de médecin facilitateur qui intervient auprès des promoteurs de projets et apporte son expertise au montage de projet et facilite la coopération entre professionnels de santé.

En complément de l'apport technique, l'ARS Pays de Loire mène une politique volontariste de contractualisation avec environ 80% des MSP ou PSP faisant l'objet d'un CPOM<sup>53</sup>. En deux ans, l'ARS a ainsi contractualisé avec 22 structures. L'objectif est de développer la coordination et la prévention. Cela permet également de s'assurer de l'évaluation des projets de santé sur le territoire. Nous avons pu constater également l'importance du système d'information. Ainsi, pour le président de la fédération des maisons et pôles de santé de la région des Pays-de-la-Loire et fondateur d'une maison de santé dans la grande banlieue nantaise interrogé également lors du MIP, « *l'information partagée entre médecins sur un patient constitue un préalable nécessaire* ». Ainsi, au sein de sa MSP tous les professionnels de santé disposent d'un accès à une messagerie sécurisée afin de pouvoir partager les données notamment entre infirmières et diététiciennes. Dans le cadre du FIR, l'ARS Pays-de-la-Loire soutient l'accompagnement spécifique pour la déclinaison régionale du cahier des charges de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP) et le partenariat avec le groupement de coopération sanitaire e-santé. Ainsi, la mise en place d'un système d'information performant peut être un puissant facilitateur de la coordination quotidienne au sein d'une MSP.

Les cabinets de conseil jouent également un rôle important en matière d'accompagnement. En effet, il joue un rôle auprès des professionnels en matière d'ingénierie de projet avec notamment de l'appui méthodologique, l'appui au travail

---

<sup>53</sup> Données issues de l'entretien réalisé avec le responsable de l'offre de soins de proximité lors du MIP.

réductionnel ainsi que l'aide à la mobilisation des différents acteurs. Il joue également un rôle déterminant en matière de diagnostic avec notamment une analyse de la faisabilité du projet. Souvent, le recours à ces cabinets est financé par les collectivités territoriales<sup>54</sup>. Il existe des différences de pratiques entre les ARS sur le rôle des cabinets de conseil dans l'accompagnement des projets. Par exemple, l'ARS de Bretagne s'est engagée dans une véritable démarche d'évaluation de l'accompagnement de ces cabinets avec un financement séquencé. A contrario, l'ARS Pays-de-Loire privilégie l'internalisation de l'accompagnement au travers des CATS.

Conscients de la nécessité d'évaluer les MSP, des acteurs comme la fédération nationale des maisons et pôles de santé ont développé en partenariat avec la HAS un outil d'évaluation, la matrice de maturité (cf. Annexe 6). Cet outil permet d'évaluer le travail en équipe pluri-professionnelle (réunions de concertation, protocoles, coordination avec les acteurs du territoire...), le système d'information (partage et gestion des données, analyse des pratiques...), le projet de santé et l'accès aux soins (projet de santé de l'équipe, accès aux soins, continuité des soins, gestion du projet de santé de l'équipe...) ou encore l'implication des patients (information des patients, éducation thérapeutique, soutien aux aidants, plan personnalisé de santé...).

Nous avons pu également identifier au cours des différents entretiens une tendance des ARS à inscrire les MSP dans un objectif plus large que la seule lutte contre la désertification médicale. Si la généralisation des MSP sur l'ensemble du territoire reste à l'heure actuelle un objectif secondaire, il y a une conscience des ARS de la volonté des professionnels de santé de travailler différemment et d'inscrire cette dynamique dans une tendance générale de restructuration des soins de premier recours<sup>55</sup>. Certaines ARS sont ainsi amenées à accompagner des projets sur des territoires n'étant pas considérés comme prioritaires ou fragiles. L'objectif recherché est ainsi « *de ne pas décourager des promoteurs de projet de qualité même si le lieu d'implantation n'est pas en zone prioritaire* »<sup>56</sup>. On voit ainsi la pluralité des objectifs poursuivis par les MSP qui sont à la fois des outils de lutte contre la désertification médicale pour les pouvoirs publics mais qui sont aussi des outils offrant aux professionnels des nouvelles conditions de travail et permettant une prise en charge différente des patients. Il sera de ce fait intéressant de

---

<sup>54</sup> Pour son projet de pôle de santé, la communauté de communes de Guillestre a ainsi fait appel à un cabinet pour réaliser le diagnostic et la faisabilité du projet.

<sup>55</sup> Entretien avec Mme Castric de l'ARS pays-de-Loire en charge du premier recours « *La raison principale est de pallier au désert médical, c'est ce qui a en première intention amené les uns et les autres à travailler sur ces projets. Cependant, tous les projets ne partent pas de ce constat, il y a aussi des professionnels qui ont envie de travailler ensemble, les jeunes médecins et la féminisation amènent cette nouvelle façon de travailler ensemble et différemment tout en évoluant sur les pratiques.* »

<sup>56</sup> Entretien avec M.Goby, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement à l'ARS de Bretagne lors du MIP.

s'interroger sur les perspectives de pérennisation de ces structures à la fois comme outil de répartition de la démographie médicale mais aussi comme réponse aux nouvelles aspirations des professionnels, les deux objectifs étant souvent liés.

### **3.4 Les perspectives nationales pour le développement de ces structures : une pérennisation est-elle envisageable ?**

On constate que malgré les objectifs annoncés qui visent à fortement développer le nombre de ces structures, à l'heure actuelle la part des professionnels de santé exerçant dans ce type de structure demeure faible. En effet, si l'exercice regroupé se développe fortement les véritables maisons de santé ne représentent que 5% de ces nouvelles formes d'organisation<sup>57</sup>. De même, en région Pays-de-la-Loire où ces structures sont plus développées qu'en région PACA, seuls 6% des professionnels de santé exercent dans des structures d'exercice coordonné<sup>58</sup>. La pérennisation dans le paysage français de médecine de proximité de structures pluri-professionnelles d'exercice coordonné n'est donc pas acquise.

#### **3.4.1 Les différentes études réalisées au niveau national tendent à démontrer l'apport de ces structures en matière d'accessibilité aux soins**

Une étude récente de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>59</sup> a analysé les impacts des maisons et pôles de santé dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Il semble ainsi que l'implantation de ces structures permet de maintenir une présence médicale dans les zones fragiles. Pour l'IRDES, « *ces structures sont implantées majoritairement dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir l'offre là où les besoins sont importants* ». Notamment, l'étude observe « *une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés avec ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé* ». Selon l'étude, dans les bassins défavorisés à dominante rurale peu dotés en densité médicale sur la période 2008-2011 si l'évolution de la densité médicale reste négative pour les cas et les témoins, la baisse

---

<sup>57</sup> Selon le vice-président CSMF de l'URPS Ile-de-France lors des universités d'été de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) à Lille les 29 et 30 août 2014.

<sup>58</sup> Selon des données de l'ARS Pays-de-Loire

<sup>59</sup> Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamique territoriales d'offre de soins en France. IRDES. Novembre 2013.

est significativement moindre pour les cas que pour les témoins. Ainsi, les bassins de vie défavorisés à dominante rurale accueillant des maisons ou pôles de santé ont gagné en moyenne entre les deux périodes (2004-2008 et 2008-2011) 2.5 médecins généralistes pour 100 000 habitants par rapport à ceux qui n'en accueillent pas. Ces chiffres bien qu'à prendre avec du recul en raison de la taille des échantillons semblent ainsi montrer l'efficacité de ces dispositifs pour lutter contre la désertification médicale en zone rurale défavorisée.

