

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« LES MAISONS ET POLES DE SANTE :
DES OUTILS POUR FAIRE DU PREMIER RECOURS ET DES ACTEURS UN
SEGMENT INDISPENSABLE A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE »**

– Groupe n° 29 –

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| – Jérémy ATALAYA | – Aurélie IRLES |
| – Christiane CORALIE | – Fatoumata KONATE |
| – Estelle COSSEC | – Claire MAGNIER |
| – Guillaume COUVREUR | – Morgane MALACRIA |
| – Chantal GOURRAUD | – Sonia NICOLAS |

Animateur :

– *Dr Daniel COUTANT*

S o m m a i r e

Introduction	1
1 La MSP, un modèle qui ne s'improvise pas rendant nécessaire un accompagnement	4
1.1 Un projet ambitieux, nécessairement porté par des professionnels motivés sur la durée	4
1.2 Un modèle qui bouscule les cultures professionnelles établies.....	6
1.3 Le défi du passage d'une approche individuelle de la santé à une démarche de santé publique.....	7
2 D'un accompagnement technique vers un accompagnement personnalisé.....	10
2.1 Du concept au besoin	10
2.2 Des outils normalisés existants.....	11
2.3 Une approche personnalisée à la marge.....	15
3 La pérennisation des MSP dans le long terme.....	16
3.1 Une généralisation territoriale souhaitable ?	17
3.2 Un nécessaire changement d'approche de la santé	19
3.3 Pistes et perspectives de consolidation	21
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	27
Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions particulièrement le Docteur Daniel COUTANT. Animateur du groupe, il nous a permis de découvrir et d'explorer un nouveau mode d'exercice des professionnels de santé.

A François-Xavier SCHWEYER pour son éclairage sociologique sur l'exercice en pluridisciplinarité des professionnels libéraux.

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés pour leur accueil et le temps accordé à répondre à nos questions.

Dr BARNABE, médecin co-fondateur de la MSP de Clisson

Mme BOUIN, Mme Aoustin, Dr. BUISSON, MSP du Bignon

Mme CASTRIC, chargée de projet, ARS Pays de Loire

Dr DE HAAS, Président de la FFMPS

Dr DEPINOY, directeur associé d'un cabinet de conseil

M. DESERT, président de l'URPS pharmaciens Bretagne

Dr GASSER, président de l'URPS médecins Pays de Loire

M. GOBY, directeur adjoint ARS Bretagne

M. GRANDON, pharmacien de Nozay

M. GUILLEMINOT, président de l'URPS pharmaciens Pays de Loire

Dr HERAULT, directeur de l'URPS médecins libéraux Pays de Loire

Dr HOERTH, interne en médecine générale

Mme MARAIS, chargée de projet, ARS Pays de Loire, délégation territoriale de Nantes

M. POUGET, responsable du département accès aux soins de proximité, ARS Pays de Loire

Dr PRIME, médecin co-fondateur de la MSP du Bignon

Mme SEGALIN, ancienne présidente de la communauté de communes de Nozay

Mme TOUBA, présidente de l'URPS infirmiers Pays de Loire

Dr YEBBAL, médecin psychiatre au CHS de Daumézou

<i>Toutes les personnes rencontrées ont accepté d'être enregistrées et citées dans le présent rapport.</i>

Liste des sigles utilisés

art.	article
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de Santé Libérale En Equipe
CARPEC	Cellule d'Appui Régional des Projets d'Exercices Coordinés
CATS	Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1 ^{er} recours
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
DMP	Dossier Médical Personnel
DPC	Développement Professionnel Continu
FFMPS	Fédération Française des Maisons Pluri-professionnelles de santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HAS	Haute Autorité de Santé
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PAERPA	Parcours des Personnes Agées en Perte d'Autonomie
PdL	Pays de la Loire
PSP	Pôle de Santé Pluri-professionnel
SI	Systèmes d'Information
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
URPS	Union Régionale des Professions de Santé

Introduction

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009¹ inscrit pour la première fois la notion de « soins de premier recours » au niveau législatif. Cette reconnaissance du besoin de soins de proximité marque le pas sur une organisation française hospitalo-centrée. Ainsi, elle conforte de nouvelles structures mises en place à titre expérimental depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 du 19 décembre 2007², à savoir les maisons et pôles de santé (cf. Annexe 1 – définition du code de la santé publique). De plus, la Stratégie Nationale de Santé prône le parcours de santé, dont la pierre angulaire doit être la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, les professionnels de santé travailleront en équipe autour du médecin traitant. Il sera le pivot du parcours de soins des personnes, en lien avec l'hôpital et les soins spécialisés.

Il existe un flou sémantique incontestable concernant la définition des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) sur le fait qu'il s'agisse ou non d'un établissement géographique unique regroupant les professionnels. Ainsi, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne considère qu'une MSP est nécessairement une structure « mono-site », alors que l'ARS des Pays de la Loire (PdL) y intègre les structures « multi-sites ». Notre réflexion étant fondée principalement sur des exemples situés en PdL, nous avons fait le choix de définir les MSP comme des structures regroupant, éventuellement dans des lieux différents, au moins deux médecins et un professionnel paramédical autour d'un projet professionnel commun. Quant aux pôles de santé pluri-professionnels (PSP), ils associent des professionnels de santé isolés, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux autour d'un exercice coordonné de soins (projet de santé du territoire). Nous traiterons sous la dénomination MSP indifféremment les notions MSP et PSP.

Ces regroupements poursuivent, a priori, des finalités satisfaisant à la fois les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics :

- pour les patients : ces dispositifs favorisent l'accessibilité des soins sur tout le territoire. Par ailleurs, la coordination des professionnels au sein d'une même

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

structure permet l'amélioration de la qualité de la prise en charge, ainsi que la permanence et la continuité des soins.

- pour les professionnels de santé : un exercice regroupé de leur activité contribue à une amélioration des conditions de travail (meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle, rupture de l'isolement, prévention des risques psycho-sociaux, réduction du risque d'erreurs).
- pour les pouvoirs publics : les MSP doivent assurer des missions de santé publique à travers, par exemple, des programmes d'éducation thérapeutique. Elles doivent aussi permettre l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les MSP apparaissent comme « la solution » appropriée aux soins de premier recours et un modèle à promouvoir dans les années à venir au regard du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et du déficit démographique dans les professions médicales. Le nombre de ces structures semble confirmer l'engouement des acteurs de terrain : en 2013, il existe 370 MSP dont le projet de santé a été validé par l'ARS et plus de 350 seraient en cours de validation³.

Cet outil, conçu en appui au virage ambulatoire, est aujourd'hui reconnu notamment dans le récent rapport de Mme Bernadette Devictor⁴ sur le Service Public Territorial de Santé. Toutefois, plusieurs éléments fragilisent encore leur statut :

- le statut juridique des MSP reste à construire ;
- la pérennisation de ces structures nécessite l'ouverture d'un nombre significatif de MSP pour en faire un modèle incontournable et sur une durée suffisamment longue pour qu'elles survivent à leurs fondateurs ;
- seules 150 MSP bénéficient aujourd'hui d'un nouveau mode de rémunération de l'Assurance Maladie, ce qui ne compense pas toutes les actions de santé publique menées ;
- les MSP se développent en parallèle à d'autres dispositifs de coordination qui ne permettent pas toujours une lecture simple pour les usagers tels que les centres de santé, réseaux de santé, protocoles de coordination et consultations avancées (cf. Annexe 2 : définition de notions voisines).

³ Réseaux, Santé et Territoires, maisons de santé : croissance et développement, n° 54, 2014/02

⁴ Rapport Bernadette Devictor, le Service Public Territorial de Santé (SPTS), le Service Public Hospitalier (SPH), Développer une approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, mars 2014

Le présent rapport fait le choix de ne pas questionner le modèle de la MSP mais de se concentrer sur les leviers et les freins dans leur création et mise en œuvre. Il s'agit d'éclaircir le rôle de chaque acteur dans l'accompagnement des professionnels à chaque étape de la vie d'une MSP.

Nous sommes partis du constat que les MSP ne sont pas confrontées aux mêmes contraintes que les cabinets libéraux, d'où la nécessité d'un accompagnement spécifique. Nous avons questionné la nature de cet accompagnement, en recherchant notamment les acteurs qui prenaient part à celui-ci et les outils utilisés. La méthodologie retenue est décrite plus précisément en annexe 3.

Pour cela, nous avons rencontré les fondateurs de deux MSP du département de Loire-Atlantique (celles du Bignon et de Clisson), ainsi que différents acteurs ayant contribué à leur mise en place.

Notre réflexion s'articule en trois parties : d'abord, nous interrogerons les difficultés auxquelles les professionnels sont confrontés dans la constitution d'une MSP, qui rend nécessaire un accompagnement solide par étape (I). Ensuite, il s'agira de questionner la nature même de l'accompagnement (II). Enfin, nous aborderons la question de la pérennisation de ces nouvelles structures (III).

1 La MSP, un modèle qui ne s'improvise pas rendant nécessaire un accompagnement

Les MSP doivent être constituées selon un cadre bien défini (projet de santé, projet professionnel, nombre de professionnels d'un territoire donné...). Au regard des contraintes, les MSP apparaissent pour les professionnels de santé comme un projet ambitieux (1.1), qui bouscule des cultures professionnelles établies (1.2) et qui implique l'intégration d'une nouvelle démarche en santé publique (1.3).

1.1 Un projet ambitieux, nécessairement porté par des professionnels motivés sur la durée

Toute démarche de regroupement implique une phase préalable reposant à la fois sur l'entente et l'identification des besoins. En premier lieu, les professionnels doivent apprendre à se connaître. Le recours à des réunions permettant de découvrir l'ensemble des acteurs, d'échanger sur leurs pratiques, est en ce sens un moyen intéressant à mettre en œuvre. Il s'agit donc de créer une structure collective avec un ensemble de volontés individuelles concordantes ce qui nécessite des échanges approfondis et une grande flexibilité dans l'élaboration du projet⁵.

Si la mise en place d'une MSP ne peut pas être portée par une personne seule, l'existence d'un leader charismatique, capable de rassembler autour d'un projet, est essentielle. Le leader doit constamment motiver les professionnels prenant part au projet, avoir un rôle de facilitateur et être capable de fédérer et de mobiliser les énergies autour d'une action collective. Mais il ne doit pas pour autant passer outre la concertation, car cela peut freiner les projets. Cette situation s'est présentée à Nozay⁶ où, lors de la phase préalable à la construction de la MSP, un médecin semble-t-il « *assez caractériel et aux exigences élevées* » souhaitait monter le projet, seulement s'il était reconnu comme leader. Cela s'est soldé par un échec.

⁵ VERVIALLE (Alexis) Les maisons et pôles de santé : Une réponse au besoin de renouvellement des soins de premier recours, Mémoire master pilotage et action des politiques publique, EHESP Sciences-Po. Rennes, 2011 p.20

⁶ Entretien avec Mme Segalen – élue de Nozay

Au-delà du leadership, les expériences montrent que seuls les projets portés par l'ensemble des professionnels de santé motivés et investis sur la durée aboutissent et fonctionnent. La relation avec les élus peut s'avérer un atout, mais ne constitue pas un élément indispensable dans la mesure où, sans l'adhésion des professionnels de santé, le projet est voué à l'échec.

Comme il faut à peu près deux ans et demi⁷ pour concrétiser un projet de MSP, certains écueils sont à éviter : d'une part, il convient de limiter la démotivation des professionnels au regard de la durée et de la complexité de l'élaboration du projet, car de tels projets sont « *chronophages en plus des journées de travail* »⁸ et, d'autre part, il ne faut pas se focaliser sur le projet architectural aux dépens de la réflexion sur le projet de santé et de sa mise en place.

En second lieu, le projet doit répondre à un besoin d'offre de soins qui aura préalablement été identifié par les professionnels de santé. Ainsi, sur leur temps personnel, les professionnels rassemblent des informations sur le territoire sur lequel ils désirent s'implanter. A ce titre, ils peuvent être soutenus par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) afin que soient mis en adéquation les besoins de la population et les réponses apportées. De plus, les ARS dressent des référentiels aiguillant les professionnels dans la définition des besoins. Par exemple, l'ARS des PdL établit des « diagnostics flash » d'une commune (cf. Annexe 4) ainsi que des cartes des espaces d'équipes de soins fragiles. Ces outils sont parfois méconnus par les professionnels qui ne les utilisent pas systématiquement et ont alors le sentiment de ne pas être soutenus dans leur démarche⁹.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent réfléchir sur le statut juridique de la MSP. Plusieurs possibilités leur sont offertes dont les plus répandues sont l'association et la Société Interprofessionnelle des Soins Ambulatoires (SISA). Face à la multitude d'outils juridiques et à leur méconnaissance de ce domaine, les professionnels se sentent démunis (cf. Annexe 5 : fiche outil : statut juridique éditée par l'ARS).

Enfin, ce vaste « *chantier* »¹⁰ doit déterminer un modèle financier intégrant notamment le partage des charges communes (secrétariat, système d'information, frais de

⁷ Daniel Coutant, Questions-réponses relatives aux maisons de santé (MSP)

⁸ *ibid*

⁹ Ce fut le cas lors de la création de la MSP du Bignon

¹⁰ Daniel Coutant, Questions-réponses relatives aux maisons de santé (MSP)

fonctionnement, loyers...) ainsi que la fixation des quotes-parts, ce qui peut être vecteur de tensions. Les professionnels intégrés au projet peuvent également bénéficier de différentes aides financières, parfois cumulables, de la part de l'ARS, des collectivités, dont la connaissance n'est pas systématique.

1.2 Un modèle qui bouscule les cultures professionnelles établies

Le modèle d'organisation du travail au sein d'une MSP implique une volonté des professionnels à travailler ensemble, à coordonner leurs pratiques professionnelles, à prendre connaissance des métiers de chacun sans *a priori* et surtout à communiquer entre eux. Ces postulats peuvent être mis en difficulté par des cultures professionnelles différentes dont certaines ont une identité historique forte.

Sociologiquement, les médecins appartiennent à une profession qui bénéficie d'un monopole d'exercice, leur conférant ainsi une position dominante sur le travail des autres soignants¹¹. Cette position centrale est constamment présente au niveau symbolique mais aussi au niveau de la coordination et de la coopération. Les médecins sont souvent attendus comme porteurs et leaders du projet de MSP. Or, ils sont peu enclins aux délégations de tâches¹². De plus, les étudiants en médecine sont sélectionnés en fonction de leurs capacités de mémorisation plutôt que des compétences de travail en équipe.¹³ Cela explique l'approche individualiste et compétitive qu'adoptent les médecins dans leur activité.

A contrario, les infirmiers libéraux ont déjà travaillé en milieu hospitalier et ont par conséquent appréhendé le travail d'équipe ainsi que son pilotage et la division du travail.¹⁴ Le travail en MSP peut toutefois alimenter la crainte d'un retour à des relations quasi-hiérarchiques avec les médecins et une perte de l'autonomie acquise en cabinet libéral. Par ailleurs, certains infirmiers se sentent contraints d'intégrer une MSP. « *Soumis à la prescription* »¹⁵, ils redoutent de perdre leur clientèle par concurrence avec des collègues de la MSP.

¹¹ F.-X. Schweyer, intervention du 29 mai 2014

¹² *ibid*

¹³ Entretien Dr De Haas

¹⁴ Propos de M. François Xavier Schweyer

¹⁵ Propos de Mme Touba, présidente URPS Infirmiers

Quant aux pharmaciens, la participation aux missions de santé publique est une opportunité car « elle revalorise leur rôle de soignant »¹⁶. Leur culture juridique constitue un atout pour un projet de MSP et ils apportent une sensibilisation à l'éducation thérapeutique.

Les MSP font intervenir des professionnels qui ne proviennent pas forcément du milieu médical ou paramédical comme les secrétaires ou les gestionnaires, pour assurer notamment des fonctions d'accueil et de coordination. La place des secrétaires est souvent méconnue et dévalorisée, alors qu'elles ont un véritable rôle à jouer dans la coordination : elles accueillent les patients, écoutent les plaintes, régulent la charge de travail des professionnels de santé et font du lien social. Elles ont vocation à assurer des tâches inhérentes aux MSP comme l'organisation des réunions, la comptabilité de la structure, la gestion du système d'information. Il faut veiller à ce que ces compétences soient considérées et valorisées. Les gestionnaires, quant à eux, ont une légitimité à construire, par leur capacité à maîtriser la complexité du montage juridique. Il faut qu'ils soient formés au management et au pilotage de projet au niveau administratif. Ils participent à la planification de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique, les réunions interprofessionnelles, le suivi des indicateurs et le suivi comptable.

Aujourd'hui, nous constatons l'absence de représentation des usagers au sein des MSP. Il est peut-être nécessaire de s'adresser directement aux patients plutôt qu'à leurs représentants (par la création de réunions d'usagers pour évaluer et critiquer la prise en charge proposée)¹⁷. Les relations des patients envers les professionnels de santé ont beaucoup évolué. Ils attendent des soins de qualité, l'accès à des informations claires, une personnalisation des soins. Ils souhaitent être soignés à domicile et bénéficier des dernières technologies ou traitements. Ils sont prêts à plus d'autonomie et on assiste à l'émergence des « patients-experts ».

1.3 Le défi du passage d'une approche individuelle de la santé à une démarche de santé publique

Au-delà des difficultés de montage du projet de MSP dans ses aspects juridiques et financiers et des différences sociologiques des groupes médicaux et paramédicaux, il existe

¹⁶ Propos de M. François Xavier Schweyer

¹⁷ Entretien avec le Dr De Haas

souvent des réalités de terrain et des motivations éloignées des missions de santé publique, qui sont pourtant au fondement d'une MSP.

Tout d'abord, les MSP sont parfois conçues par les médecins comme une chance d'obtenir des locaux neufs, adaptés aux nouvelles normes et à moindre coût au regard des enveloppes de financements conséquentes des collectivités territoriales et appels à projet nationaux. Par exemple, le projet de MSP à Nozay bénéficie de trois voies de financement (cf. Annexe 6 : Plan de financement de la MSP de Nozay). Cette opportunité peut ne pas trouver écho auprès d'autres professionnels de santé du territoire qui, ayant investi dans leurs propres locaux, n'entendent pas déménager. Ainsi, à Saint-Nazaire, par exemple, les infirmières qui avaient investi dans des nouveaux locaux, ont demandé un temps de réflexion au médecin promoteur de la MSP avant de prendre la décision d'abandonner leur cabinet. Cependant, les médecins ont démarché d'autres infirmières, sans attendre le délai de réflexion demandé. Ce projet à marche forcée, où l'on pressent que les infirmières sont approchées pour remplir les critères du cahier des charges d'une MSP, ne fait pas la preuve d'une réelle envie de travailler ensemble dans une dynamique d'échanges. On peut s'interroger sur l'avenir d'une telle démarche de MSP et le type d'accompagnement nécessaire à une telle situation.

Par ailleurs, l'envie d'exercer de manière regroupée ne suffit pas à créer une proximité dans la pratique professionnelle et une interdisciplinarité de la prise en charge d'un patient. En effet, il convient, de « *comprendre ce que fait l'autre* »¹⁸ avant de se coordonner. Au-delà des différences sociologiques des métiers, il existe un cloisonnement des professionnels auquel il convient de remédier au moment de la création d'une MSP. L'élaboration du projet de santé est fondamentale à cet égard : elle permet d'engager le dialogue et de se connaître les uns les autres à la fois humainement et professionnellement. Cette phase apparaît primordiale mais n'est pas nécessairement facile à réaliser. En effet, les professionnels sont parfois plus enclins à échanger avec des collègues médecins ou paramédicaux exerçant sur d'autres territoires afin d'échapper à la peur du contrôle, aux bruits qui courent¹⁹. La proximité peut être facilitatrice, mais peut également empêcher le dialogue, en l'absence de liens de confiance établis en amont de l'exercice en MSP.

¹⁸ Propos de Mme Touba, présidente de l'URPS infirmiers

¹⁹ M. Gaudron, pharmacien à Nozay, a constaté ce phénomène de libération de la parole dans le cadre des réseaux d'éducation thérapeutique auxquels il participe depuis 8 ans.

Enfin, une coordination ou un programme d'éducation thérapeutique (ETP) ne s'improvise pas. Aujourd'hui, les infirmières bénéficient, dès leur formation initiale, d'un module sur l'éducation thérapeutique et les pharmaciens d'officine ont vocation à y jouer également un rôle de premier plan au regard de l'article 38 de la loi HPST²⁰. En revanche, les médecins ne bénéficient pas de telles formations et peuvent être déroutés par une prise en charge globale et pluridisciplinaire éloignée du « colloque singulier ». Par ailleurs, les outils informatiques et le temps de réunion doivent être confrontés aux besoins des professionnels. Ainsi, par exemple, pour les consultations avancées de psychiatrie mises en place par le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Daumezon dans plusieurs cabinets médicaux et MSP, le médecin traitant remplit une fiche de liaison à destination de l'infirmier détaché du CHS. Celui-ci présente les cas au sein de son équipe hospitalière tous les 15 jours. Des prises de contact directes entre le psychiatre et le médecin traitant peuvent être réalisées en fonction du besoin. Au début de chaque partenariat, les médecins traitants ont été formés par l'équipe du CHS et une évaluation a été réalisée au terme de quatre mois de pratique, puis tous les ans. Ces points réguliers ont permis de réajuster les pratiques et de déjouer les éventuelles difficultés²¹.

Si la philosophie des MSP, centrée sur l'interdisciplinarité et la valorisation des missions de santé publique, répond à des besoins en soins de bassins de populations et aux attentes des nouveaux praticiens, la mise en œuvre de ce type de structures reste difficile malgré les motivations des professionnels les plus militants. En effet, le cadre législatif impose de nombreuses normes (quotas de médecins, paramédicaux, existence de projet de santé au contenu bien défini, projet professionnel...) et implique un montage financier souvent délicat. Les experts, les cabinets de conseils et les institutions ont toute leur place pour apporter leur connaissance et savoir-faire à des professionnels éloignés des aspects de gestion. Toutefois, ce besoin d'accompagnement va bien souvent au-delà d'un appui purement technique puisqu'il touche au relationnel, aux ancrages sociologiques et aux habitudes profondes de chacun. Ainsi, on peut se demander jusqu'où va l'accompagnement.

²⁰ L'article 38 de la loi HPST a été codifié à l'article L. 5125-1-1 A du Code de la Santé Publique :

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine [...] :

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ; [...] ».

²¹ Le Docteur Yebbal, psychiatre du CHS Daumezon qui a mis en place ces consultations avancées, a insisté sur le besoin d'évaluation régulière pour permettre de réaliser un bilan.

2 D'un accompagnement technique vers un accompagnement personnalisé

Au regard des difficultés rencontrées par les professionnels, un besoin en accompagnement (2.1) s'est dessiné. Aussi les différents acteurs du territoire ont développé des outils (2.2) mais qui doivent être complétés par une approche personnalisée (2.3).

2.1 Du concept au besoin

Dans le cadre des projets de MSP, la définition de la notion d'accompagnement est complexe, elle ne fait pas consensus entre les acteurs et comprend plusieurs dimensions : *« un axe méthodologique, qui prévoit une démarche et des outils afin d'assurer la conduite du changement et ainsi favoriser la concrétisation optimale du projet de MSP. Ensuite, un axe en lien avec la psychologie du travail afin que l'accompagnement permette à l'accompagné de rester autonome et de s'approprier entièrement le projet de MSP. »*²²

Certains éléments sont essentiels à la concrétisation des projets de MSP et à leur pérennisation. En premier lieu, la motivation des professionnels est un préalable indispensable. Ensuite, il est impératif d'arriver à une symbiose des différentes cultures professionnelles afin d'optimiser la pluridisciplinarité. L'accompagnement des professionnels sur le terrain est incontournable afin d'améliorer la cohésion de groupe et leur permettre d'agir ensemble en faveur de la santé publique. Dans ce contexte l'enjeu majeur du déploiement de l'éducation thérapeutique prendra tout son sens.

Par ailleurs, il existe des difficultés inhérentes au caractère innovant de ces structures. En effet, les pouvoirs publics ont alloué d'importants fonds financiers aux ARS afin d'assurer le développement des MSP. Dès lors, celles-ci doivent trouver des solutions alternatives afin d'assurer la continuité de leurs actions. A ce titre, l'ARS de PdL a décidé d'utiliser le Fond d'Intervention Régional (FIR) pour financer des actions de prévention et de coordination pour les projets de MSP²³.

En outre, les élus sont des acteurs à part entière de la mise en place des MSP sur le territoire. L'action de l'élu s'inscrit dans une démarche à visée citoyenne qui tend à

²² Vervialle (Alexis) Les maisons et pôles de santé : Une réponse au besoin de renouvellement des soins de premier recours, Mémoire master pilotage et action des politiques publique, EHESP Sciences-Po. Rennes, 2011

²³ Entretien Mme Castric et entretien Mme Marais, ARS PdL

apporter une réponse à un problème de désertification médicale qui touche la population de son territoire. A ce titre, l'élu aura un rôle de promoteur du projet de MSP auprès d'acteurs tels que l'ARS ou des cabinets de conseils et/ou de financeur²⁴. En plus du champ d'intervention de l'élu, se pose la question de la pertinence de l'échelon territorial concerné par son action. La mise en place d'une MSP est plus pertinente dans le cadre de l'intercommunalité car elle favorise la cohérence et permet un développement des MSP de manière désintéressée en évitant les éventuels conflits entre communes en ce qui concerne les subventions. C'est en tout cas l'échelon retenu par les deux ARS que nous avons pu rencontrer : M. Goby de l'ARS Bretagne déclarant que « *il faut penser l'implantation de la MSP au niveau d'un territoire et non d'une commune. L'ensemble des élus du territoire doit être concerté pour éviter des concurrences stériles entre communes* ». Mme Marais de la délégation territoriale de l'ARS Loire Atlantique affirme que l'ARS veille à ce qu'il n'y ait qu'une seule MSP par communauté de communes. Nous considérons en effet que l'intervention de l'ARS est importante à ce stade, afin d'éviter que les élus adoptent une posture électoraliste non-coopérative.

Cependant, la conviction des professionnels dans le bien-fondé de la mise en place d'une MSP est essentielle et indispensable à l'efficacité de l'action de la MSP et sa pérennité. Pour cette raison, l'implication de l'élu dans la programmation des MSP semble plus cohérente dans le cadre d'un contrat local de santé conclu entre la collectivité et l'ARS²⁵. Il s'agit d'un outil stratégique favorisant la mise en œuvre sur le territoire du projet régional de santé en prenant en compte un besoin local de santé. Cet outil permet également de réunir l'ensemble des acteurs intervenant sur un territoire.

2.2 Des outils normalisés existants

En matière d'accompagnement technique, le niveau national assure une certaine uniformisation de la politique de développement des MSP sur le territoire. C'est au niveau local que les directions territoriales apportent une démarche de proximité car elles constituent la porte d'entrée des promoteurs de MSP. Sur le plan national, la Direction Générale de l'Offre de Soins a élaboré un cahier des charges relatif aux conditions du

²⁴ Entretien Dr. Depinoy

²⁵ EHESP, soins de premiers recours et santé publique, Actes du Séminaire, 25 Janvier 2013 p.36

soutien financier au MSP²⁶. Il précise les points de repères à leur élaboration et les bases de la contractualisation.

Au niveau régional, le développement des MSP est une priorité pour les ARS. Elles ont élaboré différents outils pour accompagner les projets tout au long de la démarche. Le caractère nouveau des MSP et de certains acteurs (ARS, URPS) en charge de leur déploiement fait de l'accompagnement un processus en construction. Ces projets sont également des moyens pour ces institutions d'asseoir leur légitimité. Il en résulte nécessairement des pratiques différentes sur le territoire en fonction des spécificités de chacun.

Les ARS ont mis en place un véritable dispositif d'accompagnement des projets : les CATS (cf. Annexe 7 – règlement intérieur des CATS)²⁷ en PdL et les CARPEC en Bretagne²⁸. Ils ont un rôle de pilotage, de validation des projets de santé et de suivi de la réorganisation des soins de premier recours. Les délégations territoriales des ARS en sont les acteurs clés. La démarche d'accompagnement par les CATS est structurée à chaque étape du processus. La volonté de l'ARS PdL est de faire du CATS une instance proactive avec des actions menées sur le terrain. Ainsi il existe un lien étroit entre les ARS et les URPS qui sont de véritables partenaires pour appuyer les professionnels de santé notamment via la mise en place d'un poste de « *médecin facilitateur* » (cf. Annexe 8 - Dispositif « Facilitateurs de projets de MSP). Il intervient auprès des promoteurs des projets et apporte son expertise au montage de projet et facilite la coopération entre professionnels de santé.

Des différences de pratiques existent entre les ARS, en particulier concernant le rôle des cabinets de conseil dans l'accompagnement de projet. L'ARS de Bretagne s'est engagée dans une véritable démarche d'évaluation de l'accompagnement de ces cabinets avec un financement séquencé. Par contre, l'ARS PdL privilégie l'internalisation de l'accompagnement au travers des CATS.

²⁶ 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

²⁷ Comité d'accompagnement territorial des soins. Ils se composent de représentants de l'ARS, de la CPAM, du Conseil général, de la MSA, du conseil de l'ordre des médecins et des différentes URPS. Il se tient à l'échelon départemental

²⁸ Comité d'accompagnement régional pour les projets d'exercice coordonné. A noter que le champ d'intervention des CARPEC est régional.

En complément de l'apport technique, l'ARS PdL inscrit cette dynamique dans une politique de contractualisation pour garantir la mise en œuvre pluri-professionnelle des MSP. Dans le cadre du FIR, il y a une négociation de CPOM (22 CPOM avec des MSP ont été négociés depuis 2 ans, ce qui représente 80% des MSP de la région²⁹). 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 (développement de plans personnalisés de santé, protocole pluri-professionnel sur le suivi des patients...).

Au-delà des outils techniques et de la mobilisation des acteurs nous avons pu constater que l'accompagnement devait prendre particulièrement en considération les 3 déterminants suivants : le système d'information, les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) et la protocolisation des soins.

Le Système d'Information (SI) permet notamment la mise à jour des dossiers patients, la facturation des soins et le suivi de la comptabilité, le partage d'informations entre les professionnels ou encore l'extraction et le suivi des données sur les patients suivis au service du développement de la collaboration pluri-professionnelle. Ainsi, pour le Dr Barnabé, « *l'information partagée entre médecins sur un patient constitue un préalable nécessaire* ». Au sein de la MSP de Clisson, tous les professionnels de santé disposent d'un accès à une messagerie sécurisée afin de pouvoir partager les données notamment entre infirmières et diététiciennes. L'ARS PdL soutient par un dispositif de financement (FIR) l'accompagnement spécifique pour la déclinaison régionale du cahier des charges de l'Agence des Systèmes d'Information Partagée et le partenariat avec le groupement de coopération sanitaire e-santé. Ainsi le SI est bien identifié comme un puissant facilitateur de la coordination quotidienne en MSP.