### **3.4.2 Un développement du travail pluri-professionnel favorisé par les nouveaux modes de rémunération**

L'introduction des nouveaux modes de rémunération marque un tournant important dans l'exercice de la médecine de premier recours. Selon l'IRDES<sup>60</sup>, « *il s'agit de faire coexister la culture libérale, mono-professionnelle et individuelle régulée par la convention nationale avec l'Assurance maladie à une culture nouvelle, contractuelle, collective et pluri-professionnelle, placée sous le regard de l'ARS* ». Dans le cadre d'une structure qui bénéficie des ENMR et qui est donc une SISA, il n'est pas sensé y avoir de hiérarchie entre les membres car tous les professionnels de santé sont des associés qui décident conjointement de l'élaboration du projet et de la répartition des ENMR.

Le principe des nouveaux modes de rémunération consiste à donner un financement par « grandes enveloppes » à un collectif pluri-professionnel en le laissant relativement libre pour le redistribuer après négociation interne. Cette souplesse des financements permet de soutenir la créativité des acteurs. Malgré l'égalité institutionnelle, dans la pratique il est difficile d'effacer totalement les hiérarchies existant entre les professions. De plus, la part faible des ENMR dans le chiffre d'affaires de la MSP (3 à 5% selon l'étude) ne permet pas aux projets liés aux ENMR de se substituer aux pratiques de routine que sont les réponses à la demande de soins avec paiement à l'acte.

L'étude souligne également la difficulté récurrente dans les MSP à bien définir la place et la fonction des secrétaires dans le travail pluri-professionnel et surtout les moyens de financements à utiliser dans ce cadre. Si la fonction de coordonnateur administratif est considérée comme indispensable son coût est difficile à supporter pour une seule MSP d'où l'idée de mutualiser cette fonction entre plusieurs MSP. Sur la mise en œuvre du travail collectif, globalement les ENMR ont permis d'insuffler une nouvelle dynamique pluri-professionnelle et facilite la création de nouveaux services. Notamment cela permet

---

<sup>60</sup> Dynamiques et formes du travail pluri-professionnel dans les maisons et pôles de santé, Irdes, septembre 2014

d'accroître la vigilance collective sur les parcours et facilite l'acceptation du jugement interprofessionnel. Du point de vue de la démographie médicale, la dynamique collective facilite la réflexion et les actions à mener pour améliorer ou réorganiser la couverture en offre de santé.

Les ENMR ont également conduit à un important travail de formalisation en matière de protocoles sous le contrôle des ARS. Malgré les difficultés rencontrées, ce travail s'inscrit dans la continuité du projet de santé et doit permettre une amélioration des pratiques. Pour l'étude, le principal levier facilitant le travail pluri-professionnel est l'élaboration et la réalisation du projet de santé.

### **3.4.3 Des perspectives favorables malgré l'importance des obstacles à surmonter**

Il est important d'essayer de réaliser une analyse prospective permettant de déterminer si l'inscription dans le paysage français des maisons et pôles de santé est durable et dans quelles mesures ces outils peuvent être des réponses adéquates aux problématiques relatives à la désertification médicale. Pour Pierre De Haas<sup>61</sup> il y a trois facteurs prépondérants à la pérennisation de ces structures : la formalisation de protocoles pluri-professionnels, le système d'information et les nouveaux modes de rémunération.

#### **3.4.3.1 La mise en place de protocoles pluri-professionnels**

Nous l'avons vu, dans ces domaines les enjeux sont importants et les intérêts des différents professionnels de santé peuvent être divergents. Si l'article 51 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009<sup>62</sup> offre un cadre juridique favorable aux transferts de compétences, il existe un conservatisme certain des médecins à déléguer leurs compétences. Les praticiens s'interrogent notamment sur les conséquences en termes de qualité des soins ainsi que de responsabilités pénales et civiles des protocoles de coopération autorisés par l'article 51 de la loi HPST. Ainsi pour les médecins, le travail en pluri-professionnalité peut fonctionner à condition « *que chacun sache ce qu'il a à faire et qu'il reste dans le cadre de ses fonctions* »<sup>63</sup>. La doctrine du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) est que les protocoles « *ne peuvent déroger aux contenus des cœurs de métiers résultant des cursus diplômant de*

---

<sup>61</sup> Interrogé lors du MIP

<sup>62</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>63</sup> Propos d'un médecin généraliste fondateur d'une MSP, interrogé dans le cadre du MIP

*formation* » au risque pour le Cnom d'altérer la confiance des patients dans le système de soins. Le cloisonnement issu de la culture libérale reste ainsi encore assez prégnant.

En 2014, la Haute autorité de santé (HAS) a fait un premier bilan<sup>64</sup> des protocoles mis en place suite à l'entrée en vigueur de l'article 51 de la loi HPST qui permet à des professionnels de santé volontaires d'organiser des délégations d'actes ou d'activités à travers des protocoles validés par l'agence et autorisés dans chaque région par les ARS. Ainsi, la majorité des protocoles impliquent des délégations des médecins vers des IDE ce qui permet notamment de pallier une insuffisance médicale ou avoir une organisation plus productive. La HAS souligne de nombreux obstacles au développement des protocoles qui sont souvent de qualité variable et difficilement reproductibles. En outre, les protocoles posent des questions importantes en matière de rémunération, de modalités de remboursement des patients et de responsabilité professionnelle. Pour stabiliser et pérenniser la pratique, la HAS propose la sélection d'un nombre limité d'actes chaque année sur propositions des ARS après concertation avec les représentations professionnelles ce qui nécessitera également l'élaboration d'un cahier des charges et d'un modèle économique associé.

Malgré l'importance des obstacles à la coopération médicale et aux transferts de compétences ou d'actes, la culture de la coopération doit être davantage développée tant les gains qui en sont issus peuvent être nombreux. Ainsi, le rapport du Sénat sur la coopération médicale de janvier 2014<sup>65</sup> dénonce une organisation du système de soins structurée autour du monopole de l'exercice médical « *sous la forme d'une hiérarchie cloisonnée et rigide* ». Il en résulte une « *faible continuité entre les niveaux de compétences et de responsabilité reconnus aux médecins d'une part, et aux autres professions de santé d'autre part* ».

Dans un contexte propice à l'évolution du système avec un changement des mentalités et une volonté de davantage de reconnaissance des autres professions de santé, une meilleure répartition des compétences permettrait un « *important gain de temps médical* ». Outre davantage d'accessibilité médicale, cela permettrait également de mieux répondre aux évolutions du système de santé et à la nécessité de répondre aux parcours complexes qui réclament davantage de suivi et de surveillance. En effet, les auteurs soulignent l'augmentation à venir du « *nombre de certains actes techniques simples qui dans le cadre juridique actuel, ne peuvent être assurés que par un médecin notamment pour des pathologies chroniques telles que le diabète* ». Pour les auteurs, il est nécessaire à court terme de simplifier le cadre juridique de l'article 51 et de faciliter la

---

<sup>64</sup> Rapport d'activité 2013. Les protocoles de coopération. Article 51 de la loi HPST. HAS

<sup>65</sup> Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé. Mme Génisson et M. Millon. 28 janvier 2014.

tâche des ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles de coopération. De même, la création de « *professions intermédiaires par élévation du niveau de compétences des professions socles et la définition de pratiques avancées* » doit être encouragée. Cela doit permettre notamment de « *développer une prise en charge graduée des patients en améliorant la continuité de la hiérarchie des professions* ».

Si le cadre juridique et financier est amélioré, une véritable dynamique de coopération peut se mettre en place. Ainsi, selon une étude de la Drees<sup>66</sup> si la délégation de tâches reste une pratique marginale en ville, un tiers des médecins généralistes serait favorable aux coopérations avec les infirmiers. Pour faciliter cette coopération, il s'agira de répondre à la difficulté des médecins généralistes à trouver un infirmier et sécuriser les médecins sur le risque de voir leur responsabilité légale engagée. Des modes de paiement sur une base collective devront également être développés.