L'ENMR³⁰ (cf. Annexe 9) est une alternative au paiement à l'acte qui vise notamment à développer le travail en équipe. Les témoignages que nous avons pu recueillir nous portent à considérer que la question des ENMR constitue le principal facteur bloquant pour le développement des MSP dans la durée. Aujourd'hui, le dispositif est en phase d'expérimentation³¹ et ne concerne que quelques structures³². Par exemple, dans les pays

²⁹ Entretien avec le responsable du département offre de soins de proximité de l'ARS PdL

³⁰ Introduite à titre expérimental par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

³¹ Jusqu'au 31 décembre 2014.

³² 149 sites ont été sélectionnés sur 19 régions

de la Loire sur les 45 MSP existantes, seules 9 sont concernées par les ENMR. Ces dernières financent des actions spécifiques incluses dans trois modules :

- missions coordonnées : management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle ;
- nouveaux services aux patients qui concernent essentiellement l'éducation thérapeutique ;
- coopération entre professionnel de santé.

Depuis la mise en place de l'expérimentation, il y a plusieurs phases avec des montures différentes. La première version a été favorable (50 000 euros en moyenne et parfois jusqu'à 150 000 euros). En vue de leur généralisation, de nouvelles modalités de financement ont été définies³³ et il semble s'avérer que celles-ci soient moins favorables. La généralisation est actée mais il y a une incertitude sur la négociation qui se fera par la voie conventionnelle, ce qui suppose une approche catégorielle³⁴. En cas d'échec des négociations (en juillet 2014 en principe), un règlement arbitral sera pris. Les professionnels considèrent qu'il manque un vrai signal politique sur la question de la rémunération collective³⁵. En dehors des ENMR, il y a une intervention des ARS par l'intermédiaire du FIR à différents niveaux. Il permet un soutien pour les MSP non concernées par l'ENMR pour financer les actions de coordination et de santé publique.

En ce qui concerne la protocolisation des soins, d'importants efforts ont été menés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle définit un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours comme « *le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri-professionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques* »³⁶. Le protocole implique les professionnels dans un projet et utilise leurs compétences au service du collectif. Il s'agit d'un sujet sensible où chacun doit trouver sa place au travers de règles partagées. Les principaux enjeux de la protocolisation sont :

- la gestion des compétences des professionnels de santé au sein de la MSP ;
- l'amélioration des pratiques par la diffusion des recommandations professionnelles ;

³³ Module 1,2 et 3 bis

³⁴ Article 45 LFSS 2013

³⁵ Entretien avec le Dr. De Haas

³⁶ Site HAS

- la coopération qui amène à bouger les lignes entre professionnels de santé pour ce qui concerne leurs compétences.

La question du transfert de compétences (art. 51 de la loi HPST) présente deux difficultés : l'acceptabilité par les professionnels et la facturation non-déterminée à ce jour.

2.3 Une approche personnalisée à la marge

Bien que des outils « standardisés » existent, il ne faut pas dénaturer les attentes des professionnels de santé. Ceux-ci doivent conserver la maîtrise du projet, sous peine de tomber dans une logique de « copier-coller » du projet et d'engendrer un désintérêt de leur part. En effet, alors même que l'ARS a édifié des « fiches outils », elle affiche une position relativement souple dans l'accompagnement des professionnels de santé. Elle attache de l'importance à ce positionnement dans la mesure où laisser le choix aux MSP des actions qu'ils souhaitent développer, demeure une action fédératrice. Les professionnels de santé qui s'engagent dans un tel projet ne sont pas contraints par la loi. Le but étant donc d'emporter leur adhésion et de les accompagner. Ils peuvent ainsi choisir entre deux ou trois objectifs qui sont prioritaires pour l'ARS et mener au moins une action qui les réunit autour d'un projet commun.

En outre, l'ARS n'hésite pas à « *agrandir les cases* »³⁷ en vue de la création des MSP. Cette situation s'est notamment présentée au Bignon où l'ARS PdL a assoupli ses critères pour aider la MSP à obtenir des subventions du FIR en matière de coopération. L'objectif étant de réaliser un projet « personnalisé » ralliant l'ensemble des professionnels de santé. Effectivement, dans le cadre de l'ENMR, l'ARS PdL a décidé d'étendre le dispositif d'aide financière à l'ensemble des MSP en débloquent des FIR.

Par ailleurs, les professionnels de santé sont très sollicités dans la phase d'élaboration du projet alors que leur mission première est de faire du soin³⁸. Ils ne peuvent pas tout absorber. Un équilibre doit ainsi être trouvé. Il convient alors de travailler différemment, de savoir s'ajuster, s'adapter et identifier le rythme que la MSP doit prendre pour perdurer dans le temps. C'est donc une approche casuistique fondée sur une logique de « sur-mesure » que l'ARS devrait adopter. Cependant, faute de moyens et de compétences, elle

³⁷ Propos du Dr. Buisson à la MSP du Bignon

³⁸ Entretien Mme Castric, ARS PdL

n'a pas forcément le temps de procéder de la sorte. D'où l'intérêt, à ce niveau, de recourir aux cabinets de conseil. En effet, ces cabinets n'entrent pas en concurrence avec les prérogatives de l'ARS. Ils sont « complémentaires »³⁹. L'externalisation d'une partie de l'accompagnement semble être une solution et permet à l'ARS de se centrer sur l'animation territoriale. Pour qu'un projet soit bien accompagné, il convient ainsi de faire en fonction des attentes des intéressés. Il est nécessaire que les cabinets de conseil ne fournissent pas un projet de santé type qui ne serait pas le reflet de la volonté des acteurs de santé. Leur plus-value serait alors centrée sur l'analyse stratégique préalable au projet.

Néanmoins, un tel recours n'est pas systématique. Effectivement, sur le territoire de santé PdL, le Dr Coutant joue un rôle de conseiller/animateur compte tenu de son expérience et de sa connaissance relative à la spécificité des contextes locaux. A ce titre, il apporte un regard extérieur.

Enfin, dans le cadre du CATS, les URPS jouent un rôle important en matière d'accompagnement par l'existence de « binômes facilitateurs » regroupant un médecin expérimenté et un administratif de l'ARS. Ils ont vocation à conseiller les professionnels de santé sur les « fiches outils » (cf. Annexe 5) et à les aider à leur utilisation. Leur intervention est bien perçue notamment par les médecins puisqu'il s'agit de leurs pairs, financés par leurs cotisations. La confiance s'instaure donc davantage et plus rapidement. Cependant, les URPS infirmiers regrettent qu'elles ne soient pas sollicitées dès le début du projet, *a fortiori* car celui-ci peut représenter un danger pour leur activité libérale.

L'accompagnement tel que proposé par l'ensemble des acteurs demeure toujours en construction. Il est ainsi nécessaire de trouver des moyens suffisants et des modes de fonctionnement intégrant les volontés des professionnels de santé et les particularités des territoires afin de pérenniser ces nouvelles structures à long terme.

3 La pérennisation des MSP dans le long terme

Afin de conforter le modèle de MSP, les pouvoirs publics auront à répondre à la question de l'intérêt de la généralisation territoriale (3.1) et à la place de la santé publique qu'ils

³⁹ Entretien Dr. Depinoy

souhaitent valoriser chez les professionnels (3.2). Trois pistes sont proposées pour la pérennisation des MSP dans le long terme (3.3).

3.1 Une généralisation territoriale souhaitable ?

Une des questions essentielles soulevée par l'institution des MSP est la généralisation de ce mode d'exercice à l'ensemble du territoire. La réponse à cette interrogation ne peut être donnée qu'au regard de l'objectif fixé concernant le déploiement des MSP : s'agit-il d'une volonté de pallier les déficits démographiques des professions médicales et/ou paramédicales dont souffrent certains territoires ? Ou cherche-t-on l'amélioration des conditions de travail et des pratiques par la collaboration interprofessionnelle ? Si la première hypothèse est retenue, il convient de cibler l'implantation des MSP sur les territoires « précaires », alors que dans la seconde hypothèse, l'implantation des MSP doit être généralisée.

La position des pouvoirs publics est à cet égard relativement ambiguë. Ainsi, l'ARS de Bretagne considère que l'accompagnement des MSP se fait en fonction de l'évaluation des besoins en offre de soins ambulatoires du territoire, défini selon 4 niveaux : « *prioritaire / fragile / à surveiller / doté* »⁴⁰. L'ARS de Bretagne intervient, en premier lieu, sur les zones dites « *prioritaires* » ou « *fragiles* », mais des MSP sont également accompagnées dans des zones jugées « *suffisamment dotées* »⁴¹. L'ARS des PdL suit la même politique⁴² avec un zonage différent⁴³. Il apparaît donc que les MSP sont, selon les pouvoirs publics, d'abord un outil de lutte contre les déserts médicaux en facilitant les conditions d'exercice des professionnels⁴⁴. Les ressources publiques affectées seront priorisées à destination de ces territoires. Cependant, cela s'inscrit dans une tendance générale de restructuration des soins de premier recours et de développement de l'interprofessionnalité. La généralisation

⁴⁰ Entretien avec M. Goby, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement à l'ARS de Bretagne

⁴¹ « ... Il s'agit de ne pas décourager des promoteurs de projet de qualité même si le lieu d'implantation n'est pas en zone prioritaire... ».

⁴² Entretien avec Mme Castric de l'ARS des Pays de la Loire « *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.* »

⁴³ Entretien avec Mme Castric de l'ARS des Pays de la Loire « *les espaces, au sein desquels, on recense le nombre de professionnels et leur âge afin d'anticiper les départs en retraite. Cela permet d'identifier les zones de fragilité, au-delà des zones fragiles conventionnelles. On se rend compte qu'en Sarthe presque tout le département est en situation de fragilité, ainsi qu'en Mayenne.* ».

⁴⁴ Entretien MSP du Bignon, où l'un des jeunes médecins déclarait « *Sans la MSP je ne me serais jamais installé au Bignon* »

des MSP à l'ensemble du territoire (y compris les zones bien dotées voire sur-dotées) est aujourd'hui un objectif secondaire.

Il est important de questionner les liens qui peuvent exister entre les MSP et l'exercice libéral des professionnels de santé. En effet, les URPS que nous avons rencontrés ont toujours émis la crainte que les MSP constituent une remise en cause de l'exercice libéral, bien que celles-ci ne soient pas des structures salariées. Ainsi, Mme Touba, présidente de l'URPS infirmiers PdL souligne le risque que peut représenter l'implantation de MSP pour l'exercice des infirmiers déjà installés. « *Il faut veiller à ce que les MSP ne constituent pas une concurrence déloyale, car cela pourrait détruire le tissu d'infirmière libérale... La profession d'infirmière étant totalement prescrite, celle-ci peut se voir obligée de rejoindre la MSP...* »⁴⁵. Les URPS jouent à cet égard un rôle important de soutien et d'information auprès des professionnels qui se sentiraient en difficulté.

Les pharmaciens soulignent dans le même état d'esprit « *la déstabilisation du réseau officinal* »⁴⁶. L'implantation des pharmacies respecte un *numerus clausus* déterminé par les pouvoirs publics. Cependant, la « *survie* »⁴⁷ d'une pharmacie dépend également de l'existence de professionnels médicaux sur le territoire. L'implantation d'une MSP sur un territoire particulier peut attirer des professionnels médicaux, aux dépens des territoires environnants. Ainsi, le président de l'URPS pharmaciens des PdL souligne « *qu'il faut veiller à ne pas défaire le maillage territorial des pharmacies dans la réalisation des MSP* ». Celui-ci estime que les déserts médicaux s'expliquent notamment par la liberté d'installation laissée au médecin, par opposition à la régulation qui a été acceptée par les infirmières et les kinésithérapeutes « *C'est une grave carence de l'Etat de laisser faire* ».

Pour autant, les professionnels des MSP du Bignon et de Clisson ne considèrent pas que la mise en place de leurs MSP respectives ait remis en cause le caractère libéral de leur exercice de soin. Ainsi, les professionnels de la MSP du Bignon considéraient que cela n'avait pas remis en cause le caractère libéral de leur activité mais que cela a permis « *de rompre l'isolement* »⁴⁸ et donc *in fine* de pérenniser leur engagement comme professionnel libéral sur un territoire sous doté. On peut donc estimer que les MSP ne sont pas un

⁴⁵ Entretien avec Mme Touba, présidente de l'URPS infirmiers des Pays de la Loire

⁴⁶ Entretien avec Lucien Desert, président de l'URPS pharmaciens de Bretagne

⁴⁷ *ibid*

⁴⁸ Entretien avec les professionnels de la MSP du Bignon : Dr. Prime, Mme Bouin, Mme Aoustin, M. Buisson

obstacle au caractère libéral de l'exercice mais qu'elles peuvent constituer une concurrence « déloyale » à l'égard de professionnels paramédicaux déjà installés ne souhaitant pas s'engager dans la MSP.

La question des distorsions territoriales dans la répartition des professionnels médicaux et paramédicaux ne doit pas être éludée. Nous estimons que ce sont des éléments qui devraient apparaître comme un critère de validation d'un projet de MSP. L'ARS, qui répartit les moyens sur un territoire, doit s'assurer que les projets de MSP n'entravent pas l'exercice libéral des professionnels de santé et ne constituent pas une concurrence inéquitable à l'encontre des professionnels déjà installés sur le territoire. La réflexion doit également être menée dans un second temps avec les établissements de santé du territoire. Les MSP peuvent alors être un levier permettant de réduire l'embolisation des services d'urgences hospitaliers (à l'instar de ce qui se passe à la MSP de Clisson où 600 actes d'urgence sont réalisés annuellement).

3.2 Un nécessaire changement d'approche de la santé

Pour opérer le virage de l'ambulatoire, il est essentiel de favoriser une connaissance mutuelle des métiers dès la formation initiale. Cette initiation au travail en collaboration est déjà amorcée pour les pharmaciens qui sont aujourd'hui dans l'obligation d'effectuer une année hospitalière.

S'agissant des médecins, la confortation des actions mises en œuvre devrait se poursuivre. Car, pour le Dr De HAAS « *la formation en France est trop scientifique, elle est le principal frein au travail en équipe* »⁴⁹. Ainsi, la mise en place d'une filière et d'un statut universitaire de médecine générale a permis de valoriser la discipline auprès des étudiants. L'effort reste néanmoins insuffisant puisqu'on recense actuellement, pour la médecine générale, un professeur universitaire pour quatre cents Professeurs d'Université - Praticiens Hospitaliers.

Au sein des MSP, l'accueil de stagiaires des formations médicales et paramédicales est propice à favoriser l'attractivité de l'exercice en MSP. L'arrivée d'internes en master recherche va stimuler la recherche et l'expérimentation de formes innovantes

⁴⁹ Entretien Dr De HAAS

d'organisation des soins et de partage des tâches. Les ARS pourraient incorporer un volet formation dans le cadre des CPOM conclus avec les MSP. De plus, l'obligation depuis le 1^{er} janvier 2013 pour tous les professionnels de satisfaire au Développement Professionnel Continu (DPC), quel que soit leur lieu d'exercice, concourt aussi dans les échanges autour de pathologies à conforter l'apprentissage mutuel des professionnels, l'amélioration continue de la qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le dossier médical partagé et la télémédecine participeront à la formation continue et à cette notion d'exercice coordonné. Un effort reste à fournir autour des formations en management, compétence peu déployée dans l'exercice libéral. Enfin, une montée en charge des formations en éducation thérapeutique accentuera la promotion de la santé publique au sein du premier recours.