#### 3.4.3.2 Les nouveaux modes de rémunération

L'étude de l'IRDES<sup>67</sup> identifie 3 freins limitant les effets des NMR sur le mode d'exercice au sein d'une MSP. En premier lieu, l'accès à l'information se révèle assez difficile et parfois une communication biaisée peut constituer un véritable frein à l'implication des professionnels de santé dans un projet. De plus, le montage de la SISA est complexe et chronophage. Si celle-ci permet de redistribuer les financements ENMR dans un cadre juridique et fiscal adéquat, elle rend difficile la gestion de la structure. Une évolution possible du statut peut sembler intéressante. Enfin, l'étude note l'absence de formation et d'accompagnement systématique et efficient pour préparer les professionnels au travail pluri-professionnel. Ainsi, les acteurs ont besoin d'interlocuteurs identifiables et fiables sur de nombreux aspects. En outre, il existe également d'importants freins structurels à l'exercice du travail en équipe notamment la division réglementaire du travail entre professions de santé et leurs modes spécifiques de rémunération.

Globalement les ARS sont considérées comme facilitatrices bien qu'ayant des moyens limités. Pour l'étude, les ARS doivent être capables de « *capitaliser les expériences régionales en s'appuyant sur la variété d'initiatives et conditions locales* ». En outre, les moyens humains et financiers doivent être renforcés. Pour les auteurs, « *garder au niveau des ARS des budgets de type FIQCS (aujourd'hui intégrés au FIR), permettrait également aux MSP de négocier des aides financières spécifiques hors ENMR lorsque les besoins s'en font sentir* ».

---

<sup>66</sup> Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Drees. Etudes et résultats. Février 2014.

<sup>67</sup> Op.cit (p.47)

Une des principales difficultés à l'origine d'un amoindrissement de l'effet attendu des NMR et qui a été pointé à plusieurs reprises lors de mes entretiens auprès des professionnels réside dans le fait que les NMR n'interviennent que tard dans le processus. En effet, les professionnels ne sont rémunérés par ce biais qu'une fois qu'ils se sont constitués en SISA. En d'autres termes, cela signifie que lorsque les professionnels bénéficient des nouveaux modes de rémunérations ils ont été déjà procédé à de lourds investissements. Or, il y a une tendance chez les professionnels à penser que ces crédits seront rapidement disponibles. En effet, ces nouveaux modes de rémunération s'inscrivent dans le cadre du fonctionnement de la structure et visent à orienter les pratiques, ils ne sont ainsi destinés qu'à des structures qui fonctionnent déjà et ne sont donc pas des aides financières au démarrage du projet. Il s'agit donc là aussi d'une des limites de ces nouveaux modes de rémunération dans le développement des MSP puisqu'ils ne peuvent bénéficier qu'à des structures qui sont déjà mûres. Au final, ces financements ne concernent donc qu'un nombre limité de structures<sup>68</sup>.

La généralisation des nouveaux modes de rémunération constitue une étape décisive dans la pérennisation de ces structures, ces financements mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 et expérimentés jusqu'à la fin de l'année 2014 ayant contribué dans une large part à la multiplication des projets de ce type. Elle devra être suffisamment ambitieuse pour maintenir et amplifier la dynamique tout en favorisant dans la mesure du possible la pluri-professionnalité avec des modalités de rémunération du travail collectif qui soit adaptées aux enjeux internes aux structures. A l'heure actuelle, les négociations sur la coordination des soins primaires ont échoué notamment en raison d'un montant des forfaits jugés trop faible<sup>69</sup>. Ainsi, les rémunérations des équipes de soins de proximité doivent être pérennisées par la voie d'un règlement arbitral à la mi-février<sup>70</sup>.

La pérennisation des NMR est décisive pour permettre le développement des MSP. En effet, selon le Docteur Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), « *80% des jeunes généralistes estiment que ces nouveaux modes d'organisation de leur profession sont les seuls qui peuvent leur donner envie de s'installer* ». Le futur règlement arbitral devra notamment tenir compte des inquiétudes des médecins liées à « *un cahier des charges plus complexe, qui peut notamment remettre en cause des structures territoriales, ainsi que des modulations de dotation difficilement atteignables* ».

---

<sup>68</sup> Par exemple dans les Pays-de-la-Loire sur les 45 MSP existantes seules 9 sont concernées par les ENMR en 2014. En 2009, en région PACA, seul le pôle de santé « Séliance » à Gap a bénéficié des ENMR.

<sup>69</sup> Le texte prévoyait deux niveaux de forfait selon la complexité de la prise en charge avec des montants fixés à 40 et 75 euros.

<sup>70</sup> Le règlement arbitral sera pris par Bertrand Fragonard, président du Haut-Conseil de la famille.

### 3.4.3.3 La télémédecine

La loi HPST définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical* ». Avec la téléconsultation, autorisée depuis la loi HPST, le médecin peut réaliser un diagnostic et prescrire un traitement sans examen clinique. Dans les zones rurales où les distances d'accès à un médecin généraliste sont importantes et où la population souvent âgée connaît des difficultés à se déplacer, bénéficier d'un suivi à distance constitue une solution particulièrement intéressante pour assurer une présence médicale. Ainsi, le programme régional de télémédecine en région Paca pour la période 2012-2016 poursuit 6 grands objectifs, le premier d'entre eux étant d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses. En outre, la télémédecine contribue également à l'amélioration des pratiques avec la possibilité pour le professionnel de santé de bénéficier de l'avis d'un spécialiste par visioconférence.

Les ARS jouent un rôle essentiel en matière de développement de la télémédecine. En effet, tout projet de télémédecine doit faire l'objet d'un contrat dès lors qu'il devient une activité effective et donne lieu à la prise en charge d'un patient comme le prévoit l'article 2 du décret du 19 octobre 2010. Il peut s'agir d'un CPOM ou d'un contrat spécifique. Le programme régional de télémédecine fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-social en réponse aux besoins de santé des territoires. Au niveau régional, le groupe « Télémédecine » est chargé de l'élaboration et du suivi du programme. Il est constitué notamment d'une cellule permanente chargée de l'instruction des projets de télémédecine. Elle est le guichet unique des projets de télémédecine et de télésanté portés par des promoteurs régionaux sur lesquels elle donne un avis.

Des priorités régionales sont notamment définies. Par exemple, il y a actuellement un objectif de développer la télé-radiologie dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé (PDES) qui vise à assurer la continuité et la permanence des soins dans le contexte de pénurie de radiologues et d'augmentation de la demande d'examens d'imagerie. En matière de soins médico-social, il y a également l'objectif de recourir à la télémédecine (téléconsultation et télésurveillance) afin d'éviter le déplacement de personnes fragiles. On voit ainsi comment les ARS utilisent les possibilités offertes par la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins en particulier dans les zones isolées avec une faible densité médicale.

#### 3.4.3.4 Le système d'information

Le système d'information (SI) est déterminant pour l'exercice coordonné. Les ARS veillent ainsi à ce que des outils soient mis en place pour faciliter le travail en équipe. Par exemple, pour 2014, concernant la structuration du SI, l'ARS PACA a posé comme critère obligatoire pour l'attribution des ENMR l'informatisation des dossiers patients et leur partage a minima entre médecins. Des critères bonus sont également prévus comme le partage entre tous les professionnels de santé au moyen d'un logiciel labellisé ASIP ou encore la capacité pour la structure de produire des listes de patients sur la base de critères structurés (ex : patients non à jour de leur vaccination obligatoire).

En outre, la production d'information par les ARS dans le champ sanitaire et social est déterminante en matière de pilotage. En la matière, le système d'information joue un rôle déterminant. Un récent rapport<sup>71</sup> consacré à la gestion des ressources en santé souligne la volonté des ARS de développer des outils opérationnels permettant un suivi le plus fin possible des ressources en santé disponibles sur un territoire. Il y a ainsi « *un investissement dans une démarche de construction d'un système d'information pertinent au service du pilotage de la stratégie de santé* ». En effet, il existe en la matière d'importants leviers d'amélioration. Ainsi à l'heure actuelle, « *les données existantes sont accessibles aux ARS mais dispersées, hétérogènes et difficiles à agréger* ». En outre, « *les données stabilisées sont disponibles avec deux ans de retard, donc sans utilisation concrète possible* ». Notamment, la principale source d'information, le SNIIRAM<sup>72</sup>, « *n'est accessible que par morceaux et au prix de long et coûteux efforts* ».

Pour faire face à ces difficultés, les ARS ont multipliés les initiatives et de nombreuses bonnes pratiques sont citées dans le rapport. Par exemple, l'ARS Franche-Comté procède à l'identification de zones fragiles et fait des projections à 5 ans. L'ARS Basse Normandie a mis en place un dispositif de suivi des installations en temps « quasi-réel », partagé entre les Ordres, l'ARS et les organismes d'assurance maladie. L'ARS Ile-de-France réalise quant à elle une estimation des départs en retraite, une analyse des flux de spécialistes avec les 7 universités de médecine ainsi que des analyses territoriales ciblées pour la médecine ambulatoire en association avec les URPS.

Dans son document sur la télésanté de décembre 2011<sup>73</sup>, le Commissariat général à la stratégie et à la prospective (ex centre d'analyse stratégique) souligne le rôle que peut jouer le système d'information en matière de santé. Ainsi, il doit permettre de

---

<sup>71</sup> Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. Chantal de Singly. Juillet 2014.

<sup>72</sup> Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

<sup>73</sup> Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? La télésanté. Note d'analyse. Centre d'analyse stratégique. Décembre 2011.

« promouvoir des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures » avec « une circulation fluide de l'information » avec des outils tels que des « dossiers de patients électroniques », « de plateformes collaboratives » ou des « messageries professionnelles ». La stratégie nationale de santé souligne également l'importance des défis à relever en matière de système d'information. Ainsi, elle constate « un besoin de standardisation en médecine de ville » et souhaite la possibilité pour ces systèmes dans une optique de décloisonnement de « devenir interopérables avec ceux des établissements hospitaliers et médico-sociaux » En outre, « le dossier médical du patient doit être réorienté au service du parcours de santé comme outil de coordination ». De nouveaux outils sont prévus, tels que le partage d'une synthèse médicale, avec comme objectif d'assurer une prise en charge des maladies chroniques en lien avec le médico-social.

## Conclusion

Parmi les différents dispositifs mis en place pour les pouvoirs publics afin d'améliorer la répartition de l'offre médicale sur le territoire, les MSP sont des outils prometteurs. En effet, ils permettent de concilier les intérêts des professionnels de santé avec les objectifs de l'Etat en matière d'accès aux soins. Ainsi, elles sont facteurs d'attractivité pour des territoires ruraux isolés et sont souvent le principal moyen de maintien de l'offre sur un territoire en phase de désertification. Conjugués aux différents dispositifs incitatifs existant cela permet ainsi sur de nombreux territoires de maintenir une offre médicale suffisante. Pour autant, les MSP nécessitent un contexte favorable et ne peuvent constituer une solution générale à la désertification médicale dont les problématiques sont complexes et nécessitent des politiques transversales, ces territoires souffrant d'un déficit global d'attractivité.

Face à la difficulté croissante à attirer des professionnels sur l'ensemble du territoire, la tentation de recourir à la contrainte avec l'encadrement de la liberté d'installation est grande et les solutions préconisées par le sénat notamment celle instaurant une obligation de service pendant une durée limitée en zone sous dotée semblent en effet appropriées, d'autant plus que des outils similaires de régulation de l'installation ont été mis en place au sein des autres professionnels de santé. Pour autant, à l'heure actuelle et dans le contexte français où le pouvoir de négociation des médecins est particulièrement fort, de même que leur attachement à l'exercice libéral, il est important de développer les solutions alternatives et de tenir compte des intérêts de chacun. En ce sens, les MSP qui sont dans une logique d'intérêt partagée sont un outil intéressant pour les ARS.

Les MSP sont un outil à manier avec précaution, ainsi sa bonne utilisation n'est pas chose aisée. En effet, trouver le juste milieu entre le maintien de l'autonomie des professionnels de santé et le nécessaire contrôle par les ARS pour assurer le suivi et éventuellement l'évaluation de ces structures n'est pas évident. La jeunesse des ARS et ses nouvelles compétences dans le domaine ambulatoire ne facilitent pas toujours le dialogue avec les libéraux et il peut y avoir ainsi un certain « choc des cultures » entre les deux mondes. Ainsi, c'est de manière nécessairement progressive que les ARS trouveront leur place dans le domaine ambulatoire. De plus en plus, les ARS gagnent en légitimité et en crédibilité auprès des acteurs de terrain grâce à l'importance des efforts réalisés au cours des dernières années. Cela passe notamment par des méthodes d'accompagnement qui facilitent le travail des professionnels avec la nécessité de développer des outils facilitant l'organisation pluri-professionnelle. Toutefois, il est vrai que la persistance du

cloisonnement entre l'Assurance-maladie et les ARS avec par exemple la difficulté à déterminer qui est véritablement en charge de la gestion du risque montre qu'un travail important de coordination doit encore être réalisé. En effet, l'un des principaux freins pour les ARS est le caractère non opposable du SROSA, le conventionnement via l'Assurance maladie demeurant le seul outil contraignant pour les libéraux. Si les maisons de santé sont des outils originaux à l'origine de nombreuses externalités positives et contribuant ainsi à la lutte contre la désertification médicale, il reste un outil incitatif qui doit être complété par d'autres dispositifs.

La place des ARS dans la gestion des ressources en santé d'un territoire doit être renforcée. Deux propositions issues du rapport sur la gestion des ressources en santé<sup>74</sup> offrent des pistes de travail intéressantes et pourraient s'avérer déterminante pour permettre aux ARS d'avoir des outils efficaces de lutte contre la désertification médicale. La première vise ainsi à donner une place aux ARS dans un espace pour l'adaptation en région de la négociation conventionnelle nationale avec les médecins et les professionnels de santé libéraux afin d'influer sur la répartition des flux. L'autre plaide pour le développement d'un espace d'échange entre régions, universités et ARS sur les priorités de formation pour les secteurs sanitaires et médico-sociaux au regard des évolutions observées et des objectifs du projet régional de santé. Il s'agit ainsi de faire de l'ARS, l'acteur de référence sur le territoire en matière d'offre de soins, qui soit à la fois un partenaire des professionnels de santé mais qui soit aussi le garant de l'intérêt général d'un territoire et qui doit de ce fait disposer des outils suffisants lui permettant d'assumer son rôle.

---

<sup>74</sup> Op.cit (p.54)



---

# Bibliographie

---

## ➤ Textes législatifs et réglementaires

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux territoires

Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST)

DGOS-Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB 21/07/10

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

## ➤ Rapports et études

Rapport HCAAM du 23 janvier 2004

Rapport HCAAM du 22 mars 2012

Avis du HCAAM sur la coopération entre professionnels de santé, 10 juillet 2014

IRDES, Maisons et pôles de santé : place et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Novembre 2013.

IRDES, L'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins, Questions d'économie de la santé. Juillet-août 2013.

IRDES, Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé. Octobre 2009.

MAUREY (Hervé), rapport d'information n°335 du Sénat en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Février 2013.