Itérativement, la liberté d'installation des médecins est remise à l'ordre du jour des politiques de santé. Ainsi, la publication d'un rapport du sénat début 2013⁵⁰ prônant la fin de la liberté d'installation des médecins a provoqué la reprise des débats entre les pouvoirs publics et les médecins libéraux. « *Les médecins rappellent pour leur part qu'il est abusif de parler de déserts médicaux, que les zones dites sous dotées sont des déserts tout court, vides de commerces et de services publics* »⁵¹.

La liberté d'installation reste totale à ce jour pour 3 raisons essentielles : la charte libérale de 1928, des expériences infructueuses dans d'autres pays (Canada) et un lobbying médical au sein des institutions parlementaires. C'est pourquoi, les MSP s'appuient sur le postulat que les acteurs de santé s'organiseront par eux-mêmes sous réserve que toutes les conditions favorables et incitatives leurs auront été données par les pouvoirs publics.

Concernant les NMR, l'absence de leur visibilité temporelle et quantitative n'incite pas les professionnels à s'engager dans ces nouvelles structures. Toute la question sera essentiellement orientée autour de l'équilibre entre le paiement à l'acte et ce nouveau mode de financement collectif. Par ailleurs, le financement de l'ETP par patient n'est pas suffisamment incitatif tant pour le financement des formations que pour leurs mises en œuvre effectives au regard du paiement à l'acte.

⁵⁰ Jean-Luc Fichet, rapport d'information n°335 du Sénat, « déserts médicaux agir vraiment » de février 2013

⁵¹ Guillaume Guichard « Les déserts médicaux en 3 questions » ; Le Figaro.fr du 8/02/2013

De plus, le Dr Barnabé de la MSP de Clisson insiste sur la nécessité d'avoir une personne dédiée à la coordination. Néanmoins, son expérience prouve le décalage entre les budgets octroyés et le budget nécessaire au recrutement d'un professionnel aux compétences adaptées (Bac+5). Cette ressource humaine essentielle au fonctionnement des MSP, doit être financièrement accompagnée par les pouvoirs publics.

3.3 Pistes et perspectives de consolidation

Piste 1 : Accompagner le changement culturel

Comme le précise Philippe Bernoux dans La sociologie des organisations, « *Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui-ci doit se raisonner en termes de pouvoir : celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner* »⁵². Ce concept permet de poser le cadre de la réflexion initiale à toute mise en œuvre. Il sera essentiel que les personnes qui accompagnent les projets de MSP identifient clairement les cultures professionnelles, les représentations et les craintes de chacun des intervenants. Le partage d'expérience, les échanges entre professionnels doivent étayer la construction de négociations autour des attentes de chacun. Il s'agira au bénéfice de la construction d'un projet collectif de laisser place aux confrontations de valeurs entre les acteurs, valoriser l'écoute, l'analyse, la comparaison pour faire émerger la prise de conscience collective autour d'objectifs communs. Cette démarche continue d'acculturation va être la clé de voûte de la protocolisation. Les échanges réguliers entre professionnels favoriseront la création de protocoles de prise en charge coordonnés et pourront faire émerger la réflexion autour de la coopération.

Piste 2 : Garantir la souplesse et l'innovation

Il n'est pas opportun de réduire la proximité à la notion géographique, d'autant que de nombreux professionnels ont investi dans des locaux et ne veulent ou ne peuvent pas se déplacer (ex : pharmaciens). Aussi, il ne faut pas imposer une MSP mono-site car la dimension multi-sites peut rassurer les professionnels, les élus et les usagers. Dans les territoires identifiés par l'ARS comme nécessitant une MSP, le démarrage de la réflexion

⁵² Philippe Bernoux, « La sociologie des organisations » Editions du Seuil, 1985, p 206

est plus pertinent à partir d'un cabinet au sein duquel les professionnels sont déjà regroupés.

De plus, le SI est essentiel pour les MSP comme nous l'avons vu précédemment, en tant qu'outils de collaboration, de concertation et d'évaluation. Les ARS doivent poursuivre leur investissement pour faciliter l'acquisition d'outils opérationnels et évolutifs.

En outre, la mise en place de la télémédecine avec des centres experts spécialisés seraient propices à compléter le dispositif de coordination, particulièrement dans le contexte de fragilité du deuxième recours qu'a souligné le Président de l'URPS médecins. Enfin, l'intégration de consultations avancées expérimentées dans les MSP du Bignon et de Clisson permet d'atteindre le plus grand nombre de patients, comme le souligne le Dr Yebbal, chef de pôle de psychiatrie. Ce type de démarche est d'ailleurs repris par l'ARS au travers du lancement d'un appel à projet selon le même modèle. Cette nouvelle approche au sein du premier recours favorise la prévention et le dépistage précoce des troubles psychologiques.

Piste 3 : Evaluer pour prouver

Développer ce type de structure, c'est également mettre en place un système d'évaluation, pour porter un regard *a posteriori* sur les pratiques en vue de les améliorer. C'est aussi, pour ces professionnels, d'adopter de nouveaux modes de fonctionnement. En effet, l'évaluation est une nouveauté pour les libéraux. Pour le Dr De Haas, la démarche qualité est très importante. Il s'agit de démontrer que le travail en équipe apporte une plus-value en termes de qualité. Conscients de cette nécessité, certains précurseurs en partenariat avec la HAS ont construit une matrice de maturité, outil qui présente un triple intérêt (cf. Annexe 10) : pédagogique pour l'équipe (audit), outil analytique pour les ARS (efficacité de l'exercice en pluri-professionnalité) et intéressant pour l'assurance maladie.

Le Dr Barnabé est aussi favorable à l'évaluation, cependant « *redoute des évaluations avec des strates sur le modèle de ce qui passe dans les établissements de santé qui pourraient paralyser le système. 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* »⁵³. De ce fait, l'évaluation devra être principalement menée par les ARS afin de ne pas empiéter sur le temps des professionnels.

⁵³ Entretien Dr Barnabé MSP de Clisson

Dans ce cadre, l'évaluation présenterait deux volets :

- Un aspect qualitatif à l'aide d'enquêtes auprès des professionnels et des usagers. Cette approche permettrait de mettre en valeur la plus-value en termes de conditions de travail, amélioration des pratiques, et qualité de service rendu de ce nouveau mode d'exercice. A terme, une commission des usagers pourrait même être envisagée selon le modèle canadien⁵⁴,
- Un aspect quantitatif apporterait un regard sur le volume d'activité : patientèle, actes et également une estimation de l'impact de ces structures sur le taux d'hospitalisation, le coût santé patient pour les malades chroniques (odds ratio par maladie chronique). Par ailleurs, les ARS au travers de la contractualisation peuvent suivre régulièrement le respect des engagements tant en termes de bonnes pratiques que de santé publique.

Au final, nous percevons actuellement de réels bénéfices dans la mise en place des MSP, mais ce n'est qu'au travers d'une évaluation rigoureuse que la démonstration de leur efficacité pourra être prouvée. *In fine*, l'objectivation de leur valeur ajoutée sera le meilleur vecteur pour leur déploiement, tant au niveau des ARS qu'auprès des professionnels que des patients.

⁵⁴ Bourgueil Yann, Anna Marek et Julien Mousquès « La Pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », *Santé Publique*, 2009/hs1 Vol. 21p27-38

Conclusion

La MSP est un mode d'exercice libéral récent. Les pouvoirs publics ont vu dans l'exercice coordonné des professionnels de santé un moyen de favoriser l'accessibilité aux soins dans les territoires sous dotés, et d'améliorer les pratiques de soins, source d'efficience.

Ce modèle constitue un changement culturel important pour les professionnels de santé libéraux. Ils passent d'une activité individuelle à un modèle de prise en charge holistique, pluridisciplinaire, intégrant l'ensemble de la population d'un territoire. L'effet potentiel d'aspiration créé par l'installation d'une MSP doit être pris en compte pour conserver l'équilibre de l'offre de soins sur le territoire.

L'engagement des professionnels dans un projet de MSP répond à deux attentes distinctes : d'une part, la recherche d'un exercice conciliant vie professionnelle et vie privée et d'autre part, un réel intérêt pour l'exercice pluri-professionnel et les questions de santé publique. Les changements induits et la complexité du processus justifient un accompagnement des professionnels qui souhaitent s'engager vers un exercice en MSP.

Les ARS sont, de par leurs missions, les promoteurs légitimes de cet accompagnement. Ainsi, elles ont développé des outils et une organisation pour l'aide à la création et la pérennisation de MSP. Toutefois, d'autres acteurs sont impliqués dans cette démarche : les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie, les représentants des professionnels de santé libéraux, ainsi que des cabinets de conseil. La multiplication des acteurs peut parfois brouiller la lisibilité. La qualité de la concertation et de la coopération entre ces acteurs est déterminante pour la réussite du projet.

Pour répondre à l'objectif national de développement de ce mode d'exercice, l'accompagnement d'un projet de MSP doit aujourd'hui concilier des exigences liées à l'utilisation de fonds publics tout en garantissant une souplesse des relations avec des professionnels libéraux attachés à leur indépendance.

Une évaluation démontrant l'efficience de ce modèle d'exercice permettrait d'envisager sa pérennisation et de développer l'adaptation de l'accompagnement. Au demeurant, les usagers sont actuellement insuffisamment impliqués dans cette nouvelle orientation. A titre d'exemple, la MSP du Bignon tente de créer un lien privilégié avec l'utilisateur en éditant une lettre d'information (cf. Annexe 11). L'enjeu pour demain sera d'en faire des acteurs de partenariat au service de leur santé publique.

Bibliographie

Recommandations, guides

ARS Pays de la Loire & 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'intention des porteurs de projets – 2013/02

Textes 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 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

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 des médecins spécialistes

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Stratégie Nationale de Santé, feuille de route 2013/09- 32p.

Rapports

HCAAM, Rapport du 23 janvier 2004

HCAAM, Rapport du 22 mars 2012

FICHET (Jean-Luc), rapport d'information n°335 du Sénat, « déserts médicaux agir vraiment » de février 2013

DEVICTOR (Bernadette), Service public territorial de santé, Service public hospitalier, 2014/03, 209 p.

Revue, actes de colloques

Réseaux, Santé et Territoires, maisons de santé : professionnels et régions aux manettes, n°42, 2012/02

Réseaux, Santé et Territoires, maisons de santé : croissance et développement, n° 54, 2014/02

Réseaux, Santé et Territoires, La rémunération des équipes libérales, n° 55, 2014/04

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

Revue de Santé Publique, Les maisons de santé : une solution d'avenir ?, 2009/07-08

EHESP, soins de premiers recours et santé publique, Actes du Séminaire, 25 Janvier 2013

Mémoires

VERVIALLE (Alexis) Les maisons et pôles de santé : une réponse au besoin de renouvellement des soins de premier recours, Mémoire master pilotage et action des politiques publique, EHESP Sciences-Po. Rennes, 2011

Ouvrages

DE HAAS (Pierre), Monter et faire vivre une maison de santé – Brignais : Editions Le Coudrier, 2010.-173p

DEPINOY (Dominique) - Maisons de santé, une urgence citoyenne - Paris : Editions de la Santé, 2011. - 116p.

Sites internet

ARS Pays de la Loire <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/ARS-Pays-de-la-Loire.paysdelaloire.0.html>

ARS Bretagne <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Internet.bretagne.0.html>

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

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

Liste des annexes

Annexe 1 – Définition d'une maison de santé issue du Code la Santé Publique	page I
Annexe 2 – Définition de notions voisines	page II
Annexe 3 – Méthodologie	page IV
Annexe 4 – Exemple de diagnostic flash de l'ARS Pays de la Loire	page IX
Annexe 5 – Fiche outil : statut juridique, éditée par l'ARS	page XIII
Annexe 6 – Plan de financement de la MSP de Nozay	page XIX
Annexe 7 – Règlement intérieur du CATS	page XX
Annexe 8 – Dispositif « facilitateurs de projets de MSP »	page XXIII
Annexe 9 – Expérimentation des nouveaux modes de rémunération	page XXVI
Annexe 10 – Matrice de maturité	page XXVIII
Annexe 11 – Brochure d'information de la MSP du Bignon	page XXXI

Annexe 1 - Définition d'une maison de santé par l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Annexe 2 - Définitions de notions voisines

Un centre de santé est une structure médicale de proximité qui regroupe des professionnels de santé le plus souvent salariés. Il joue un rôle de service public en matière de santé : il dispense des soins de premiers recours sans hébergement, il mène des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé. C'est aussi un lieu de stage pour la formation des professionnels de santé.

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Les protocoles de coordination particuliers :

Le protocole **ASALEE** a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes. Il concerne deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète et risque cardio vasculaire).

Le dispositif **PAERPA** se décline en trois thématiques : améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, adapter les pratiques professionnels au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie et créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

Les consultations avancées : dispositif de consultations de psychiatrie mis en place à l'initiative du Dr Yebbal dans les MSP du Bignon et de Clisson, mais aussi dans d'autres cabinets libéraux du territoire. La motivation étant de garantir une continuité des soins sur l'ensemble du territoire.

Annexe 3 - Eléments méthodologiques

3.a – Méthodologie :

Le groupe est constitué de 10 personnes avec 2 représentants par filière : attaché d'administration hospitalière, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directeur d'hôpital et directeur des soins.

Les participants avaient préalablement pris connaissance du dossier documentaire et fait quelques recherches personnelles sur le sujet. Les deux premières journées se sont déroulées en présence du Dr Coutant, animateur du groupe. Elles ont été essentiellement consacrées à l'exposé du contexte du sujet par le Dr Coutant, à une présentation des aspects sociologiques des maisons de santé pluri-professionnelles par M. Schweyer. Nous avons pris un temps pour réaliser un brainstorming sur les thématiques associées à la question posée.

Les 17 entretiens de l'enquête ont été choisis par le Dr Coutant qui a planifié les rencontres avant le début du travail. Ils se sont déroulés essentiellement en Pays de Loire et à Rennes. Nous avons complété ce panel, au cours du travail, par deux rendez-vous téléphoniques. Les entretiens ont été réalisés par des binômes ou trinômes chaque fois différents composés de personnes issues de filières différentes. Les interviews se sont déroulées du 5 au 13 mai. Une grille d'entretien a été réalisée pour chacun des 6 types d'interlocuteur. Chaque rencontre, d'une durée moyenne de deux heures, a fait l'objet d'un compte rendu mis sur une plateforme accessible à tous les membres du groupe.

Une réunion d'analyse du contenu des entretiens a permis la définition du plan du travail. Le travail de rédaction a été réparti entre les membres du groupe. Quatre réunions ont été réalisées pour le cadrage et la relecture du document final.

La dernière demi-journée a été dédiée à la préparation de la présentation orale.

3.b : Planning des entretiens

Jours	Matin	Après-midi	
Mardi 29 avril			François Xavier Schweyer EHESP à 14 h Ensemble du groupe
Lundi 5 mai	Annick Touba Présidente URPS Infirmières Nantes à 10 h Estelle(EDH)/ Claire(ED3S)/ Guillaume(EDH)		Alain Guillemenot Président URPS pharma. Nantes à 13 h Chantal(EDS)/ Guillaume(EDH) Kahina Yebbal. Psychiatre CH Daumezon Bouguenais à 14 h Claire(ED3S)/ Estelle(EDH)
Mardi 6 mai	Valérie Castric ARS. Chargée de projet Dpt accès soins proximité Nantes à 10 h 30 Sonia(EAAH)/ Fatoumata(ED3S)		Carole Marais ARS D.T 44 Chargée projet accès soins 1 ^{er} recours. Nantes à 14 h Morgane(EAAH)/ Sonia (EAAH) / Fatoumata (ED3S)
	Hervé Goby ARS Bretagne Rennes à 10 h 30 Aurélie (EIASS)/ Guillaume (EDH)/ Claire (ED3S)		
	Pierre De Haas Président FNMPS Entretien téléphonique 8 h Aurélie (EIASS)/ Christiane (EDS)/ Jeremy (EIASS)		
Mercredi 7 mai	Lucien Désert Président URPS pharma. Maison des URPS(près gare) 13 bd Solférino Rennes 11 h Aurélie (EIASS)/ Christiane (EDS) ----- Dominique Depinoy Cabinet conseil Entretien téléphonique 11 h30 Fatoumata (ED3S)/ Jeremy (EIASS)		MSP Le Bignon. Dr Prime à 13 h 30 Guillaume (EDH)/ Morgane (EAAH)
Vendredi 9 mai			MSP Clisson. Dr Barnabé & Président APMSL PdL à 14 h Jeremy (EIASS)/ Christiane (EDS)
Lundi 12 mai	Mme Ségalen Com com région de Nozay. Nozay Estelle (EDH)/ Chantal (EDS)		Florent Pouget ARS. Responsable dpt accès soins de proximité Nantes à 16 h 30 Jeremy (EIASS)/ Fatoumata (ED3S) Patrick Gasser Président URPS médecins Nantes à 17 h 30 Chantal (EDS)/ Estelle (EDH)
Mardi 13 mai	Dr Gabriel Hoerth Médecin Entretien téléphonique Claire (ED3S)		

3.c : Les trois principales grilles d'entretien réalisées

Questionnaire n°1 : MSP de Clisson et du Bignon

Deux questions préliminaires à poser aux personnes rencontrées :

- demander si nous pouvons les citer dans notre rapport ;
- si elles souhaitent avoir un exemplaire du rapport.

1. 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 ? Est-ce grâce à des exemples, en parlant avec d'autres professionnels, par hasard ?

Qui étaient intéressés ? Quels étaient les arguments opposés à ce projet et ceux développés par les promoteurs ? Avez-vous décliné les propositions de certains professionnels intéressés et pourquoi ? (cf. projet 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 ?

- Réaction des élus ?
- 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 rôle a joué l'ARS ? Avez-vous un interlocuteur unique ?

Une étude de marché/ analyse territoriale a-t-elle faite ? Ou une enquête auprès des usagers pour définir les besoins de soins ? Parlez-vous d'usagers, de patients, de clients ?

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 avez-vous choisi le statut juridique de la MSP (SISA ou association) ? Et pourquoi ? Alternative salariat ?

Le montage financier et technique de la MSP : comment avez-vous financé le montage de la MSP ? (pour le Clisson : pourquoi n'avez pas bénéficié de subventions ? est-ce un choix de votre part ?)

- Locaux ? qui les détient ? qui a conçu et a suivi la construction de la MSP (qui était maître d'ouvrage) ?
- Investissements de matériels ?
- Personnels d'accueil, gestion des stocks, nettoyage ?

2. Travailler ensemble

Projet professionnel

- 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) ? Qui y participe (les associés uniquement ou les salariés le cas échéant) ? Comment sont gérés les dysfonctionnements (vote des décisions, selon quelle quote-part) ?

- 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 ? Comment se construisent-ils ? Avez-vous éventuellement réfléchi à des transferts de compétences entre les professionnels de votre MSP ? Quels sont vos rapports avec la HAS sur ce point ? 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 ?) ? Que pensez-vous des consultations avancées en psychiatrie ou de « second recours » (avec des spécialistes) ?

Ajout pour Clisson : il est fait référence dans l'entretien avec l'URPS infirmière du fait qu'il n'y a pas d'infirmières au sein de la MSP de Clisson alors que leur rôle semble indispensable en matière d'éducation thérapeutique, de prévention...

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 ?

3. Bilan et avenir de la MSP

- Bilan

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 ?

- Perspectives

Avez-vous identifié des pistes d'amélioration de la MSP ?

Quels sont vos futurs projets ? Consultations avancées ? Télémédecine ?

Pensez-vous que la MSP survivra aux professionnels d'origine ? Et vous, envisagez-vous de faire toute votre carrière dans la MSP ?

Selon vous, les MSP ont-elles vocation à se substituer aux réseaux de santé et aux centres de santé ?

Remise en cause de la liberté d'installation ?

Questionnaire n°2 : URPS

- 1) Quel regard sur cette nouvelle organisation de l'activité libérale porte votre URPS ?
Avantages et limites
- 2) Quel est le niveau de qualité des échanges entre les libéraux exerçant en MSP et hors MSP ? Etes-vous sollicité en cas de problème ? Exemple
- 3) Comment vous impliquez-vous ou soutenez-vous l'élaboration des projets de MSP.
Mettez-vous en relation des professionnels recherchant de l'information sur les MSP ?
Exemple
- 4) Selon vous les professionnels disposent-ils de suffisamment d'information pour monter seuls un projet de MSP ? Quel regard portez- sur les accompagnements par des consultants ? le rôle des élus ? et de l'ARS ?
- 5) Vos positions sont-elles entendues dans les CATS et COREX et comment ?

- Quels sont vos critères de validation d'un projet de MSP ? Quel accompagnement pourrait permettre de faciliter le déploiement national des MSP ?
- 6) Quel regard portez-vous sur la collaboration avec les médecins, infirmiers, pharmaciens dans une MSP, quel impact sur votre modèle d'exercice? Management interne ?
 - 7) Face à ce bouleversement profond du mode d'exercice : pensez-vous qu'il puisse y avoir un impact en termes de concurrence, attractivité (*notamment pour les pharmaciens, la présence de professionnels de santé peut être vitale*), fidélisation des usagers et des collègues ? Et la liberté d'installation ? sur l'activité des hôpitaux ? Libre choix du professionnel de santé par le patient ?
 - 8) Existe-t-il des échanges entre les URPS sur la vision des MSP ? A votre avis manque-t-il un maillon national ? Quel est votre avis sur le Service Publique Territorial de santé ? Quelle cohésion entre URPS des divers métiers?
 - 9) Quid de L'intégration d'une approche Santé Publique dans l'exercice en MSP, est-il une nouveauté dans l'activité libérale ? Existe-t-il des pratiques d'Education thérapeutique en libéral hors MSP ?
 - 10) Que pensez-vous des nouveaux modes de rémunération en MSP ?
 - 11) Pour vous, les MSP sont-elles un effet de mode ou une nouvelle réponse territoriale ? Concrètement quel avenir pour les MSP ?

Questionnaire n°3 : ARS

- 1) Quelle est la place des MSP dans l'offre de soin? (demander une précision sur les chiffres si nécessaire). Quels sont les critères nécessaires/facteurs clé de réussite à la mise en place des MSP? (contexte favorable (milieu rural, urbain, appui des élus, volontarisme des professionnels de santé
- 2) La politique de développement des MSP est-elle une priorité ? Des territoires sont-ils prioritaires (critères).
- 3) A quel moment l'ARS intervient dans le processus de déploiement des MSP?
- 4) 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 ?
- 5) Existe-t-il un processus de contractualisation ? Validation du projet de santé ? Lien avec contrats locaux de santé ? Existe-t-il des contrôles ?
- 6) Dans quelles mesures les élus interviennent-ils dans le développement des projets de MSP? Comment le travail s'opère-t-il avec eux?
- 7) Avez-vous eu à avoir un rôle de médiateurs avec les professionnels au sein des MSP et également avec les ordonnateurs du projet?
- 8) Existe-t-il un interlocuteur dédié au sein de l'ARS? (faciliter la mise en place du projet)?
- 9) Comment coordonnez-vous vos actions avec les différents partenaires? Coopération, concurrence (collectivités, cabinets de conseils) ? Lien avec URPS, rôle des travaux menés dans les instances COREX, CATS ? ces instances fonctionnent-elles bien ?
- 10) Comment les besoins des usagers sont-ils intégrés dans les projets de développement des MSP? Perspective, place accrue des usagers ?
- 11) 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?
- 12) Avez-vous identifié des limites ou leviers dans la mise en place des projets de MSP?
- 13) Quelles perspectives quant au développement des MSP? Articulation avec les autres structures de soins (hôpital, médico-social)

14) Comment pérenniser les MSP ?

Annexe 4 – Exemple de diagnostic flash de l'ARS des Pays de la Loire



• Territoire de santé de proximité • **SAINT-NAZAIRE**

A - CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES		Saint-Nazaire		Indicateurs Région			Valeur territoriale minimale dans la région		Valeur territoriale maximale dans la région	
C1	C2	Effectif	Indicateur	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
				Valeurs territoriales minimale médiane maximale						
1	évolution population 1999-2009	5 680	0,5	0,9	-0,2	1,1	2,7			
2	évolution mouvement naturel	3 729								
3	évolution solde migratoire	1 951								
4	natalité	1 391	12,0	12,7	7,6	12,9	18,7			
5	population dans un pôle urbain	102 570	88,5	43,0	0,0	0,0	98,3			
6	population dans une couronne périurbaine	13 381	11,5	25,3	0,0	22,9	100,0			
7	population dans le complément géographique	0	0,0	31,7	0,0	51,7	100,0			
8	population âgée de moins de 18 ans	25 326	21,8	22,9	17,1	24,1	28,6			
9	population âgée de 65 ans et plus	21 183	18,3	17,1	11,0	17,5	28,4			
10	indice de vieillissement		75	67	36	64	156			
11	population âgée de 75 ans et plus	10 973	9,5	9,1	5,3	9,4	14,6			
12	personnes de 75 ans et plus vivant seules	4 506	46,4	42,1	34,6	40,6	47,3			
13	personnes de 75 ans et plus vivant en établissement	1 007	9,2	12,6	6,8	12,8	24,4			
14	population âgée de 85 ans et plus	2 719	2,3	2,5	1,4	2,6	4,3			
15	familles monoparentales	3 741	23,0	16,5	8,1	12,5	26,1			
16	personnes de 25-29 ans sans diplôme	637	10,1	8,1	4,3	8,2	17,7			
17	chômeurs dans la population active	6 447	12,6	9,5	5,1	8,2	13,8			
18	cadres dans la population active	4 582	9,0	11,6	4,4	7,5	21,0			
19	ouvriers dans la population active	15 072	29,8	28,7	18,1	32,8	44,0			
20	employés dans la population active	16 253	32,1	28,1	22,5	27,6	32,5			
21	professions intermédiaires dans la pop. active	12 208	24,1	23,5	15,1	20,7	28,7			
22	indice de concentration d'emploi		125	99	42	83	137			
23	allocataires dépendant des prestations sociales	3 799	7,3	5,3	1,9	3,8	8,7			
24	foyers fiscaux non imposables	32 920	46,8	46,9	37,4	49,8	57,7			
moyenne nationale (base 100)										
B - SANTE DES POPULATIONS										
25	mortalité générale - deux sexes	1 079	106	96	82	98	130			
26	mortalité générale - hommes	583	115	97	82	97	127			
27	mortalité générale - femmes	496	99 (ns)	95	79	98	134			
28	mortalité prématurée - deux sexes	264	128	97	70	94	141			
29	mortalité prématurée - hommes	194	140	99	70	95	144			
30	mortalité prématurée - femmes	70	105 (ns)	91	55	89	152			
31	mortalité prématurée évitable	94	139	106	67	105	155			
32	admissions en ALD (3 principaux régimes d'a.m.)	2 886	110	90	58	89	110			
moyenne nationale (base 100)										
C - PROBLEMES DE SANTE										
33	mortalité par maladies de l'app. circulatoire	281	100 (ns)	97	75	100	144			
34	mortalité prématurée par mal. de l'app. circulatoire	33	120	85	50	87	179			
35	admissions en ALD pour mal. de l'app. circulatoire	1 016	108	88	56	87	117			
36	hospitalisations pour mal. de l'app. circulatoire	2 390	87	89	68	91	119			
37	admissions en ALD pour diabète	364	89	84	50	86	110			
38	mortalité par cancers	323	108	99	83	99	116			
39	mortalité prématurée par cancers	102	120	99	74	96	128			
40	admissions en ALD pour cancers	674	114	104	73	102	115			
41	mortalité par cancer du poumon	55	96 (ns)	85	56	77	131			
42	admissions en ALD pour cancer du poumon	47	97 (ns)	86	55	78	124			
43	mortalité par cancer du sein	23	99 (ns)	97	45	97	141			
44	admissions en ALD pour cancer du sein	124	110	103	79	99	111			
45	mortalité par cancer colorectal	34	102 (ns)	103	72	102	159			
46	admissions en ALD pour cancer colorectal	65	102 (ns)	103	68	102	127			
47	admissions en ALD pour affections psychiatriques	229	116	79	46	70	116			
moyenne nationale (base 100)										
D - DETERMINANTS DE SANTE										
48	mortalité par pathologies liées à l'alcool	35	173	114	50	110	173			
50	mortalité par accident de la circulation	8	103 (ns)	108	54	126	224			
51	mortalité par suicide	25	127	125	62	134	232			
moyenne nationale (base 100)										

ns : différence avec la moyenne nationale statistiquement non significative



• Territoire de santé de proximité • SAINT-NAZAIRE

E - SOINS DE PREMIER RECOURS		Saint-Nazaire		Région		Indicateurs territoriales			Valeur territoriale	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	minimale dans la région	maximale dans la région
53	médecins généralistes libéraux	134	11,6	9,2	5,3	7,4	13,6			
54	dont âgés de plus de 60 ans	30	22,4	24,5	0,0	25,0	48,9			
55	accessibilité potentielle localisée pour 10 000 hab.		8,4	8,0	5,4	7,2	11,3			
56	chirurgiens-dentistes libéraux	76	6,6	5,1	1,8	4,3	7,9			
57	dont âgés de plus de 60 ans	14	18,4	15,7	0,0	14,5	50,0			
58	accessibilité potentielle localisée pour 10 000 hab.		6,1	5,7	2,2	4,0	7,9			
59	infirmiers libéraux	109	9,4	6,8	3,4	6,9	13,8			
60	dont âgés de plus de 60 ans	5	4,6	6,1	0,0	6,1	35,7			
61	nombre de centres de soins infirmiers	1								
62	masseurs-kinésithérapeutes libéraux	105	9,1	7,6	1,5	6,4	13,0			
63	dont âgés de plus de 60 ans	16	15,2	9,6	0,0	8,7	36,4			
64	accessibilité potentielle localisée pour 10 000 hab.		8,6	6,9	1,6	5,7	11,0			
65	nombre de pharmacies	43	3,7	3,5	2,3	3,5	6,2			
66	nombre de centres médicopsychologiques	4								
moyenne nationale (base 100)										
F - RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS										
67	hospitalisations totales (données brutes)	31 965	2 757	2 617	2 089	2 627	3 242			
68	dont séjours médicaux	12 110	1 045	971	655	989	1 368			
69	dont séjours chirurgicaux	11 036	952	892	748	892	1 183			
67bis	hospitalisations totales (données standardisées)	100 (ns)		95	88	94	108			
70	hospitalisations potentiellement évitables	962	97 (ns)	92	62	95	132			
moyenne nationale (base 100)										
G - PARTICIPATION DES 50-74 ANS AU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS										
71	cancer du sein	67,6		65,4	53,4	64,3	80,7			
72	cancer colorectal	40,6		38,6	25,8	38,1	49,5			
H - PERINATALITE										
75	césariennes	269	19,1	18,4	15,6	18,6	22,4			
76	prématurité (SA<37)	79	5,6	5,6	3,7	5,6	7,2			
77	hospitalisations d'enfants de moins d'un an	627	4 657	4 927	1 688	4 539	10 080			
moyenne nationale (base 100)										
I - ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES										
79	bénéficiaires de l'AAEH	303	108	116	58	111	186			
80	bénéficiaires de l'AAH	2 108	317	226	77	218	334			
81	bénéficiaires de la PCH+ACTP	données en attente								
82	enfants handicapés scolarisés	données en attente								
83	places en étab. pour enfants et jeunes handicapés	169								
84	places en Sessad	89								
85	places en Ssiad pour personnes handicapées	10								
86	places en foyer pour personnes handicapées	91								
87	places en SAVS	82								
moyenne nationale (base 100)										
J - ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES										
88	mortalité par chute de personnes de 65 ans et +	20	129	93	54	95	213			
89	hospitalisations de pers. âgées de 75 ans et +	6 940	6 324	5 788	4 745	5 877	6 886			
90	bénéficiaires de l'Apa	données en attente								
91	places en Ssiad pour personnes âgées dépendantes	176								
92	places en Ehpad et USLD	1 229	1 166	1 449	743	1 542	2 662			
93	dont nombre de places pour maladie d'Alzheimer	94								
94	admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer	138	117	92	60	86	119			
moyenne nationale (base 100)										