Institut Montaigne, Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale. Mai 2013

DEVICTOR (Bernadette), Service public territorial de santé, Service public hospitalier, 2014/03

GENISSON (Catherine) et MILON (Alain), rapport d'information n°318 du Sénat sur la coopération entre professionnels de santé. Janvier 2014.

De SINGLY (Chantal), Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, juillet 2014.

Cour des comptes, Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, juin 2014.

Projet global pour la stratégie nationale de santé. Rapport du comité des sages du 21/06/13

Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? La coopération entre professionnels de santé et la télésanté. Note d'analyse. Décembre 2011.

#### ➤ **Revue et ouvrages**

DE HAAS (Pierre), Monter et faire vivre une maison de santé ». Editions le coudrier. 2010

DEPINOY (Dominique), Maison de santé : une urgence citoyenne. Editions de santé. 2011

RS&T N°42 janv/fév 2012, Maisons de santé : professionnels et régions aux manettes.

RS&T N°54 février 2014, Maisons de santé : croissance et développements.

Revue santé publique juillet-août 2009, Les maisons de santé : une solution d'avenir ?

TABUTEAU (Didier) et AQUILINO (Morelle), La santé publique. Ed. Que Sais-je ?

#### ➤ **Recommandations, guides et travaux internes**

DGOS. Octobre 2012. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins. Comment faire évoluer les réseaux de santé ?

Education thérapeutique du patient en 15 questions-réponses. INPES. Site HAS.

ARS Pays de la Loire et Région Pays de la Loire – Maisons de santé, soutien aux projets en Pays de la Loire, 2013/05.

Région PACA – Maisons régionales de la santé, Guide à l'attention des porteurs de projets – 2013/02.

FNORS – Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé, Mai 2012

ARS PACA – Annexes SROS chapitre ambulatoire, Projet régional de santé 2012-2016

➤ **Sites internet**

Fédération française des maisons et pôles de santé <http://www.ffmps.fr/>

ARS – site des ENMR <http://www.ars.sante.fr/Editorial-du-directeur-de-la-S.125999.199.html>

Plate-forme d'appui aux professionnels de santé de la région PACA  
[http://www.paca.paps.sante.fr/PAPS\\_paca.114128.0.html](http://www.paca.paps.sante.fr/PAPS_paca.114128.0.html)

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Grille d'entretien MSP

ANNEXE 2 : Grille d'entretien ARS

ANNEXE 3 : Grille d'entretien centres ressources

ANNEXE 4 : Cartographie des espaces de santé de proximité

ANNEXE 5 : Cartographie des zones fragiles et à risque

ANNEXE 6 : Cartographie médecins généralistes

ANNEXE 7 : Matrice de maturité

ANNEXE 8 : Règlement intérieur du CATS

## Guide d'entretien MSP

### **Création**

Pourquoi ? Dans quel contexte ? Quelles motivations (problème d'attractivité du territoire, départ à la retraite, volonté de travailler autrement...) ?

Comment avez-vous connu le concept de maison de santé ?

Avez-vous été accompagnés et éventuellement par qui et comment ? A partir de quelle étape du processus de création ? Avez-vous envisagé de recourir à un cabinet de conseil ?

Quelle démarche a été entreprise auprès des autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux ?

Avez-vous sollicité les hôpitaux, établissements médico-sociaux ? Avez-vous ressenti une défiance/ un encouragement ?

Quel a été le rôle des collectivités locales ?

Quel rôle a joué l'ARS ? Avez-vous un interlocuteur unique ?

Une étude de marché/ analyse territoriale a-t-elle faite ? Une enquête auprès des usagers pour définir les besoins de soins ?

Comment avez-vous construit votre projet de santé ? Quelles ont été les difficultés d'élaboration du projet ? Qui vous a accompagné ? L'ARS vous a-t-elle guidé (voire imposé) des actions de santé publique ?

Comment s'est déroulé le montage juridique et financier ?

Qui détient les locaux ? Quel a été votre investissement concernant les locaux ?

### **Travailler ensemble**

**Management** : comment avez-vous conçu vos rapports professionnels dans la future MSP ? Avez-vous été accompagnés pour cet aspect de management ? Comment sont prises les décisions ? Avez-vous des réunions de travail ? A quel rythme (hebdo, mensuel ?) Comment sont gérés les dysfonctionnements ?

**Coordination des prises en charge** : avez-vous des réunions pour parler des patients ? Avez-vous institutionnalisé des temps d'échange de bonnes pratiques ? Avez-vous commencé à travailler sur des protocoles de soins transversaux ? Quels sont vos outils informatiques ? Comment utilisez-vous le dossier patient commun ? Etes-vous satisfait de celui-ci ?

Engagement de santé publique : quelles sont les actions que vous avez définies ?  
Pourquoi et comment ? Quels moyens avez-vous perçus pour mener à bien ces actions ?  
Comment jugez-vous de ces nouveaux modes de rémunération ? Avez-vous des rapports  
d'activité à fournir ou des remontées statistiques à effectuer ? Avez-vous reçu des  
étudiants (sont-ils davantage intéressés par ce mode d'exercice en MSP ?) ?

### **Bilan et avenir de la MSP**

Utilisez-vous des outils d'évaluation interne du type matrices de maturité ?  
Comment avez-vous vécu le passage d'une activité isolée à un partage de pratiques et à  
une gestion commune ? Avez-vous constaté une différence de prise en charge des  
patients entre celle faite en cabinet ordinaire et celle mise en place aujourd'hui dans la  
MSP ? Diriez-vous que la MSP a amélioré vos conditions de travail ?  
Avez-vous des contacts avec les autres MSP voisines ?  
Constatez-vous un écart entre la MSP que vous aviez imaginé et celle qui existe  
aujourd'hui ?  
Selon vous, existe-t-il un avantage financier à exercer dans une MSP ?  
Avez-vous constaté un changement dans vos relations avec les autres professionnels du  
territoire ?  
Avez-vous identifié des pistes d'amélioration de la MSP ?  
Quels sont vos futurs projets ? Consultation avancée ? Télémédecine ?  
Pensez-vous que la MSP survivra aux professionnels d'origine ? Et vous, envisagez-vous  
de faire toute votre carrière dans la MSP ?

## Guide d'entretien ARS

- Quelle est la place des MSP dans l'offre de soin? Quels sont les critères nécessaires/facteurs clé de réussite à la mise en place des MSP? Est-ce qu'il y a un contexte favorable ?
- La politique de développement des MSP est-elle une priorité ? Des territoires sont-ils prioritaires ?
- A quel moment l'ARS intervient dans le processus de déploiement des MSP?
- Quelles types d'aides sont proposées, quels sont les moyens prévus, comment? Aides financières, rôle des nouveaux modes de rémunération ? SI, montage juridique ? Quid du rôle des cabinets de conseils ?
- Existe-t-il un processus de contractualisation ? Validation du projet de santé ? Lien avec contrats locaux de santé ? Existe-t-il des contrôles ?
- Dans quelles mesures les élus interviennent-ils dans le développement des projets de MSP? Comment le travail s'opère-t-il avec eux?
- Avez-vous eu à avoir un rôle de médiateurs avec les professionnels au sein des MSP et également avec les ordonnateurs du projet?
- Existe-t-il un interlocuteur dédié au sein de l'ARS? (faciliter la mise en place du projet)?
- Comment coordonnez-vous vos actions avec les différents partenaires? Coopération, concurrence (collectivités, cabinets de conseils) ? Lien avec URPS? Ces instances fonctionnent-elles bien ?
- Comment les besoins des usagers sont-ils intégrés dans les projets de développement des MSP? Perspective, place accrue des usagers ?
- Dans le cas où un jeune médecin s'installe dans une MSP sur une zone sous dotée, bénéficie-t-il de la prime d'installation?
- Avez-vous identifié des limites ou leviers dans la mise en place des projets de MSP?
- Quelles perspectives quant au développement des MSP? Articulation avec les autres structures de soins (hôpital, médico-social)
- Comment pérenniser les MSP ?
- L'ARS prend-t-elle en compte les préoccupations de chaque professionnel de santé (par exemple : peur des infirmières de la remise en cause de l'exercice libéral, peur des pharmaciens de la perte du maillage territorial...) ?

## Guide d'entretien centres ressources

Quel est votre rôle dans l'accompagnement des projets de MSP ? A quelle étape du processus intervenez-vous ?

Que recherchent les professionnels dans l'accompagnement ? Quels sont les facteurs clefs pour un accompagnement réussi ?

Quels sont vos rapports avec l'ARS ? Comment se passe l'articulation avec les autres acteurs ?

Quelle est votre échelle d'intervention (régionale, départementale) ? Existe-t-il des antennes au niveau départemental ?

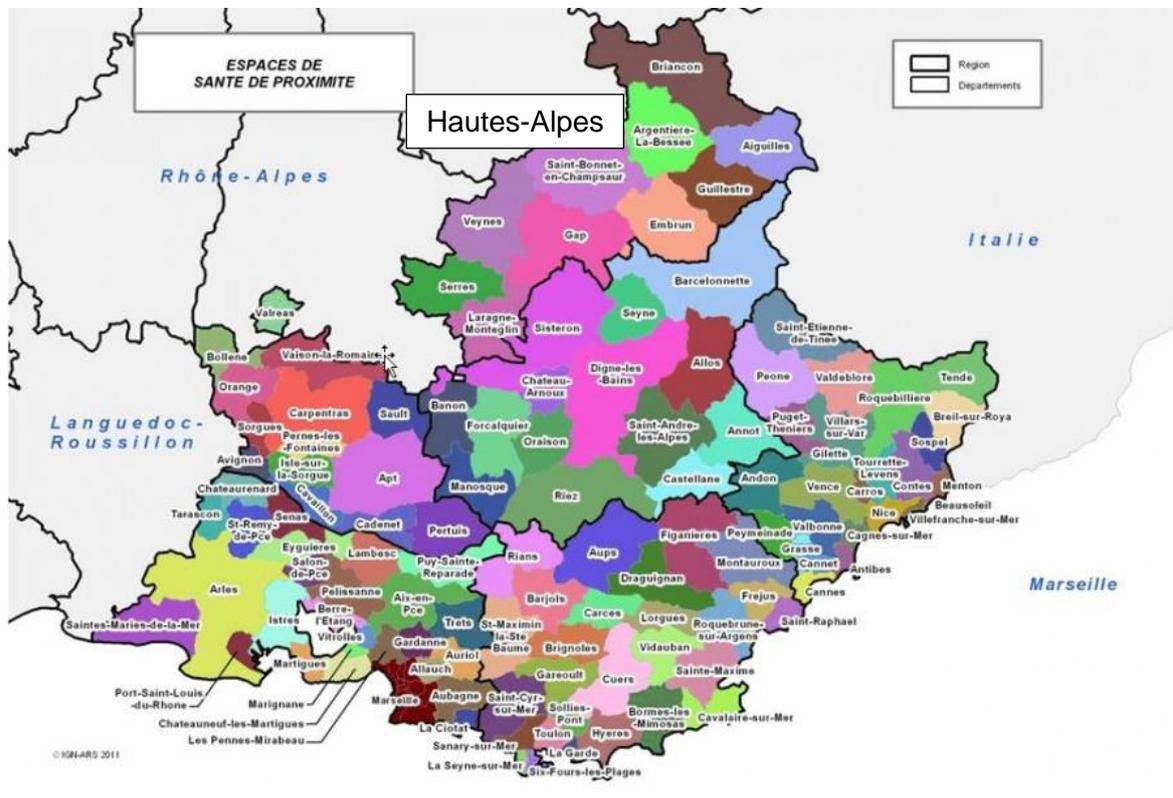
Quels sont les profils des personnes intervenants sur les projets ? Pourquoi avez-vous été choisi pour exercer cette mission ? Quel est votre apport en matière d'accompagnement ?

Les acteurs sont-ils satisfaits de l'accompagnement ? Existe-t-il des leviers d'amélioration ?

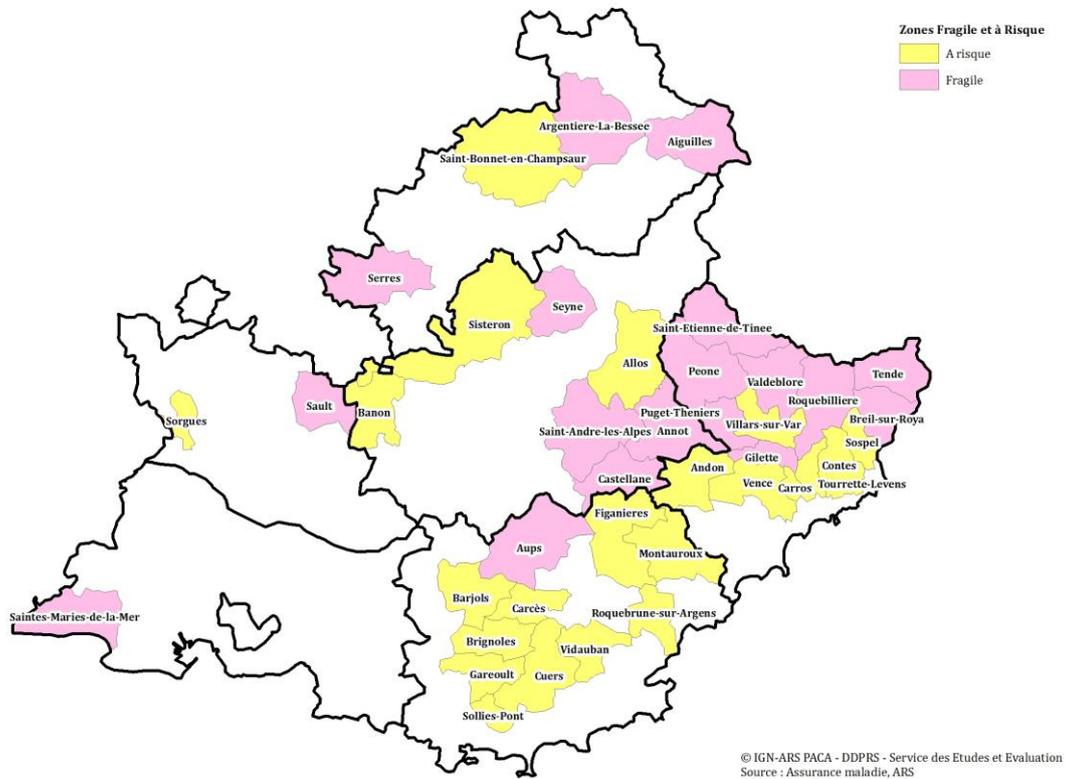
Existe-t-il une dynamique en région Paca ? Certaines zones offrent-elles un contexte plus favorable ?

Dans quelles mesures prenez-vous en compte la politique territoriale (SROS) ? Ou est-ce uniquement un appui aux projets indépendant de la politique territoriale ?