ns : différence avec la moyenne nationale statistiquement non significative

TABLEAUX/GRAPHIQUES - C1, C2 : numéro et libellé de l'indicateur (voir définition page 4). **C3 :** effectif du territoire (effectif de population, nombre de séjours hospitaliers, nombre de décès, nombre d'ouvriers dans la population active...). **C4 :** valeur de l'indicateur pour le territoire permettant d'effectuer des comparaisons avec les autres territoires (% indice comparatif, taux, densité...). **C5 :** valeur régionale de l'indicateur. **C6 :** valeur de l'indicateur la plus faible parmi les territoires de la région. **C7 :** valeur médiane de l'indicateur parmi les territoires de la région. **C8 :** valeur de l'indicateur la plus élevée parmi les territoires de la région. **C9 :** dans ce graphique, l'ensemble des comparaisons sont effectuées par rapport à la valeur de la France en base 100. Plus la barre grise est longue, plus les territoires ont des situations contrastées pour l'indicateur considéré. Par exemple, pour l'indicateur 11, la part des 75 ans et plus est de 8,8 % en moyenne en France. La valeur la plus faible parmi les 57 territoires de santé de proximité est de 5,3 % et la valeur la plus élevée est de 14,6 %. Rapportée à la moyenne nationale base 100, la valeur la plus faible représentée sur le graphique est de 60 et la valeur la plus élevée est de 165. Le carré rouge représente la valeur du territoire et le carré gris la valeur des Pays de la Loire.

ATTENTION : les graphiques ne sont pas à la même échelle.

Diagnostic 2013 flash

Agence régionale de santé Pays de la Loire



Définitions des indicateurs

CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES : 1. Solde de population entre 2009 et 1999 (C3). 2. Taux de croissance annuel moyen 1999-2009 (C4). (RP 1999, 2009). 3. Solde des naissances et des décès sur la période 2000-2009 (Etat civil). 4. Nombre de naissances pour 100 habitants (Etat civil 2011, RP 2009). 5. % de personnes vivant dans un pôle urbain (RP 2009). 6. % de personnes vivant dans une couronne périurbaine (RP 2009). 7. % de personnes vivant dans le complément géographique (RP 2009). 8. % de personnes âgées de moins de 18 ans (RP 2009). 9. % de personnes âgées de 65 ans et plus (RP 2009). 10. Effectif des 65 ans et plus rapporté à l'effectif des moins de 20 ans (RP 2009). 11. % de personnes âgées de 75 ans et plus (RP 2009). 12. % des 75 ans et plus vivant seules (hors personnes vivant en établissement, communautés...) (RP 2009). 13. % des 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale (RP 2009). 14. % de personnes âgées de 85 ans et plus (RP 2009). 15. % de familles composées d'un parent isolé et d'un ou de plusieurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans (RP 2009). 16. % de personnes de 25-29 ans n'ayant pas suivi de scolarité ou n'ayant aucun diplôme (scolarité jusqu'à l'école primaire ou au collège, ou scolarité au-delà du collège) (RP 2009). 17. % de personnes à la recherche d'un emploi dans la population active (RP 2009). 18. % de cadres dans la population active (RP 2009). 19. % d'ouvriers dans la population active (RP 2009). 20. % d'employés dans la population active (RP 2009). 21. % de professions intermédiaires dans la population active (RP 2009). 22. Nombre d'emplois dans le territoire rapporté au nombre d'actifs ayant un emploi résidant dans le territoire (RP 2009). 23. Nombre d'allocataires dépendant à 75 % et plus des prestations sociales au 31 décembre 2011 (Caf, MSA) pour 100 ménages (RP 2009). 24. % de foyers fiscaux non imposables (Direction générale des impôts, 2010).

SANTÉ DES POPULATIONS : 25, 26, 27. Indice comparatif de mortalité (ICM) générale deux sexes, hommes, femmes. 28, 29, 30. ICM prématurée (décès de personnes âgées de moins de 65 ans) deux sexes, hommes, femmes. 31. ICM prématurée évitable (décès de personnes âgées de moins de 65 ans, par cancer du poumon, cancers des voies aérodigestives supérieures -y compris œsophage-, psychose alcoolique, maladies alcooliques et cirrhose du foie, accident de la circulation, chute accidentelle, suicide et sida). 32. Indice comparatif (IC) d'admissions en ALD.

PROBLÈMES DE SANTÉ : 33. ICM par maladies de l'appareil circulatoire. 34. ICM prématurée par maladies de l'appareil circulatoire. 35. IC d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire (ALD1-3-5-12-13). 36. IC d'hospitalisations pour mal. de l'app. circulatoire. 37. IC d'admissions en ALD pour diabète (ALD8). 38. ICM par cancers. 39. ICM prématurée par cancers. 40. IC d'admissions en ALD pour cancer du poumon. 41. ICM par cancer du poumon. 42. IC d'admissions en ALD pour cancer du sein. 43. ICM par cancer du sein. 44. IC d'admissions en ALD pour cancer colorectal. 45. ICM par cancer colorectal. 46. IC d'admissions en ALD pour cancer colorectal. 47. IC d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD23).

DETERMINANTS DE SANTÉ : 48. ICM par troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ou par maladies alcooliques et cirrhose du foie. 50. ICM par accident de la circulation. 51. ICM par suicide.

SOINS DE PREMIER RECOURS : 53. Nombre de médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte (y compris MEP) pour 10 000 habitants (RPPS 2013). 54. % de médecins généralistes libéraux âgés de plus de 60 ans (RPPS 2013). 55. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux en ETP pour 10 000 hab. (Sniir-AM, Cnamts, 2010). 56. Nombre de chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale ou mixte pour 10 000 habitants (RPPS 2013). 57. % de chirurgiens-dentistes âgés de plus de 60

ans (RPPS 2013). 58. APL aux chirurgiens-dentistes libéraux en ETP pour 10 000 hab. (Sniir-AM, Cnamts, 2010). 59. Nombre d'infirmiers ayant une activité libérale ou mixte pour 10 000 habitants (RPPS 2013). 60. % d'infirmiers libéraux âgés de plus de 60 ans (RPPS 2013). 61. Nombre de centres de soins infirmiers (Finess 2013). 62. Nombre de masseurs-kinésithérapeutes ayant une activité libérale ou mixte pour 10 000 habitants (RPPS 2013). 63. % de masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de plus de 60 ans (RPPS 2013). 64. APL aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux en ETP pour 10 000 hab. (Sniir-AM, Cnamts, 2010). 65. Nombre de pharmacies pour 10 000 habitants (Finess 2013). 66. Nombre de centres médicopsychologiques (Finess 2013).

RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS : 67. Nombre de séjours hospitaliers en unité de court séjour (PMSI MCO 2011) pour 10 000 hab. 68. dont séjours médicaux. 69. dont séjours chirurgicaux. 67bis. IC d'hospitalisations toutes causes (PMSI MCO 2008-2010, hors séjours et nouveau-nés "bien portants"). 70. IC d'hospitalisations potentiellement évitables (séjours de plus de 24 heures chez les 20 ans et plus repérés selon la définition de Weissman).

PARTICIPATION DES 50-74 ANS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS : 71. Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage sur la période 2010-2011 (Structures de gestion du dépistage organisé des cancers) pour 100 femmes de 50-74 ans. 72. Nombre de personnes ayant réalisé un test Hemocul® sur la période 2010-2011 (Structures de gestion du dépistage organisé des cancers) pour 100 personnes de 50-74 ans auquel est soustrait l'effectif des personnes "exclues" temporairement ou définitivement du programme de dépistage organisé pour raisons médicales.

PERINATALITÉ : 75. Nombre d'accouchements par césarienne pour 100 séjours hospitaliers avec accouchement (PMSI MCO 2008-2010). 76. Nombre de naissances avec notification de prématurité (<37 SA) pour 100 séjours hospitaliers de naissances vivantes. 77. Nombre de séjours hospitaliers pour 10 000 enfants de moins d'un an.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES : 79. Nombre de familles ayant perçu l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) au 31 décembre 2011 (Caf, MSA) pour 10 000 personnes de moins de 20 ans. 80. Nombre de personnes ayant perçu l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) au 31 décembre 2011 (Caf, MSA) pour 10 000 personnes âgées de 20-64 ans. 81. Nombre de personnes ayant perçu une Prestation de compensation (PCH) ou l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) en décembre 2012 (Conseils généraux) pour 10 000 personnes âgées de 20-64 ans. 82. Nombre d'enfants handicapés scolarisés (en classe ordinaire ou Clis) en premier degré (Rectorat, année scolaire 2011-2012). 83. Nombre de places en établissements pour enfants et jeunes handicapés (IME...) (Finess 2013). 84. Nombre de places en Services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (Sessad) (Finess 2013). 85. Nombre de places en Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour personnes handicapées (Finess 2013). 86. Nombre de places en foyers d'hébergement ou médicalisés (Finess 2013). 87. Nombre de places en Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) (Finess 2013).

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES : 88. ICM par chutes de personnes âgées de 65 ans et plus. 89. Nombre de séjours hospitaliers de personnes de 75 ans et plus (PMSI MCO 2008-2010) pour 10 000 personnes de 75 ans et plus. 90. Nombre de personnes ayant perçu l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), à domicile ou en institution, au 31 décembre 2012 (Conseils généraux) pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus. 91. Nombre de places en Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour personnes âgées dépendantes (Finess 2013). 92. Nombre de places en Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) et Unités de soins de longue durée (USLD) (Finess 2013) pour 10 000 personnes de 75 ans et plus. 93. Nombre de places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad et USLD (Finess 2013). 94. IC d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD15).

INDICES COMPARATIFS (ICM, IC) - Les indices comparatifs de mortalité (ICM) ont été calculés pour la période 2005-2009 (Inserm-CépiDc). Les indices comparatifs (IC) d'admissions en ALD ont été calculés pour la période 2006-2010 (Cnamts, RSI, CCMSA). Les indices comparatifs (IC) d'hospitalisations ont été calculés pour la période 2008-2010 (PMSI-MCO, ATH). Ces indices permettent de comparer la situation du territoire observé avec la moyenne nationale, en neutralisant les effets de la structure par âge de la population. Un indice est un rapport en base 100 du nombre de cas (décès, admissions en ALD, hospitalisations) observés dans le territoire au nombre de cas qui serait obtenu si les taux pour chaque tranche d'âge dans ce territoire étaient identiques aux taux France métropolitaine. L'indice France métropolitaine étant égal à 100, un indice comparatif de 110 signifie un indicateur supérieur de 10 % à la moyenne nationale. Un indice de 90 signifie un indicateur inférieur de 10 % à cette moyenne.

Ce document est téléchargeable sur les sites internet www.ars.paysdelaloire.sante.fr et www.santepaysdelaloire.com

FICHE OUTIL : STATUT JURIDIQUE

1. L'exercice en commun

- Association Loi 1901

Objet de l'association : exercice d'une activité en commun.
Son but est désintéressée, la réalisation de bénéfice est possible mais ne doit pas être le but premier de l'association.

Constitution :

- deux professionnels nécessaires pour sa création
- Aucun apport de capital nécessaire, l'association outre les cotisations, peut facturer aux membres ses services comme elle peut rémunérer son dirigeant...

Non imposable sauf si considérée comme ayant une activité lucrative.

Trois statuts juridiques possibles :

- association non déclarée, pas de personnalité morale,
- association déclarée, capacité juridique réduite,
- association reconnue d'utilité publique, capacité juridique élargie.

Responsabilité :

Responsabilité limitée aux apports des membres et les dirigeants sont responsables des fautes de gestion.

FICHE OUTIL : STATUT JURIDIQUE

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">- simplicité de constitution (déclaration à la préfecture)- liberté de fonctionnement et du choix du mode de gestion- possibilité de recevoir des subventions	<ul style="list-style-type: none">- risque de remise en cause du régime fiscal- pas de partage de bénéfice entre les membres- interdiction de se transformer en société sauf GIE- interdiction de partager les biens de l'association dissoute entre les membres

Version1/ juin 2011

- **SCM : Société Civile de Moyens**

Objet social : mise en commun de moyens.

La création d'une SCM consiste principalement en la mise à disposition de moyens (locaux, matériel, secrétariat). Les moyens mis en commun, sont utiles à l'exercice professionnel et sont réservés à l'usage de ses seuls membres. On doit veiller à la liberté de choix du patient et à l'indépendance technique et morale de chaque associé.

Cette société ne permet pas l'exercice d'une activité en commun.

La création d'une SCM est sans incidence sur la situation juridique de ses membres. Les associés mettent en commun certains moyens d'exploitation de leur activité afin d'en réduire le coût. Ils conservent une totale indépendance au titre de leur activité professionnelle.

Constitution :

Pour constituer une SCM, il faut obligatoirement exercer une profession libérale. Il n'y a aucune condition sur la nature de l'exercice libérale exercée.

Une SCM comporte deux associés au minimum.

Aucun capital n'est imposé.

Responsabilité :

Les associés : responsabilité indéfinie et conjointe

Les gérants : responsabilité civile et pénale des dirigeants.

Fonctionnement :

Les statuts déterminent librement les règles de fonctionnement de la société.

La société est dirigée par un ou plusieurs gérants, associés ou non, personnes physiques ou morales.

La SCM ne fait pas de bénéfice (pas de bénéfice distribuable).

Les charges doivent être réparties entre les professionnels de santé qui exercent au sein de la structure ; si cette règle n'est pas respectée, cela remet en cause l'exonération de TVA et d'impôt commerciaux.

AVANTAGES	LIMITES
<ul style="list-style-type: none">- Sociétés peuvent limiter le coût de leur activité professionnelle et obtenir plus aisément, le financement de ces moyens- Possibilité d'être pluridisciplinaires- La SCM peut intégrer une association	<ul style="list-style-type: none">- La SCM ne peut avoir de capitaux propres.- La rémunération des services mis en commun par les professionnels doit se faire par remboursement au moyen de contribution au frais communs.

Attention : une SCM n'a pas pour objet de gérer une maison de santé, ni de recevoir de fonds.

- **GCS : Groupement de Coopération Sanitaire**

Objet du groupement : mise en commun de moyens ou exercice de la profession.

Le groupement de coopération sanitaire permet de gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêts commun.

AVANTAGES	LIMITES
Permet de gérer des plateaux techniques, et également l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux, salariés ou libéraux dans les établissements publics ou privés membres	<ul style="list-style-type: none"> - Un établissement de santé doit nécessairement être membre. - Pas d'accès ENMR - Pas de subvention FIQCS

- **SEL : Société d'Exercice Libéral**

Objet social : la société a pour objet l'exercice de la profession en commun. Elle peut accomplir toutes les opérations civiles, financières, immobilières et mobilières qui se rattachent à son objet social.