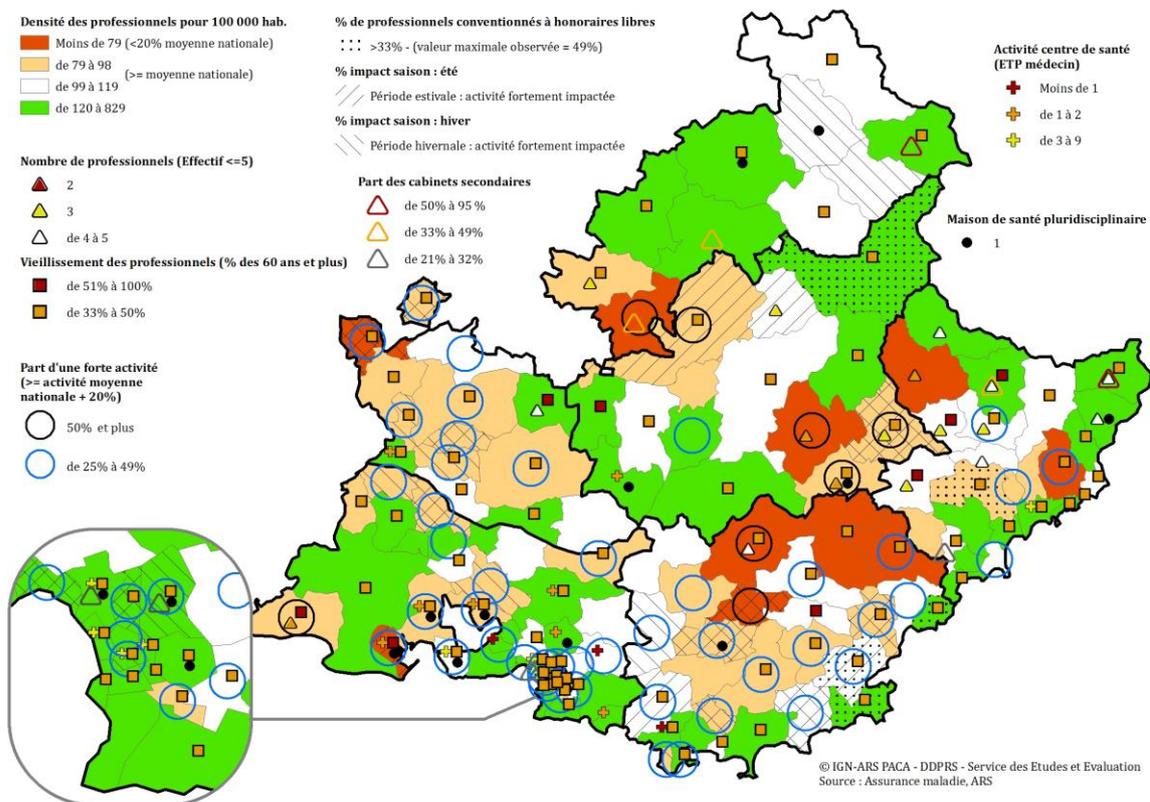
## Cartographie des ESP (région PACA)



## Cartographie des zones fragiles et à risque

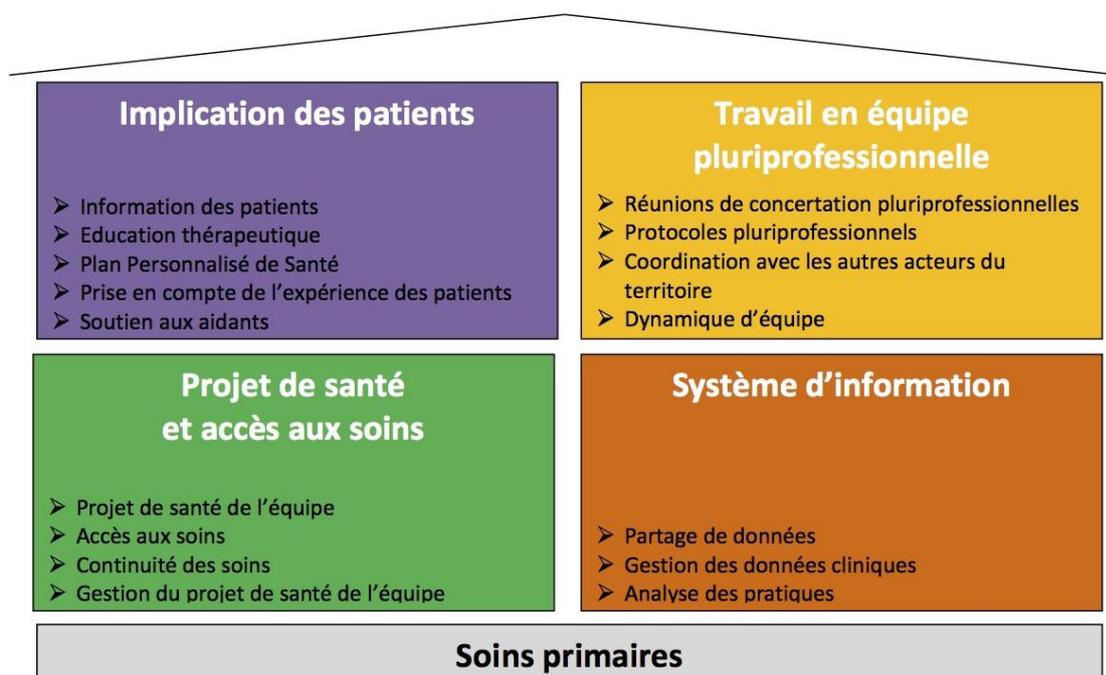


# Densité de médecins généralistes



## Matrice de maturité

### Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



DOCUMENT DE TRAVAIL – NON VALIDE – NE PAS DIFFUSER

## TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE



- **Réunion de concertation pluriprofessionnelle**
  - ❑ Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous.
  - ❑ Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles (protocoles pluripro...)
  - ❑ Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.
  - ❑ Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.
  - ❑ Un suivi des décisions est organisé.
- **Coordination avec autres acteurs du territoire**
  - ❑ Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.
  - ❑ Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire (professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui...) sont élaborées, adaptées.
  - ❑ Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
  - ❑ Les procédures sont régulièrement mises à jour.
  - ❑ Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.
- **Protocoles pluriprofessionnels**
  - ❑ Le choix des thèmes est explicite, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.
  - ❑ Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés.
  - ❑ Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.
  - ❑ Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
  - ❑ Les protocoles sont régulièrement mis à jour.
- **Dynamique d'équipe**
  - ❑ Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.
  - ❑ Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés.
  - ❑ Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...).
  - ❑ Des formations pluripro sont proposées à l'équipe.
  - ❑ L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.

## SYSTEME D'INFORMATION



- **Partage de données**
  - ❑ L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.
  - ❑ L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.
  - ❑ Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.
  - ❑ Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.
  - ❑ L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, PPS).
- **Gestion des données**
  - ❑ L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification).
  - ❑ La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite.
- ❑ La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite.
- ❑ La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite.
- ❑ Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage).
- **Analyse des pratiques**
  - ❑ Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe.
  - ❑ Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe.
  - ❑ Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients.
  - ❑ Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif...).
  - ❑ Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques.

DOCUMENT DE TRAVAIL – NON VALIDE – NE PAS DIFFUSER

## PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

### ➤ **Projet de santé de l'équipe**

- Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée.
- Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins.
- Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé.
- Un suivi formalisé de ces actions est organisé.
- Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous les acteurs du territoire.

### ➤ **Accès aux soins**

- L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité.
- Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.
- La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.
- Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.
- La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.

### ➤ **Continuité des soins**

- La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée.
- La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée.
- La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies...).
- Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins.
- Les modalités d'accès aux soins de 2nd recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.

### ➤ **Gestion du projet de santé de l'équipe**

- Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés.
- Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel.
- Un suivi formalisé des décisions est organisé.
- Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur...).
- Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités.

## IMPLICATION DES PATIENTS

### ➤ **Information des patients**

- Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).
- Cette information est remise aux patients lors de consultations.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.
- La compréhension des messages délivrés est évaluée.

### ➤ **Education thérapeutique (ETP)**

- Un plan de développement de l'ETP est élaboré.
- L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP.
- L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients.
- Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée.
- Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués.

### ➤ **Plan Personnalisé de Santé (PPS)**

- Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.
- Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.

- L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.

- Le suivi du PPS est organisé en

DOCUMENT DE TRAVAIL – NON VALIDE – NE PAS DIFFUSER  
révision, alertes, critères de processus et de résultats).

- Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.

### ➤ **Prise en compte de l'expérience des patients**

- Un recueil de l'avis des patients est organisé (par ex. enquêtes au point de soin, focus groupes et groupes consultatifs de patients permanents).
- Ce recueil est organisé de manière régulière.
- L'analyse des résultats est réalisée en équipe.
- Cette analyse débouche sur un plan d'actions.
- Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.

### ➤ **Soutien aux aidants**

- Une évaluation des besoins des aidants est organisée.
- Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible (par ex. affiches, dépliants).
- L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.
- Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.

# Règlement de fonctionnement des CATS



## **REGLEMENT INTERIEUR DES COMITES D'ACCOMPAGNEMENT TERRITORIAUX DES SOINS DE 1<sup>ER</sup> RECOURS (CATS)**

### **COMPOSITION DU CATS**

Sous l'animation du délégué territorial de l'ARS, le comité est composé :

- du Délégué Territorial de l'ARS et/ou de ses collaborateurs
- d'un représentant de la plateforme d'appui régionale de l'ARS
- du Président du Conseil département de l'Ordre des médecins
- de représentants locaux des URPS
- d'un représentant de l'association régionale des MSP
- de représentant(s) de la Caisse Primaire d'Assurance maladie
- de représentant(s) de la Mutualité Sociale Agricole
- d'un représentant du Régime Social des Indépendant
- d'un représentant de la préfecture

Selon les départements :

- Un chargé de projet du Conseil Général
- Autres intervenants, partenaires, acteurs du département.

### **MISSIONS DU CATS**

Présent dans chacune des 5 délégations territoriales de l'ARS, le CATS est le guichet unique en charge de l'accompagnement des acteurs et partenaires sur l'organisation des soins de premier recours.

Le comité d'accompagnement territorial aura notamment comme objectifs :

- d'accompagner ou de suivre les porteurs de projet de maisons de santé et pôles de santé qui le souhaitent, pour préciser, formaliser et mettre en oeuvre leur projet ;
- d'apporter une aide au diagnostic, à l'étude de faisabilité des projets et à leur montage (aspects juridiques, etc.) ;
- d'informer des différents financements possibles et des expérimentations initiées par l'agence (nouveaux modes de rémunération, ...)
- de favoriser, voire initier les rencontres avec les professionnels ;
- de suivre le fonctionnement des maison des santé installées ;
- de proposer des lieux d'implantation potentiels de Contrats d'engagement de service public.

## ACTIVITE DES CATS

### 1/ Dans le cadre des exercices regroupés :

- Le CATS est le « **Guichet unique** » pour les porteurs de projets  
Tout contact d'un membre du CATS avec un acteur de terrain sur un projet d'exercice regroupé sera signalé et traité dans le cadre du CATS.  
A chaque réunion du CATS un des points à l'ordre du jour concerne le partage d'information sur de nouveaux contacts.
- Le CATS **accompagne** les professionnels de santé et le cas échéant les élus qui le souhaitent dans l'élaboration de leur projet, en cohérence avec la démarche validée par le CORECS.
  - ⇒ Il sélectionne les projets qui seront accompagnés en fonction :
    - des orientations définies dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins Ambulatoires : seront accompagnés en priorité, les projets implantés en zone fragiles.
    - des résultats de l'étude de faisabilité.
  - ⇒ Il missionne un « binôme accompagnateur » composé d'au moins un professionnel de santé, pour cet accompagnement.  
Sur le projet de santé, ce binôme assure un suivi de l'avancement des réflexions des professionnels de santé avec, au minimum, des points préparatoires pour chacune des cinq thématiques. Il n'est pas tenu d'assister à l'ensemble des réunions de travail entre professionnels de santé.  
  
Le binôme accompagnateur rend compte au CATS de l'avancement du projet.
  - ⇒ Il met à disposition du binôme accompagnateur des outils facilitant sa mission.
  - ⇒ Il coordonne et conseille les différents binômes accompagnateurs.
- Si le promoteur sollicite des financements, la DT **peut aider à la constitution d'un dossier de demande de financement**. Les dossiers de demande de financement sont directement adressés par les promoteurs aux différents financeurs.  
Le CATS ne priorise pas et ne donne pas d'avis sur les demandes de financement proprement dites.
- Le CATS **suit l'ensemble des projets** en cours sur le département, même s'il ne les accompagne pas. Il mettra en place un outil de suivi des projets.  
  
Dans le cadre du suivi de projets, le CATS s'informe sur le niveau d'avancement du projet de santé et du projet immobilier. Dans le cadre d'un accompagnement, le CATS apporte une aide méthodologique effective aux promoteurs (professionnels de santé et élus) dans le cadre de leur projet.

## **2/ Dans le cadre de la démographie et de l'installation des professionnels de santé :**

Le CATS est le **relais de la Plate forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)** pour l'aide à l'installation des professionnels de santé. A ce titre, il coordonne l'action des acteurs locaux dans le cadre des aides à l'installation des professionnels de santé.

Le CATS **peut être proactif** sur les zones sous dotées en professionnels de santé sur lesquelles aucune initiative locale n'émerge, en initiant une démarche auprès des professionnels de santé et des élus.

Le CATS **propose** à l'ARS des lieux d'accueil d'implantation potentiel des **Contrats d'Engagement de Service Public**.

### **FONCTIONNEMENT DU CATS**

---

- Les membres du CATS bénéficient d'une formation pour assurer leur mission au sein du comité.
- Le CATS se réunit selon une périodicité bimestrielle (6 réunions par an). Il est souhaitable qu'un planning de réunions puisse être fixé au début de chaque semestre.
- Une convocation avec un ordre du jour est envoyée avant chaque réunion et un compte rendu est communiqué à tous les participants avec copie au Département Accès aux Soins de Premier Recours pour le compte de la plate forme de premier recours.
- Le CATS se munit d'un tableau de bord de suivi des projets qui sera actualisé après chaque réunion du CATS et joint au compte rendu.



ATALAYA

Jérémy

Mars 2015

## Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013-2015

### L'exercice coordonné pluri-professionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP- Rennes

#### **Résumé :**

Les structures d'exercice coordonné pluri-professionnel de type maisons et pôles de santé sont désormais les outils privilégiés par les pouvoirs publics pour maintenir une présence médicale sur l'ensemble du territoire.

Très différente de l'exercice libéral traditionnel, ces structures participent également à la restructuration de l'offre de soins de premier recours en offrant des modalités différentes de prise en charge du patient en s'intégrant notamment dans une logique de parcours grâce à la dimension pluri-professionnelle et elles constituent également une réponse aux aspirations des médecins qui souhaitent travailler dans de meilleures conditions. Dans le département des Hautes-Alpes, confronté à d'importantes problématiques en matière de démographie médicale et d'accès aux soins, les MSP contribuent à maintenir l'offre médicale sur des territoires fragiles.

En partenariat avec les autres acteurs, l'ARS s'attache à créer un contexte favorable au développement de ces projets tout en s'assurant à ce qu'ils répondent aux besoins du territoire et à sa population. Si une dynamique réelle est en œuvre, il existe encore des obstacles importants pour la pérennisation de ce mode d'exercice dont les conséquences sur les pratiques sont considérables. Il s'agira pour les ARS de trouver le point équilibre entre le maintien de l'autonomie des professionnels de santé et la nécessité de restructurer l'offre de premier recours et garantir une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire.

#### **Mots clés :**

MSP, Démographie médicale, ENMR, ARS, Protocoles, Accompagnement, Attractivité, Système d'information, Coordination, Porteurs et Promoteurs de projet.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*