Le professionnel de santé fait des actes au nom de la société (ordonnances...), il y a partage des honoraires, des charges et des bénéfices.

Constitution :

Les SEL ont été créés pour permettre aux professionnels de santé libéraux d'exercer sous forme de société de capitaux (notion de bénéfices).

Les SEL peuvent revêtir différentes formes :

- SELARL : Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée : un à cent membres et pas de capital social minimum
- SELAFA : Société d'Exercice Libéral à Forme Anonyme : trois au minimum, capital social de 37 000 euros minimum
- SELAS : Société d'Exercice Libéral en Actions Simplifiées : un au minimum, pas de capital social minimum
- SELCA : Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions : quatre au minimum, capital social de 37 000 euros minimum

Dans les SELARL, le gérant doit être choisi parmi les associés exerçant leur profession libérale au sein de la société.

Dans les SELAFA, SELCA, SELAS, le président, les membres du directoire, les directeurs généraux et les 2/3 au moins des membres du conseil de surveillance ou du conseil d'administration doivent être des associés exerçant leur profession au sein de la société.

AVANTAGES	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"> - Détention de + de la moitié du capital et des droits de vote par les professionnels en exercice - Indépendance des membres des professions libérales préservée - Contrôle de la structure par des professionnels en exercice - Responsabilité des associés limitée à leurs apports sauf cas particuliers - Régime d'imposition plus avantageux 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de possibilité de constituer une SEL pluridisciplinaire. - Coût de constitution - Formalisme de constitution et de fonctionnement

- **SCP : Société Civile Professionnelle**

Objet social : Les sociétés civiles professionnelles ont été créées dans le but de permettre à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée.

La société a vocation à recevoir tous les honoraires résultant de l'exercice à titre indépendant, par les associés de la profession constituant l'objet social.

Constitution :

Pour créer une SCP : au moins deux associés.

Les associés doivent exercer leur activité professionnelle exclusivement au sein de la société et ne peuvent être membres que d'une seule SCP.

Pas de capital minimum.

Responsabilité :

Les associés sont indéfiniment et solidairement responsables sur l'ensemble de leurs biens personnels pour les dettes professionnelles.

AVANTAGES	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"> - l'objet de la société est l'exercice en commun - liberté de fonctionnement - pas de capital minimum - indépendance des membres 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de possibilité d'exercice pluridisciplinaire. - Les personnes morales ne peuvent constituer une SCP - Responsabilité indéfinie et solidaire des membres - Formalisme de fonctionnement (unanimité des membres)

- **GIE : Groupement d'Intérêt Economique**

Le GIE réunit deux ou plusieurs physiques ou morales pour une durée déterminée (art L251-1 Ccom).

Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Elle ne doit pas s'y substituer.

Il ne s'agit que d'un groupement de moyens.

Constitution :

Nécessite un acte écrit et une immatriculation au registre du commerce

Le GIE peut-être constitué sans capital (art L251-3 Ccom) :

Avec capital :

- pas de montant minimum
- modalité de souscription et de libération des apports sont librement déterminées par les statuts
- les fonds apportés en numéraire n'ont pas à faire l'objet d'un dépôt
- le capital peut-être variable

En l'absence de capital, le groupement fonctionne comme une association. Il perçoit des cotisations de ses membres si la facturation de ses services et les réserves qu'il a pu constituer, s'avèrent insuffisantes.

Responsabilité : tous les associés sont en principe responsables solidairement et indéfiniment sur leurs biens personnels des dettes du groupement envers les tiers, sauf si une convention avec un tiers déterminé, limite cette responsabilité.

Fonctionnement :

Les fondateurs fixent librement dans le contrat constitutif du groupement les modalités d'administration (administrateur unique ou non, choisi parmi les membres ou non, durée du mandat, mode de nomination). A défaut c'est l'assemblée des membres qui en décide.

Les pouvoirs des administrateurs sont également déterminés librement. Toutefois les limitations de pouvoirs n'ont d'effet qu'à l'égard des membres du groupement. Vis-à-vis des tiers, les administrateurs engagent le groupement par tout acte entrant dans l'objet social.

Une personne recrutée par un GIE travaillera à temps partagé pour ses membres.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - frais et formalisme de constitution réduits - grande souplesse et liberté de fonctionnement - pas de capital minimum - possibilité de mettre en commun des moyens 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité solidaire et indéfinie des membres du GIE - Conséquences fiscales pouvant être importantes si la transformation du GIE en une autre forme juridique, - Attention à ce que les fonds reçus et distribués ne soient pas requalifiés en salaire ou soumis à une fiscalité non prévue.

ATTENTION : l'objet de ce groupement est de développer une activité économique et non de constituer un cadre à une activité de soins.

Type de société	Exercice en commun	Mise en commun de moyens	monodisciplinaire	pluridisciplinaire	Personnalité morale
SCM	Non	Oui	oui	Oui	Oui
SCP	Oui	Non	oui	non	Oui
SELARL	Oui	Non	oui	non	Oui
SELAS	Oui	Non	oui	non	Oui
SELAFA	Oui	Non	oui	non	Oui
SELCA	Oui	Non	oui	non	Oui
SCC	non	oui	oui	non	Oui

(Source : boîte à outils MSA)

POINTS de VIGILANCE :

- l'ensemble des contrats conclu par un professionnel de santé ou par une société (regroupant des professionnels de santé) doit être soumis préalablement au conseil de l'ordre dont relève le Professionnel de santé.

2. gestion de l'immobilier

La SCI a pour objet d'acquérir, gérer ou transmettre un patrimoine immobilier en vue de profiter des bénéfices et de l'économie qui en résulte.

Eléments de bibliographie

- **Boîte à outils MSA :**

http://www.msafranchecomte.fr/files/msafranchecomte/msafranchecomte_1148291941507_BOTE_OUTILS.pdf

- **Fiche juridique URML Pays de la Loire :**

http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/PSL_Juridique.PDF

<http://urml-paysdelaloire.fr/upload/psl.modes.exercice.pdf>

- **étude juridique FEMASAC :**

<http://femasac.pagesperso-orange.fr/MMP%20etude%20juridique.pdf>

Annexe 6 - Plan de financement de la MSP de Nozay

3. Avenants à la convention de mandat et aux marchés de travaux pour la réalisation de la Maison de Santé

Rapport

Mme la Présidente rappelle le plan de financement initial et les décisions relatives au projet du Château de Saffré prises antérieurement :

> Plan de financement :

Libellé	Montant HT	Libellé	%	Montant
Etudes	33 805,00 €	Etat-PER2	18	600 000,00 €
Travaux	2 507 439,20 €	Région-CTU	9	332 000,00 €
Branchements	15 800,00 €	Région-ligne sectorielle	8	300 000,00 €
Honoraires MOE	452 411,00 €	Département-CTD	8	297 625,00 €
Assurances	37 212,00 €	Autofinancement	57	2 004 193,92 €
Révisions	125 371,96 €			
Plateau	21 600,00 €			
Foncier	118 721,59 €			
Maitre d'ouvrage	79 500,00 €			
Aléas (3%)	97 546,18 €			
Taxe d'aménagement	44 411,99 €			
TOTAL	3 533 818,92 €	TOTAL	100%	3 533 818,92 €

Annexe 7 - Règlement intérieur des CATS



REGLEMENT INTERIEUR DES COMITES D'ACCOMPAGNEMENT TERRITORIAUX DES SOINS DE 1^{ER} 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 maisons de 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.

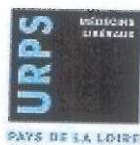
Le CATS **peut être proactif** sur les zones sous dotées en professionnels de santé sur lesquelles aucune initiative locale n'émerge, en initiant une démarche auprès des professionnels de santé et des élus.

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.

Annexe 8 – Dispositif « Facilitateurs de projets de MSP »



Dispositif « Facilitateurs de projets de maisons et de pôles de santé »

1. Objectif

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre du CORECS et dans le cadre du fonctionnement des CATS.

Les médecins facilitateurs sont missionnés par l'URPS-ML à la demande de l'ARS, avec nécessité d'une fonction de coordination à l'Union (non prise en compte dans le contrat).

2. Rôle du facilitateur

Le médecin facilitateur :

- peut intervenir ponctuellement à la demande du CATS auprès de promoteurs de MSP,
- peut accompagner les professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet de santé selon la méthodologie définie par le CORECS

Dans ce cadre, le médecin facilitateur :

- intervient en binôme avec un membre du CATS qui assurera le lien avec le CATS,
- apprécie la réalité de la demande des professionnels afin d'adapter le discours et l'intervention,
- transmet des éléments pratiques aux porteurs de projets pour monter et faire vivre un projet de maison ou de pôle de santé en libéral : conseiller, expliciter de façon concrète les éléments méthodologiques,
- donne des exemples concrets d'organisation pluri professionnelle,
- aide à la structuration du projet de santé en délivrant un message pragmatique sur les objectifs au regard des besoins exprimés par les professionnels,
- contribue à la résolution de conflit dans les projets,
- joue un rôle de médiation entre les professionnels et les élus locaux si nécessaire.

Le médecin facilitateur rend compte à l'URPS-ML des travaux réalisés et du temps passé dans le cadre des ses missions.

21-juin-12

1

3. Rôle de l'URPS ML

L'URPS :

- Recrute les médecins facilitateurs,
- Réalise leur formation en lien avec l'ARS,
- Missionne et indemnise les médecins facilitateurs,
- Suit le dispositif,
- Contribue à l'évaluation du dispositif.

4. Rôle de l'ARS - Département Accès aux Soins de Premier Recours (DASPR)

La direction ARS :

- Participe à la formation organisée par l'URPS ML,
- Reçoit les demandes des CATS,
- Transmet au CATS le nom du médecin facilitateur,
- Contribue à l'évaluation du dispositif.

5. Recrutement

L'Union recrute au moins 10 médecins facilitateurs répartis sur la région et expérimentés sur la mise en oeuvre de projets de santé,

Les médecins facilitateurs signent une convention avec l'URPS-ML.

6. Formation

La formation « initiale » se déroulerait sur une journée à l'URPS. L'ARS sera associée à cette formation.

7. Circuit de décision

- a. Le CATS émet le souhait d'avoir un médecin facilitateur pour une intervention ou un accompagnement,
- b. La DT-ARS communique au DASPR une demande d'intervention d'un médecin facilitateur (*modèle type à établir*). L'objectif et le contexte devront être précisés,
- c. Le DASPR sollicite l'URPS-ML par courriel avec la demande de la DT-ARS,
- d. L'URPS-ML contacte les médecins facilitateurs proches du projet concerné afin d'obtenir son accord pour la mission,
 - i. Si acceptation de la mission par le médecin,
 1. L'URPS ML adresse une lettre de mission au facilitateur lui rappelant les modalités pour l'indemnisation,
 2. L'URPS ML informe le DASPR du nom du facilitateur,
 - ii. Si pas d'acceptation de la mission, l'URPS ML recherche un autre facilitateur, au besoin dans un autre département

21-juin-12

2

- e. Le CATS désigne la personne qui sera en binôme avec le facilitateur. Celle-ci contacte le facilitateur et ensemble organisent leur mission. Au besoin, ils se rencontrent avant les réunions avec les professionnels.

8. Contenu d'une mission

A détailler : typologie des missions, tableaux de bord

9. Suivi et indemnisations

Le CATS tient informé le DASPR du déroulement des missions. Un tableau de bord du nombre de réunions effectuées par les facilitateurs est réalisé par l'URPS à partir des comptes-rendus des CATS ou au besoin de tableaux de suivis spécifiques,

L'URPS-ML indemnise les facilitateurs sur notes de frais adressées par ceux-ci à l'URPS,

Régulièrement, l'URPS contacte chaque médecin facilitateur pour identifier leurs problèmes et leur attente,

Une fois par an, l'URPS-ML, en lien avec l'ARS, réunit les médecins facilitateurs pour une formation/retour d'expériences.

10. Pilotage

En fonction des besoins, un entretien technique de coordination a lieu entre l'URPS et l'ARS

11. Evaluation

Indicateurs d'évaluation du dispositif :

- Nombre d'interventions ponctuelles,
- Nombre de projets accompagnés,
- Sur les projets accompagnés : nombre de réunions, durée de la mission, résultats (projet validés, contractualisation ARS sur des actions du projet de santé..., en fonction de l'objectif fixé au début de la mission) – Utilisation du tableau de suivi mis à disposition dans les outils d'accompagnement,
- Satisfaction des professionnels de santé porteurs du projet,
- Satisfaction du CATS.

Annexe 9 – Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

FORFAIT MISSIONS COORDONNEES

module1

Rémunération du temps passé à la coordination : management et concertations professionnelles. Cumulable avec le module 2 : ETP (Education Thérapeutique du Patient).

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer les activités coordonnées en plus du paiement à l'acte. Il est versé en totalité à la structure qui détermine ensuite librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels de santé qui la composent.

Le professionnel de santé reste payé à l'acte aux tarifs conventionnels pour son activité de soins auprès de ses patients.

Le forfait est garanti jusqu'en 2012. Les conventions doivent prévoir le rythme de versement des forfaits. Il est suggéré que 80 % soit versé dès le début de l'expérimentation et 20 % 3 à 6 mois plus tard.

N.B. : Possibilité de cumul avec la dotation reçue par le FIQCS pour l'investissement et l'ingénierie.

Calcul du forfait

Le forfait (= dotation globale) se décompose en 2 parties :

- une partie A (variable), la patientèle du site.

Rémunérant le temps de management de la structure, fonction du nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant (MT) au sein de la structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure 2 fois au cours de l'année. Les patients souffrant d'une ALD sont également inclus dans la patientèle considérée.

- et une partie B (fixe), temps passé par chaque professionnel de santé au sein de la structure.

Rémunérant le temps nécessaire à la coordination. Le temps de présence au sein de la structure est comptabilisé en équivalent temps plein (ETP).

1 ETP = 11 demi-journées par semaine.

Les quatre classes de forfait

Il existe quatre classes de forfaits distinctes, selon la taille de la structure. Une réévaluation du nombre de patients par site est réalisée chaque année :

		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Partie A	x = Nbr de patients ayant un MT sur place	x < 2700	2700 < x < 6300	6300 < x < 12400	x > 12400
		6 900 €	13 800 €	22 500 €	45 000 €
Partie B	Supplément pour le 1er ETP : MG	8 900 €			
	Supplément pour les autres ETP MG	3 000 €			
	Supplément pour chaque ETP PS hors MG	1 400 €			

L'exercice de l'activité peut avoir lieu dans et hors les murs s'il a un lien avec les patients suivis au sein de la structure. Cependant, ni l'activité de recherche, ni l'activité relative à la permanence des soins n'entrent dans le calcul du temps dédié à la coordination.

Exemple de calcul pour une Maison de Santé Pluridisciplinaire dont le nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant au sein de la structure est compris entre 2 700 et 6 300 :

Professions	ETP
2 médecins généralistes	2
1 infirmière ETP et une travaillante 6 demi-journées sur 11	1,55
1 psychologue	1

Partie A = 13 800 €

Partie B = 8 900 + 3 000 + (1 400 x 2,55) = 15 470 €

La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) peut alors prétendre à un total de 29 270 € pour le module 1, lors de la 1^{ère} année.

Il est possible que la somme soit proratisée sur la première année de conventionnement, par exemple : si le conventionnement prend effet un 1^{er} avril, le site pourra percevoir $29\,270 \times 0,75 = 21\,952$ €.

Le versement de la dotation B (= 3 à 6 mois après le versement de la dotation de départ) sera par la suite conditionné à l'atteinte d'objectifs (*voir tableau en annexes*) auxquels le site souscrit par convention avec l'agence régionale de santé. Ils visent à évaluer l'apport de l'exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficacité des pratiques. Ils sont donc calculés sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure et non, professionnel par professionnel.

Cf. Part I CSP, professionnels de santé = professions médicales, pharmaciens, auxiliaires médicaux. SASPAS et psychologues peuvent être comptabilisés car participent aux activités de soins, mais pas les ambulanciers.

N.B. : « années blanches » en Lorraine concernant les rapports d'évaluations. Cependant des rapports de suivi interne ont été envoyés par certaines MSP à l'ARS à l'issue de la 1^{ère} année de fonctionnement.

Il existe 16 objectifs qui sont de trois natures :

- **qualité des soins**
- **travail coordonné pluri-professionnel**
- **efficacité** (rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention)

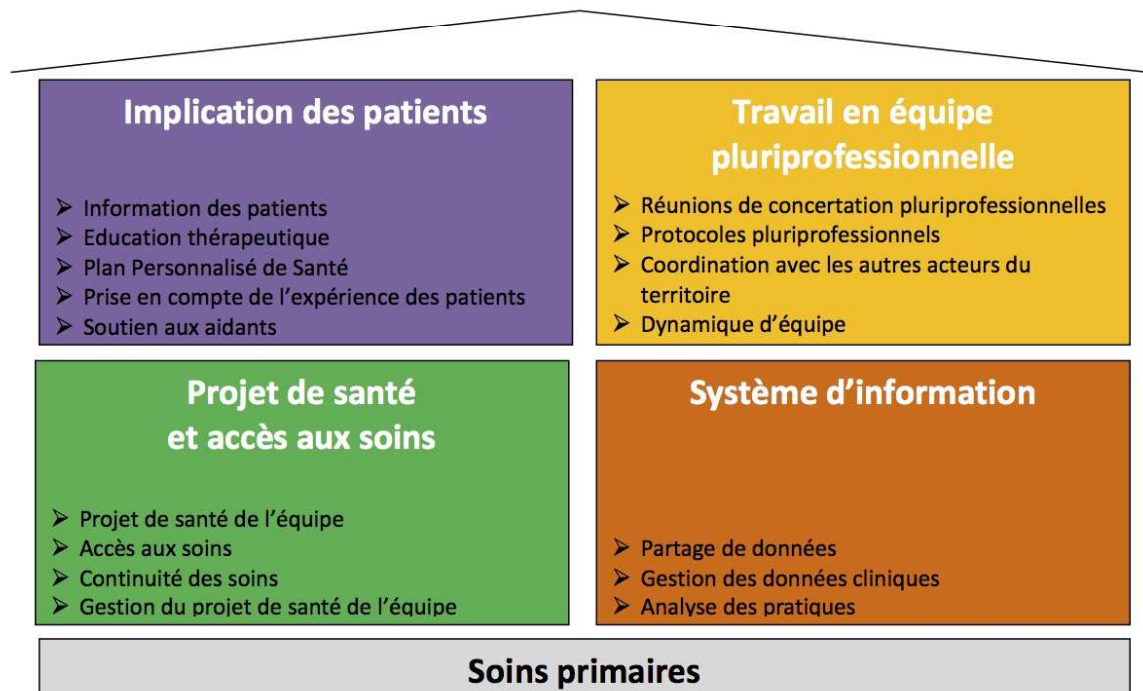
A ces objectifs, sont associés des indicateurs (*voir annexes*) qui permettent d'apprécier leur niveau de réalisation. Ces indicateurs, retenus par le ministère de la santé sont au nombre de 24. Ils ont tous été validés par la HAS, à l'exception de ceux portant sur l'efficacité.

Il est possible au site de choisir certains indicateurs en fonction de ses activités et priorités d'action :

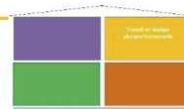
- au minimum 4 indicateurs parmi les 12 indicateurs de qualité des pratiques
- 4 indicateurs parmi les 7 indicateurs de coordination des soins

Les objectifs d'efficacité sont obligatoires car ils conditionnent l'équilibre économique du modèle.

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

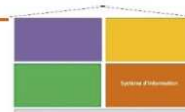


TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE



- **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.

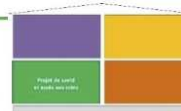
SYSTEME D'INFORMATION



- **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.



ÉDUCATION PRÉVENTION INFORMATION SANTÉ
N°2
Bulletin de l'Association EPS - Le Bignon - Le 1991

SOIRÉE DÉBAT
Le 21 avril 2011
à 20h30
Salle municipale
Le Bignon

NAÎTRE...VIVRE...MOURIR...

Comment la médecine intervient-elle dans notre vie ?
Comment résister aux pressions de la société (normes, poids des lobbies pharmaceutiques...)
Comment ne pas se laisser « déposséder » de notre santé ?

Venez partager vos expériences, vos réflexions et participer au débat avec nous sur ces questions essentielles

PRÉVENTION

La surconsommation de médicaments

Distillibène, Médiator, Vioxx... la liste des scandales liés à la consommation de médicaments, mal évalués et possiblement toxiques s'allonge et n'est pas close...

Par ailleurs, tout médicament a aussi sa « part d'ombre » ; les molécules interagissent les unes avec les autres, et les effets secondaires sont nombreux.


Le rapport Queneau effectué en 1998 à la demande du gouvernement concluait déjà que les effets indésirables des médicaments représentaient un « problème majeur de la thérapeutique moderne du fait de sa fréquence et de ses conséquences

La cause de ces problèmes :

- ▶ certainement la main mise des lobbies pharmaceutiques sur les organismes décisionnels et sur la formation et la prescription médicale.
- ▶ mais aussi l'illusion moderne de pouvoir tout résoudre par des médicaments.


La France est le premier consommateur mondial d'anxiolytiques. Nos ordonnances sont 2 fois plus importantes qu'en Italie, 4 fois plus qu'au Royaume-Uni et 6 fois plus qu'en Allemagne. Reprendre en main notre santé c'est peut-être remettre d'autres mots : histoire, relation, plaisir, déception et les communiquer pour sortir uniquement du symptôme à enlever, et relativiser l'emploi des médicaments (qui restent naturellement indispensables dans certaines situations...)

C'est ne pas faire une confiance « aveugle » dans la possibilité d'un médicament mais aussi retrouver notre confiance dans nos possibilités d'auto-guérison.



QUELQUES NOUVELLES DU PROJET PLURIDISCIPLINAIRE

- ▶ l'équipe pluri-professionnelle que nous sommes (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, secrétaire médicale, diététicienne, psychiatre, psychologue) continue à travailler ensemble et se retrouve 1 fois par mois pour améliorer et enrichir nos pratiques par nos différentes expériences, envisager de nouvelle façon de proposer des actions de prévention et tenter de développer une nouvelle offre de soins sur la commune plus collective (accueil de groupes...).
- ▶ afin de faire reconnaître ce travail qui s'inscrit dans les projets actuels de maison de santé, de nombreuses rencontres ont eu lieu avec l'ARS (Agence Régionale de Santé), la MSA et la Mutuelle Harmonie. Certains partenariats ont été mis en place tout en gardant notre indépendance.
- ▶ Enfin au plan strictement immobilier, il nous faut faire encore des démarches pour vous donner des nouvelles plus précises.



L'ASSOCIATION É.P.I.S
Éducation Prévention Information Santé
a pour objet de :

- Contribuer à l'organisation de l'accès aux soins pour tous
- Organiser la coordination et la coopération entre les professionnels de santé
- Servir d'interlocuteur aux élus et aux différentes structures pouvant contribuer à la réalisation des objectifs
- Améliorer la prise en charge globale des patients par une approche pluridisciplinaire
- Lutter contre la désertification médicale
- Encadrer des professionnels en formation
- Mettre en oeuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique pour promouvoir la santé au sein de la communauté de commune.

Son siège social est 4 rue de la mairie Le Bignon

Vous pouvez adhérer à l'association, la cotisation est fixée à 10 euros

Renseignements : Email : epis@bignonmail.com - Brigitte Blouin : 06.81.60.40.97 - Marie-Odile Corbiveau : 02.40.781.15.56

PREVENTION

L'ASPARTAME

L'aspartame est un édulcorant pour remplacer le sucre, le plus utilisé dans le monde (Canderel, Nutrasweet...) et se retrouve dans plus de 6000 produits de consommation courante (des chewing-gums aux boissons light...). Une étude récente, sur près de 60000 femmes danoises enceintes, démontre que la consommation d'au moins une boisson gazeuse contenant un édulcorant par jour augmente de 38% le risque de naissance avant terme. Cette dernière étude s'ajoute à de très nombreuses études indépendantes en particulier sur le risque de cancers chez les très jeunes.

Les risques sont actuellement dénoncés par le réseau santé environnement (RES)* mais niés par l'EFSA (autorité européenne de sécurité alimentaire).

En tout état de cause, devant l'accumulation de doutes concernant des produits qui pour le moins ne sont pas indispensables à la santé et peuvent être facilement remplacés par des substituts plus naturels (miel, fruits...), le principe de précaution devrait être appliqué.

RES: www.riseco-environnement-sante.fr

INFO

Domonique Frime (Médecin généraliste)

LE PISSENLIT

Le pissenlit est une plante très commune et populaire de nos campagnes dont les fleurs jaunes égayent les champs printaniers. Les feuilles sont toniques et stimulent le foie.

La racine est utilisée pour drainer le foie et faciliter son rôle antitoxine en particulier dans les dermatoses (acné, psoriasis). Elle est alors utilisée en gélules ou en teinture mère.



Les feuilles sont très riches en vitamine C, bêta-carotène, magnésium et vitamine A. Le nom pissenlit est attesté dès le XV^{ème} siècle. Il provient des propriétés diurétiques de la plante.

On utilise les extraits de pissenlit comme dépuratif pour améliorer la digestion, pour soulager la constipation et limiter le développement de l'artériosclérose.

Recueillette, cuisine et santé

Salade du printemps

F 2 bonnes poignées de feuilles de pissenlit fraîchement cueillies (choisissez un endroit éloigné des routes, des cultures venues à l'aide d'engrais chimiques et de pesticides)

F 1 poignée de crotons maison avec de préférence du pain grillé semi complet bio au levain

F 1 ramequin de poltrine fumée découpée en lardons

F 1 ramequin de noix fraîchement décortiquées



Pour la vinaigrette

F Huile de noix ou de colza (extraite à froid)

F Vinaigre de cidre

F Moutarde, sel non raffiné, poivre

Trier, laver délicatement les feuilles de pissenlit et essorer.

Laver les radis et les découper

Mettre dans un saladier.

Faire cuire les lardons. Une fois refroidi, les ajouter en morceaux à la salade.

Casser les noix, les ajouter

Au moment de servir, ajouter les crotons allés

et verser la vinaigrette en mélangeant doucement.

Cécile Puillet (Dietéticienne)

INFO

LES ORTHOPHONISTES ET L'AFR...

Il était une fois, il y a un peu plus de trois ans, Virginie et Virginie, deux orthophonistes qui étaient installées depuis plusieurs années sur la commune du Bignon.

Souhaitant répondre à la demande croissante de prises en charge, nous n'avions comme possibilité que de recevoir les enfants (parfois très jeunes) après le temps scolaire et tard le soir.

Un jour, monsieur Giraudet, retraité de la commune et membre de l'AFR (association familiale et rurale) vint sonner à notre porte pour nous proposer un service des plus inattendus jusqu'alors: des bénévoles de l'AFR se proposaient d'accompagner sur le temps



Virginie Rubier et Brochard (Orthophonistes)

PREVENTION

AIÉ ! J'AI MAL A MES LUNETTES!

Plutôt étrange comme titre mais vous allez comprendre.

Il arrive assez régulièrement que des patients se plaignent de douleurs du rachis cervical (au cou) et parfois, dans l'interrogatoire, on découvre un changement de

lunettes récent, ou la mise en place de lunettes. Parfois, ces douleurs mettent simplement en évidence le besoin de lunettes. Pourquoi ?

En fait, la musculature des yeux est intimement liée à celle qui se trouve à l'arrière de la tête entre l'occiput (l'os le plus à l'arrière du crâne) et les premières vertèbres cervicales (atas, axis). Si les verres ne sont pas bien ajustés face à l'œil, celui-ci doit davantage accommoder (faire travailler ses muscles) ce qui fatigue le système visuel. Il y a alors un risque de céphalée frontale : la barre sur le front qui sur-sollicite les muscles sous-oc-

cipaux d'où des tensions douloureuses du rachis cervical. Parfois, il n'y a pas de douleur des yeux ou du front mais juste des douleurs cervicales.

Pas de panique si vous soupçonnez que cela vous concerne, un simple contrôle chez l'opticien permettra de voir si les lunettes sont bien réglées.

Il reste ceux qui n'ont pas encore de lunettes et qui en auraient besoin : surveillez notamment votre vision d'un seul œil : si vous n'arrivez pas à lire de gros caractères par exemple ou si vous ne lisez plus les panneaux de signalisation routière. De nouveau, vos yeux utilisent trop vos muscles et il y a un risque de douleurs oculaires et/ou cervicales. Alors à vos tests !



Dr Brigitte Bignon avec le concours de Muriel Bacheler (optométriste diplômée de l'état travaillant auprès d'un ophtalmologiste.)

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

Jérémy Atalaya (EIASS), Estelle Cossec (EDH), Christiane Coralie (EDS), Guillaume Couvreur (EDH), Chantal Gourraud (EDS), Aurélie Irlès (EIASS), Fatoumata Konaté (ED3S), Morgane Malacria (EAAH), Claire Magnier (ED3S), Sonia Nicolas (EAAH).

Résumé :

La Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) est un nouveau modèle d'exercice libéral des professionnels de santé. Il entraîne un changement fort dans l'approche de la prise en charge des patients et dans l'organisation du travail. D'une activité solitaire, indépendante, les professionnels passent à un modèle de prise en charge pluridisciplinaire.

Le montage d'un projet de MSP se construit par étapes, présentant des difficultés culturelles, relationnelles, financières, juridiques, *etc...* La motivation, l'enthousiasme des leaders sont bien sûr indispensables face à l'ampleur et la durée du travail à fournir. Ils sont donc souvent amenés à recourir à un accompagnement dans ce parcours.

Les MSP sont perçues, par les pouvoirs publics, comme un moyen de répondre à la sous dotation médicale de certains territoires, d'améliorer la qualité des soins ambulatoires et de réduire les dépenses de santé. Les MSP apparaissent comme un outil de restructuration possible du premier recours, afin d'assurer une meilleure accessibilité des soins sur le territoire. L'Etat et l'Assurance Maladie ont ainsi dégagé des moyens financiers pour favoriser le développement de ce mode d'exercice. Les ARS, chargées de promouvoir et piloter l'implantation de ces structures, ont chacune développé des organisations et des outils facilitant l'installation de MSP. Certaines ARS, dont celle des Pays de la Loire, région d'exploration de notre travail, ont fait le choix d'une démarche proactive. Au-delà des aides techniques, un accompagnement personnalisé est requis.

L'accompagnement des projets de MSP mobilise d'autres acteurs, chacun avec ses propres motivations : collectivités territoriales, URPS et cabinets de conseil. Ces acteurs coopèrent de façon variable suivant les territoires. La pérennisation des MSP dépendra en partie de la solidité de ses fondements : équipe et projet de santé. Un accompagnement de qualité et une évaluation des structures en place pourront favoriser le déploiement des MSP.

Mots clés : MSP, Accompagnement, Premier-recours, Institutions : Elus, ARS, URPS, Pérennisation, Pluriprofessionnalité, Leader, Conduite du changement, Culture professionnelle

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs