



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**LA PLACE DES ELUS DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DE PROJETS DE MAISONS
DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP) :
DECIDEURS OU FACILITATEURS ?**

– Groupe n° 19 –

- Laurine BLAISE (EAAH)
- Aldric EVAIN (EDH)
- Karine FREDJ (EDS)
- Geoffroy HAINAUT (EDESSMS)
- Maxime JAOUEN (EAAH)
- Louis LEFEBVRE (EDESSMS)
- Evan MALCZYK (EDH)
- Christine MOKRITZKY (EDS)
- Etienne ROUAULT (EDH)

Animateurs

**M. Daniel COUTANT
M. Dominique DEPINOY
M. François TUFFREAU**

Sommaire

Introduction	1
Partie I – Les MSP : un nouveau modèle d’organisation de soins primaires qui emporte l’adhésion des professionnels de santé et des élus.....	4
A. L’évolution croisée de la démographie médicale et des besoins de santé appelle à repenser l’organisation des soins de premiers recours.	4
1. Une transition épidémiologique, premier vecteur de réorganisation de l’offre de soins. .4	
2. Une démographie médicale en pleine crise existentielle et géographique.....	5
B. La forte implication des élus dans l’organisation des soins participe à l’essor du modèle des MSP.....	7
1. Un investissement et un soutien croissants des élus pour favoriser le maintien d’une offre de soins de premier recours.....	7
2. Le modèle des MSP : un mode d’exercice collectif qui fait l’unanimité auprès des élus, des professionnels de santé et des patients	9
Partie II – L’implication croissante des élus dans l’organisation des soins : un changement de paradigme qui invite à choisir entre un rôle de facilitateur ou de décideur	13
A – Les projets de MSP se heurtent à une confrontation de multiples logiques antagonistes, ainsi qu’à un accompagnement inégal des tutelles	13
1. Des projets de MSP fragilisés par des logiques antagonistes	13
2. Une implication hétérogène des ARS dans l’accompagnement des projets de MSP.....	15
B- La place des élus partagée entre un rôle de facilitateurs des projets libéraux (MSP) et de décideurs dans le cadre d’un véritable service public local de santé	17
1. La « triangulation » équilibrée ARS-élus-professionnels de santé : facteur déterminant de la réussite d’un projet de MSP	17
2. Les centres de santé : le choix alternatif d’un service communal de santé	20
Conclusion.....	23
Bibliographie	26
Liste des annexes	I

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

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voulons adresser nos remerciements les plus sincères.

Nous tenons d'abord à exprimer notre reconnaissance envers Daniel Coutant, François Tuffreau ainsi que Dominique Depinoy, en tant qu'animateurs de ce module interprofessionnel. Leur disponibilité, leur accompagnement dans le cadrage de ce travail, la prise de contacts avec les professionnels rencontrés, et leur suivi dans la réalisation de ce mémoire nous ont été très précieux.

Nous remercions également Monsieur François Xavier Schweyer, professeur à l'EHESP et chercheur à l'ERIS (Équipe de recherche sur les inégalités sociales) pour la richesse de nos échanges qui ont permis d'orienter notre travail.

Enfin, ce travail n'aurait pas été possible sans la disponibilité, les conseils, les compétences et les analyses de l'ensemble des acteurs rencontrés. Nous les en remercions chaleureusement.

Liste des sigles utilisés

ACI = Accord conventionnel interprofessionnel

APMSL = Association des pôles et maisons de santé en Pays de la Loire

ARS = Agence régionale de santé

CATS = Comité d'accompagnement territorial des soins de premier recours

CCAS = Centre communal d'action social

CDS= Centre de santé

CLS = Contrat local de santé

CORECS = Comité régional de concertation des soins de premier recours

CPAM = Caisse primaire d'assurance maladie

CRET = Contrat régional d'équilibre territorial

CSP = Code de la santé publique

DETR = Dotation des équipements des territoires ruraux

DGOS= Direction générale de l'offre de soins

EHPAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI = Etablissement public de coopération intercommunale

FFMPS = Fédération française des maisons et pôles de santé

FINESS = Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FNADT = Fonds national d'aménagement et de développement du territoire

FNCS = Fédération nationale des centres de santé

FSIPL = Fonds de soutien à l'investissement public local

HAD = Hospitalisation à domicile

HPST (loi) = Hôpital, patients, santé et territoires

IDE = Infirmier diplômé d'Etat

IRDES = Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MSP = Maison de santé pluridisciplinaire

NOTRe (loi) = Nouvelle organisation territoriale de la République

OCDE = Organisation de coopération et de développement économiques

OMS = Organisation mondiale de la santé

PACA = Provence-Alpes-Côte d'Azur

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Groupe n°19 – 2017

PAPS = Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PRS = Projet régional de santé

QPV = Quartier prioritaire de la politique de la ville

SAMU = Service d'aide médicale urgente

SISA = Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SSIAD = Service de soins infirmiers à domicile

Méthodologie

Le groupe du MIP « *La place des élus dans l'accompagnement de projets de Maison de Santé Pluri professionnelles (MSP) : décideurs ou facilitateurs ?* » est constitué de neuf élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (2 élèves attachés d'administration hospitalière, 2 élèves directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux, 3 élèves directeurs d'hôpital et 2 élèves directeurs des soins). Le fonctionnement du groupe, basé sur la collégialité et la complémentarité, a permis la production d'un travail pertinent et enrichissant.

Le groupe a choisi de se réunir avant le démarrage du MIP afin de faire connaissance et de s'appropriier les documents mis en ligne par les animateurs. La première semaine a permis de se familiariser avec le sujet, grâce à l'intervention des animateurs et de M. Schweyer (Professeur à l'EHESP et chercheur à l'ERIS). Les élèves ont alors pu se répartir les entretiens à mener, à partir d'une liste non exhaustive proposée par les animateurs.

L'enquête devait nous permettre de rechercher l'implication des élus dans la mise en place des MSP. Le temps imparti ne nous a pas donné l'opportunité d'offrir une étude à la validité incontestable. Notre recherche a tenté d'identifier si les élus avaient un rôle plus décideurs ou facilitateurs dans la mise en place des MSP. Afin d'avoir un point de vue représentatif des éventuelles différences territoriales, le groupe a fait le choix d'élargir l'échantillon proposé par les animateurs. Ainsi les entretiens ont été réalisés sur le territoire d'Île-de-France, une grande métropole et des communes rurales.

Conscients que la réussite de la mise en place des MSP repose sur la triangulation Elus – ARS – Professionnels de santé, nous nous sommes efforcés de rencontrer des représentants de ces trois catégories. Sachant que deux des élus interrogés étaient également présidents d'associations : la *Fédération nationale des centres de santé* (F.N.C.S.) et *Elus, Santé publique & Territoires* (E.S.P.T.). Dans le temps imparti, nous avons réalisé 14 entretiens : 7 élus (1 en Ile-de-France, 6 dans les communes rurales), 5 professionnels de santé (2 en Ile-de-France et 3 de la grande métropole) et 2 représentants de l'ARS (1 en Île-de-France et 1 d'une grande métropole).

Nous avons fait le choix d'outils d'enquête qualitatifs ; ceci dans une logique de compréhension construite à partir de la perception des personnes interrogées. L'entretien semi-directif nous a alors semblé être l'outil le plus adapté. Nous avons alors élaboré 3 grilles d'entretiens¹.

Chaque intervieweur a réalisé et diffusé l'analyse de ses entretiens. Ces informations ont ensuite été retraitées collectivement. Elles nous ont permis de structurer la suite de notre travail et d'en formaliser ensemble le plan qui a été débattu et validé lors d'une nouvelle rencontre avec les animateurs.

Les élèves se sont ensuite partagé la rédaction des différentes parties avant une relecture et une harmonisation collective.

Ce travail de groupe en interfiliarité a été enrichissant pour l'ensemble des élèves. Le respect des points de vue de chacun nous a permis d'entrer dans une démarche de collaboration efficace et plaisante.

¹ Cf. Annexes 2A, 2B et 2C.

Introduction

En 2010, le Président Sarkozy appelait au doublement du nombre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) pour porter leur nombre à 250. Puis, au travers du Pacte Territoires Santé, Madame Marisol Touraine – alors Ministre des affaires sociales et de la santé - ambitionnait 1000 MSP en fonctionnement dès 2017 et la création ou rénovation de maisons ou centres de santé dans les quartiers prioritaires de la ville, grâce à un partenariat avec la Caisse des dépôts et de consignations. En 2017 enfin, le candidat Emmanuel Macron entendait accélérer la lutte contre les inégalités d'accès aux soins au travers des MSP « *dont le nombre devra être doublé d'ici à 2022* ». Au niveau national comme au niveau local, l'ensemble de la classe politique semble s'accorder sur l'opportunité que représente le modèle des Maisons de santé pluriprofessionnelles pour lutter contre les déserts médicaux.

Si les centres de santé ont pu – depuis l'après-guerre – préfigurer une certaine forme d'exercice regroupé et coordonné des professionnels de santé, le modèle des Maisons de santé pluriprofessionnelles est plus récent. Elles ont été introduites dans le Code de la santé publique en 2007². Les MSP sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale, constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens et organisées autour d'un projet de santé attestant d'une organisation coordonnée.

De prime abord, le statut libéral des professionnels de santé qui y exercent semble peu compatible avec un investissement des élus dans l'émergence, le portage et le développement d'un tel projet ; ce d'autant que l'organisation des soins ne fait pas partie des compétences dévolues aux élus locaux.

En effet, l'organisation des soins demeure – plus que jamais depuis la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires"³ – une compétence réservée de l'Etat, aux frontières du régalién et de l'Etat Providence. Pourtant, cette affirmation doit être nuancée par l'analyse de la loi du 15 février 1902⁴, marquant l'apogée de l'hygiénisme en France. Ce texte fondateur confère aux Maires la responsabilité de prendre les mesures nécessaires à la protection de l'hygiène, la prévention des épidémies et le maintien de la salubrité.

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

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique

Dès lors, le Maire participe d'une certaine manière à garantir la bonne santé des populations. C'est dans ce cadre que certaines communes ont développé des dispensaires - ancêtres des actuels centres de santé - tout au long du XXe siècle. Plus encore, en se voyant confier presque systématiquement la présidence du conseil de surveillance de l'Hôpital⁵, le Maire dispose de compétences larges et d'une influence certaine pour participer à l'organisation des soins sur le territoire de sa commune.

En 1986, la Charte d'Ottawa⁶ marque une nouvelle étape en inscrivant la nécessité d'agir pour la santé au travers de toutes les politiques. Cette démarche trouve un écho au travers du réseau Villes-Santé de l'OMS ou encore - à un niveau plus local – l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* qui regroupe des communes ayant fait le choix de s'investir dans la protection de la santé des populations, non seulement au travers de compétences communales (urbanisme, social, enseignement, culture, hygiène, ...), mais également en allant plus loin, parfois jusqu'à jouer un rôle moteur dans le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins de la population.

Aujourd'hui face aux difficultés de l'Etat à organiser une offre de premier recours homogène, les élus locaux sont bien souvent interpellés et appelés à s'investir dans ce domaine. Dans cette dynamique et au-delà de l'absence de compétences formelles définies sur ce champ – et donc des financements correspondants – les élus se heurtent bien souvent à une énigme insoluble pour attirer, dans des territoires ruraux comme urbains défavorisés, des professionnels libéraux et libres du choix de leur lieu d'installation.

Sans aller jusqu'à affirmer qu'un village sans médecin est un village qui meurt, la formation progressive de déserts médicaux participe au déclin démographique et économique de certains territoires. Ce constat ou la crainte qu'il se réalise amène de nombreux élus à porter leurs efforts sur le maintien, le renouvellement et le développement d'une offre de soins de premier recours.

⁵ Avant la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil d'administration, dont la présidence était réservée au Maire de la commune d'implantation de l'établissement. Depuis cette loi, le Conseil de surveillance remplace le Conseil d'administration et son Président est élu en son sein parmi les représentants des Collectivités territoriales et les personnalités qualifiées. Pour autant, dans les faits, la présidence reste assurée par un élu dans la grande majorité des cas.

⁶ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (URL consultée le 15/05/17)

De là découle une triangulation singulière entre l'Etat – principal régulateur mais dépourvu de compétence de régulation du lieu d'installation des médecins ; les collectivités territoriales – élus locaux dépourvus de compétences en la matière mais conscients de l'impact de l'offre de soins sur le bon développement du territoire ; et les professionnels de santé – dont les attentes en matière de cadre et de nature d'exercice de la profession ont profondément évolué au cours des dernières décennies.

Si les élus ne sont pas formés aux enjeux ou au cadre réglementaire de l'organisation des soins, ils peuvent en revanche se révéler des alliés précieux pour participer à la réorganisation de l'offre de soins de premier recours. A l'inverse, les jeux politiques viennent parfois heurter les dynamiques de réorganisation de l'offre insufflées par les Agences régionales de santé (ARS) et les Caisses d'assurance maladie.

Dans ce travail, les auteurs ont cherché à comprendre et analyser les apports et les limites de l'implication des élus dans l'organisation des soins de premier recours, notamment au travers des projets de construction de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

Partie I – Les MSP : un nouveau modèle d’organisation de soins primaires qui emporte l’adhésion des professionnels de santé et des élus

A. L’évolution croisée de la démographie médicale et des besoins de santé appelle à repenser l’organisation des soins de premiers recours.

1. Une transition épidémiologique, premier vecteur de réorganisation de l’offre de soins.

Aujourd’hui, les maladies infectieuses laissent place aux maladies chroniques, qui constituent la majeure partie de l’activité des médecins en premier recours. Ces maladies chroniques, comme le diabète ou la maladie d’Alzheimer, impliquent une prise en charge et un suivi continu répartis sur de longues périodes.

Dès lors, le modèle curatif développé en France apparaît comme étant moins pertinent et l’on prend peu à peu conscience de l’intérêt de l’accompagnement et de la prévention. Par ailleurs, la logique de prise en charge se voit inversée. Les maladies infectieuses impliquent une période courte de soins vers la guérison du patient. Pour les pathologies chroniques, les patients apprennent à vivre de façon plus durable avec leur maladie.

Les besoins ont donc considérablement évolué, notamment en médecine de ville, et ne se situent plus tant sur le soin à proprement parler que sur l’accompagnement des patients, l’éducation à la santé et la prévention, jusqu’alors délaissés. Ces nouvelles attentes de prise en charge appellent à de nouveaux modes d’organisation, plus transversaux, regroupant des professionnels de santé coordonnés, dans une logique de parcours et de prise en charge globale.

Cependant, les actuelles pénuries de médecins auxquelles sont confrontés certains territoires en France ne permettent pas de mettre en place efficacement ces méthodes de travail.

2. Une démographie médicale en pleine crise existentielle et géographique

La France ne souffre pas tant d'un problème de démographie médicale que de répartition des médecins sur l'ensemble du territoire. En effet, la France compte 131 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016⁷. Ainsi, le pays se situe dans la moyenne des autres pays de l'OCDE. La France présente une densité de médecins généralistes plus élevée que ces derniers, soit près de 50% de praticiens généralistes en 2015 contre 30% en moyenne dans l'OCDE⁸.

À l'accès réglementé de la profession de médecin (*numerus clausus*), il faut ajouter un second élément perturbant la régulation ; la liberté d'installation des médecins. Ces derniers disposent du choix de leur lieu d'implantation, ce qui distingue leur exercice de celui des secteurs hospitalier et médico-social encadrés par des règles de planification. De là résultent de graves déséquilibres de densité médicale selon les régions.

D'une manière générale, le sud, les régions côtières, l'Alsace et l'Ile-de-France accueillent un nombre important, voire excédentaire – quoi qu'inégalement réparti – de médecins au détriment des régions plus isolées, moins urbanisées et moins attractives. A titre d'exemple, si la Région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) a plus de 352 médecins pour 100 000 habitants, les anciennes régions Picardie et Centre n'en ont elles que respectivement 231 et 235⁹. L'enjeu pour les régions souffrant de ce phénomène est d'améliorer l'image de la médecine de proximité, notamment auprès des jeunes praticiens afin de les attirer. Or, la profession est aujourd'hui revisitée par l'évolution du mode d'exercice de la médecine. Les médecins éprouvent de nouvelles aspirations.

D'une part, outre le respect des protocoles et autres recommandations de bonnes pratiques, la sécurité passe notamment par le travail en équipe qui favorise l'échange et évite les erreurs médicales. L'exercice de la médecine en équipe pluriprofessionnelle s'avère être plus épanouissant socialement, favorise les échanges et allège considérablement la pression qui pèse sur les médecins. La sécurité et l'émulation intellectuelle offertes par le travail en équipe sont donc devenues des critères déterminants dans le choix d'un poste pour un médecin.

⁷ <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/> (URL consultée le 16/05/2017)

⁸ Portrait des professionnels de santé, Panorama de DRESS santé, avril 2016, p.20.

⁹ Atlas de la démographie médicale 2015, Conseil national de l'ordre des médecins.

D'autre part, dans le même sens d'une normalisation de la profession, les médecins recherchent aujourd'hui des horaires plus raisonnables, au bénéfice de leur vie privée mais aussi de la sécurité des soins, parfois compromise par un rythme de travail trop important. En 2011, la durée moyenne de travail des médecins généralistes est de 57 heures par semaine¹⁰.

Par conséquent, parmi les médecins remplaçants et médecins généralistes jeunes diplômés, 74% envisagent une installation libérale¹¹. Lorsque cette installation n'est pas envisagée, 36% des médecins invoquent des contraintes de temps qui ne laissent pas suffisamment de place à l'épanouissement personnel et 14% avancent la charge de gestion administrative d'un cabinet¹². Dès lors, il apparaît qu'une majorité des jeunes médecins généralistes recherche un équilibre entre qualité de vie personnelle et vie professionnelle¹³.

Focus - Des attentes des professionnels de santé en mutation

Dans sa thèse de médecine générale, le Docteur Andrea Poppelier abordait en 2004 l'approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. L'auteure y expose notamment les nouvelles aspirations de ses contemporains, en termes de lieu d'exercice – moins isolé, de temps de travail – qui ne doit plus être illimité, de permanence des soins – justement répartie, de mode d'exercice – davantage porté sur l'échange interprofessionnel.

Ces aspects ressortent dans la genèse de plusieurs projets de MSP. Certes les bâtiments neufs constituent à eux seuls un facteur d'attractivité pour les médecins, mais c'est surtout l'exercice pluriprofessionnel, le recentrage sur le temps médical et le temps de travail "équilibré" qui attirent les jeunes – et moins jeunes - médecins dans les projets de MSP.

À retenir

Parallèlement à la transition démographique, les aspirations des professionnels de santé ont elles aussi évolué. Les nouvelles générations ne souhaitent plus exercer comme leurs aînées. Le juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée est plus recherché que jamais.

¹⁰ Portrait des professionnels de santé, Panorama de DRESS santé, avril 2016, p.127.

¹¹ Szwarc, G. *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives*. Thèse. Caen, 2007

¹² *Op.cit.*

¹³ Szwarc, G. *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives*. Thèse. Caen, 2007 ; Lafaye-Huge, S. *Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoire et opinions sur la profession*. Thèse. Angers, 2005 ; Valy, G. *S'installer en médecine générale : des doutes au passage à l'acte*, Thèse. Clermont-Ferrand, 2008 ; Levasseur G, Schweyer FX, Campea A. *Profils et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*. Dossiers de l'URCAM en Bretagne. 2004.

Face à cette double transition épidémiologique et démographique, une réorganisation de l'offre de soins s'opère pour faire face à ces nouveaux enjeux. Parallèlement, le maintien de la liberté d'installation et le déficit de vocation de médecins "ruraux" participent à la formation progressive de déserts médicaux. Les élus, soucieux de la survie de leur territoire, sont de plus en plus nombreux à se mobiliser pour favoriser le maintien d'une offre de soins de proximité.

B. La forte implication des élus dans l'organisation des soins participe à l'essor du modèle des MSP

1. Un investissement et un soutien croissants des élus pour favoriser le maintien d'une offre de soins de premier recours

La désertification médicale observée dans certains départements et communes de France participe à une baisse d'activité de ces territoires. Soucieux de dynamiser la vie de leur commune et de répondre aux attentes des populations, les élus locaux tentent de mettre en place des dispositifs de revitalisation et d'attractivité pour les professionnels de santé libéraux.

Ainsi, bien que la santé ne fasse pas partie des compétences des collectivités, le maintien ou la création d'une offre médicale dans le « centre-bourg » d'une commune traduit la volonté politique des élus communaux de redynamiser la vie de leur village.

Focus - Une mobilisation des élus pour répondre aux attentes de la population : l'exemple de la commune de C. (16)

Le Maire de la commune de C. (16) témoigne vouloir « *donner une vie au centre-bourg* » par le levier de l'ouverture d'une structure médicale. Les centres-villes sont en effet désertés par les commerçants remplacés par des grandes surfaces excentrées. Faire revenir médecins et professionnels de santé au cœur de la ville peut participer à redynamiser cette zone.

Le Maire de C. (16) insiste également sur la nécessité d'une « *permanence des soins* ». Le projet final se caractérise ainsi par un dispositif de médecin de garde de 20h à minuit pour les urgences, avant que le SAMU ne prenne le relais des soins d'urgence. Une infirmière porte également des actions de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique sur le territoire de la commune. Cette structure médicale collective a vocation à devenir pérenne puisque les quatre médecins généralistes se sont engagés à être maître de stage d'étudiants en médecine souhaitant effectuer leur internat au sein de la structure.

Au-delà de projets qui visent à pallier la désertification médicale du territoire, les élus cherchent de plus en plus à intégrer cette offre de soins primaires dans une politique cohérente d'aménagement du territoire. Par exemple, sur une commune des Landes qui accueille une « Résidence services séniors », l'ouverture d'une maison médicale participe à sécuriser le parcours de santé des personnes âgées. Ailleurs, une Mairie insiste sur la pertinence de regrouper orthophonistes, pédopsychiatres et médecins pour répondre aux besoins d'une classe d'élèves en difficulté, implantée dans la commune.

La mobilisation des élus en dehors de leur champ de compétence réglementaire répond donc en premier lieu à une demande de la population. Pour autant – au-delà des logiques électorales - beaucoup d'élus s'impliquent pour parvenir à une réelle mise en cohérence des politiques publiques – urbaines, sanitaires, sociales, environnementales - à l'échelle du territoire.

Cette mobilisation des élus n'est pas non plus déconnectée des dynamiques territoriales régionales. Le zonage régional identifiant les zones déficitaires et fragiles en termes d'offre de soins constitue par exemple un outil précieux pour les élus qui souhaitent évaluer les besoins de leur territoire à moyen et long termes. Le diagnostic territorial de l'ARS contribue ainsi à alerter ou mobiliser les élus, parfois jusqu'à susciter la création d'une offre de soins.

Focus – Une mobilisation de élus pour répondre à un diagnostic territorial de l'ARS : l'exemple des communes de T. (83) et A. (83)

Dans les communes de T. (83) et d'A. (83), le diagnostic territorial et le zonage de la démographie médicale établis par l'ARS ont anticipé une future désertification des professionnels de santé sur les dix années à venir (2011 – 2021). Ces données objectives ont légitimé les projets de chaque commune et ont permis de concrétiser des regroupements de professionnels de santé. Le choix s'est porté sur une MSP qui présente le double avantage d'une bonne visibilité auprès de la population et d'un régime juridique avantageux.

Pour la commune d'A. (83), le projet a été transféré au conseil communautaire afin de mutualiser une partie du financement. Cette « globalisation » du portage a suscité la contestation d'une autre commune qui souhaitait accueillir la structure sur son territoire. Cette revendication n'a pas été suivie par les conseillers communautaires grâce au diagnostic territorial de l'ARS qui objectivait la pertinence du projet de A. (83) pour accueillir le projet, étant géographiquement le point nodal entre le haut-Var et le sud du département.

À retenir

Confrontés à la désertification médicale - et parfois sociale – de leurs territoires, les élus sont de plus en plus nombreux à s'impliquer dans l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

2. Le modèle des MSP : un mode d'exercice collectif qui fait l'unanimité auprès des élus, des professionnels de santé et des patients

Cette mobilisation croissante des élus dans l'organisation des soins trouve notamment à s'illustrer dans le cadre de la multiplication des projets de MSP. Ces structures créent une organisation des soins d'un genre nouveau, à la fois libérale, regroupée et coordonnée.

Les MSP regroupent sur un même lieu d'exercice des professionnels de santé coordonnés autour d'un projet de santé partagé. Elles sont constituées au moins de deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. La loi précise qu'elles assurent « *des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales*¹⁴ ».

La dimension pluriprofessionnelle de ces structures et leur organisation coordonnée est en phase avec les nouvelles aspirations des professionnels de santé qui ne se retrouvent plus dans une organisation libérale individuelle et isolée. De surcroît, ce mode de fonctionnement qui facilite l'échange entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux répond aux nouveaux besoins de prise en charge des patients. La notion de « parcours de santé », déterminante dans la prise en charge des malades chroniques, est en effet grandement facilitée dans un cadre collectif. Enfin, en proposant une offre de soins globale et coordonnée et en permettant d'attirer des jeunes professionnels de santé, les MSP séduisent les élus qui voient dans ces structures un outil particulièrement adapté pour développer l'offre de soins et de redynamiser un territoire.

Ainsi, en réinventant l'exercice libéral, les MSP répondent aussi bien aux ambitions des élus, aux nouvelles aspirations des professionnels de santé et aux nouveaux besoins des patients. Témoin de ce succès fulgurant, depuis 2009, le nombre de MSP est passé de pratiquement zéro à plus de 1000 suivant le dernier inventaire publié courant 2015 par la Direction Générale de l'Offre de Soins¹⁵.

¹⁴ Article L6323-3 du Code de Santé publique

¹⁵ Observatoire des MSP, DGOS, 4èmes journées de la FFMPs.

http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPs_20_03_15.pdf

Si les MSP parviennent ainsi à proposer une organisation innovante en phase avec la nécessité contemporaine de réorganisation des soins, ce modèle est aussi l'héritier d'autres formes d'organisation collectives, notamment les centres de santé - anciens "dispensaires" ouverts dans la période d'après-guerre – ou plus récemment les pôles de santé - lesquels proposent une organisation coordonnée mais multisites.

Le tableau suivant propose une synthèse comparative de l'organisation des MSP et centres de santé.

	MSP	Centre de santé
Cadre juridique	Article L6323-3, CSP ¹⁶	Article L6323-1, CSP
Portage juridique	<ul style="list-style-type: none"> – Association pour le projet de santé – SISA pour la perception des nouveaux modes de rémunération – Société d'exercice libéral 	3 types de gestionnaires : <ul style="list-style-type: none"> – Collectivité territoriale – Organisme à but non lucratif – Organisme mutualiste – Etablissement de santé
Contraintes réglementaires	Secteur 1 majoritaire	Soins de premier recours Secteur 1 obligatoire Tiers payant
Equipes	Au minimum : <ul style="list-style-type: none"> – 2 médecins – 1 paramédical En moyenne 5 médecins et 9,1 paramédicaux selon une étude de la FFMPs ¹⁷ .	4 catégories de centres : <ul style="list-style-type: none"> – Centres médicaux – Centres dentaires – Centres infirmiers – Centres polyvalents
Mode d'exercice	Libéral	Salarié
Nature des soins	Soins de premier recours Autres actions de santé publique suivant le projet de santé.	Soins, prévention, actions de santé publique, actions sociales...
Conditions d'ouverture	Organisation libérale Elaboration d'un projet de santé en phase avec le cahier des charges régional	Dépôt préalable de : <ul style="list-style-type: none"> – Projet de santé – Règlement intérieur
Nombre de sites	Mono site, à l'exception des Pôles de santé - également appelés "MSP hors les murs" - qui organisent une coordination similaire à celle des MSP mais sur plusieurs sites distants.	Un n° FINESS par site mais un gestionnaire peut gérer plusieurs structures coordonnées entre elles.

¹⁶ La Loi de financement de la Sécurité Sociale du 19/12/2007 insère dans le code de la santé publique, l'article L. 6323-3. Elle a été modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011, dite Loi Fourcade.

¹⁷ Rapport ARS Île-de-France, « Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », Octobre 2012

A retenir

Le modèle des MSP se distingue ainsi d'un simple cabinet de groupe libéral par la dimension coordonnée, qui s'illustre notamment au travers du projet médical partagé par les professionnels de santé, d'un dossier patient partagé, de protocoles de prise en charge ou encore de l'organisation régulière de staffs pluriprofessionnels.

Les similarités que présentent ces différents cadres juridiques qui répondent aux mêmes besoins amènent les tutelles à harmoniser l'accompagnement et le financement de ces structures. C'est le cas par exemple de l'ARS Ile-de-France qui parle désormais de "Structures d'exercice collectif" et propose des aides équivalentes que le projet soit libéral (MSP ou Pôle de santé) ou salarié (Centre de santé).

Pour accompagner le développement de ce nouveau modèle organisationnel – et au-delà du soutien politique ou technique que peuvent y apporter les élus – plusieurs financements existent :

- Financements des ARS : la plupart des ARS propose aujourd'hui un cahier des charges régional. Les MSP qui répondent à ces conditions peuvent bénéficier de financements pour la réalisation d'une étude de faisabilité (diagnostic territorial et consolidation du projet de santé), une aide au démarrage (achat de matériel, financement d'un poste de coordination, ...) ou encore le financement d'un système d'information.
- Financements de l'Assurance maladie : après une période d'expérimentation, l'Assurance maladie a généralisé les nouveaux modes de rémunérations. Ces financements forfaitaires sont versés aux professionnels via une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA) pour valoriser le temps non médical consacré à la coordination des soins et aux actions de santé publique. En moyenne, le montant du financement était de 50.000€ par structure. Il a récemment augmenté de près de 50% dans le cadre de la renégociation du règlement arbitral qui s'est soldé par la signature le 20 avril 2017 d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).
- Financements des collectivités territoriales : les conseils régionaux financent souvent une partie du coût immobilier des projets de MSP dans le cadre d'appels à projets régionaux. Il arrive également que les conseils départementaux accordent des subventions.

FOCUS - Etude IRDES / Les MSP constituent un modèle économiquement viable

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008¹⁸ a mis en place une expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Ce dispositif reposait sur le financement forfaitaire du temps "non médical" des professionnels de santé regroupés dans les MSP. En 2012, au terme de cette expérimentation, l'IRDES a publié une étude¹⁹ qui analyse l'efficacité économique de ce nouveau modèle organisationnel.

Le rapport souligne que « *les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratique que les témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés* ». Concrètement, le suivi des patients diabétiques - ou chroniques en général - y est meilleur, de même que les pratiques de vaccination, de dépistage, et de prévention et la prescription y est plus efficace. Ces résultats objectivent donc la pertinence - médicale et économique - des pratiques regroupées et coordonnées comparativement à l'exercice isolé.

Ainsi, le modèle des MSP – ou plus largement celui des structures d'exercice collectif – améliore l'organisation des soins tout en attirant les professionnels de santé et en emportant l'adhésion des élus qui voient en elles un moyen de pallier la formation de déserts médicaux et de redynamiser le territoire.

La nature consensuelle des MSP leur vaut régulièrement d'être mises en avant au niveau local comme national par des objectifs politiques ambitieux de créations. Cette implication croissante et nouvelle des élus dans l'organisation des soins constitue un changement de paradigme et implique de choisir entre un rôle de facilitateur ou celui de décideur.

¹⁸ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹⁹ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

Partie II – L'implication croissante des élus dans l'organisation des soins : un changement de paradigme qui invite à choisir entre un rôle de facilitateur ou de décideur

A – Les projets de MSP se heurtent à une confrontation de multiples logiques antagonistes, ainsi qu'à un accompagnement inégal des tutelles

1. Des projets de MSP fragilisés par des logiques antagonistes

Les projets de MSP impliquent des élus – porteurs de logiques politiques, des professionnels de santé – dans une logique libérale, et des tutelles – dans une logique de juste répartition de l'offre de soins. Il arrive donc que des déséquilibres se créent entre ces logiques antagonistes. Cela explique que certains projets présentent un bilan contrasté une fois réalisés et que la répartition territoriale des MSP ne coïncide pas toujours aux nécessités d'offre de soins.

Les expériences depuis 2000 montrent que pour qu'un projet aboutisse, il est préférable que les professionnels de santé en soient à l'initiative, ce qui favorise leur implication. A l'inverse, si le projet de MSP correspond davantage à un projet politique, se traduisant souvent par la réalisation d'un investissement immobilier non concerté par les principaux acteurs, le risque est de conduire à créer des « coquilles vides »²⁰.

S'agissant de la répartition territoriale, la France connaît au 1^{er} janvier 2017 une diminution des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de 39% par rapport au 1^{er} janvier 2016 du fait d'un vaste mouvement de fusion²¹ en lien avec la loi NOTRe du 7 août 2015²². Ce phénomène se traduit par un équilibre instable qui complexifie la réflexion d'une implantation pertinente de MSP au regard des besoins en santé de la population. Cela interroge l'échelle de mise en œuvre des dispositifs. Selon le Docteur El Ghozi, élu à la mairie de Nanterre et Président de l'association *Élus, Santé publique & Territoires*, « *il faut raisonner en termes de superficie et de population plus que par commune ou intercommunalité. La pertinence du projet et de son échelle est très dépendante de la taille du territoire, de sa densité de population et de l'offre préexistante. Il faut donc*

²⁰ Pierre-Yves Louboutin, Chargé de mission « Structures d'exercice collectif » à l'ARS Île-de-France

²¹ <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2017-Actualites/Situation-de-l-intercommunalite-au-1er-janvier-2017>

²² Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

que la taille du territoire comme celle de la population se prête à l'installation d'une MSP, d'où l'utilité, ou la nécessité d'un diagnostic territorial préalable ».

Dans l'élaboration de certains projets, on peut percevoir un écart entre la vision des élus et des professionnels, probablement du fait d'intérêts divergents. Ces éléments peuvent être préjudiciables à la réussite du projet notamment si les acteurs ne se mettent pas en synergie. Ces propos peuvent s'illustrer par deux projets de MSP au sein de deux quartiers prioritaires politique de la ville (QPV) d'une même métropole.

	Quartier 1	Quartier 2
Contexte local	<p>On constate, au début du projet, une dynamique de la part de quelques professionnels de santé, bien qu'informelle. Le projet de regroupement entre ces professionnels ne pouvant être construit sans financements extérieurs, ces derniers décident de solliciter la mairie afin d'obtenir un soutien financier, notamment pour la partie immobilière.</p> <p>De son côté, la municipalité porte un projet de MSP se situant au cœur d'un plan de réaménagement urbain d'un quartier prioritaire afin de redynamiser ce dernier.</p>	<p>A l'origine, un médecin s'adresse à un élu afin de réfléchir à une centralisation de l'offre de soins dans le quartier. Ce dernier soumet l'idée d'un projet de MSP auquel adhèrent les professionnels de santé.</p>
Intérêts des élus	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation et valorisation d'un quartier prioritaire - Souci de concurrence et de dynamique urbaine avec une ville voisine - La MSP ne semble pas être une priorité au sein du projet de réaménagement urbain mais plus une réponse à une promesse électorale - Demande des professionnels utilisée comme argument en faveur du projet de MSP prédéfini sans concertation avec les principaux acteurs 	<p>L'élu y voit un intérêt pour les habitants du quartier ainsi que pour les professionnels de santé</p>
Intérêts des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation financière et effet d'aubaine (locaux neufs) - La MSP est instrumentalisée pour répondre à une logique concurrentielle entre professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt d'un exercice collectif pour les patients (parcours santé, continuité des soins, permanence des soins...) et pour les professionnels (travail d'équipe, sécurité...) - Autonomie dans l'élaboration du projet de MSP

Ces deux exemples montrent l'importance d'avoir des objectifs communs dès l'origine du projet de MSP et de respecter les champs de compétence des différents acteurs. Selon les régions, l'ARS peut jouer un rôle d'intermédiaire ou d'accompagnateur.

À retenir

L'implication commune de professionnels de santé libéraux et d'élus souhaitant s'impliquer dans un projet fait parfois émerger des divergences d'intérêts ou d'objectifs. L'aboutissement des projets se trouve ici mis en péril par la confrontation de logiques antagonistes.

2. Une implication hétérogène des ARS dans l'accompagnement des projets de MSP

Malgré la création d'une boîte à outils commune à l'ensemble des ARS afin de réaliser leur mission d'accompagnement aux projets de MSP, des dynamiques territoriales hétérogènes sont observées dans l'accompagnement proposé.

Dans le cadre des pactes territoriaux de santé et afin de lutter contre les déserts médicaux et réduire les inégalités d'accès aux soins, les ARS élaborent des outils afin de faciliter l'installation des jeunes médecins et de transformer les conditions d'exercice des professionnels²³.

Le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), piloté par les ARS²⁴, recense les initiatives régionales et nationales afin de présenter les formations initiales, d'aider dans le choix du mode d'exercice, d'accompagner les projets d'exercice coordonné et de suivre le développement professionnel et des projets²⁵. Ce PAPS présente de nombreuses informations pratiques sur des professions ciblées et soutient le recours à un interlocuteur direct et des contacts de proximité... En particulier, il présente des informations sur les démarches pour la création d'une MSP ainsi que les aspects juridiques et financiers²⁶.

Le Contrat Local de Santé (CLS), outil proposé par la loi HPST, articule les dispositifs avec leurs leviers financiers propres. Ce contrat est signé entre la commune ou l'EPCI concerné, l'ARS et la Préfecture de région. Selon les cas, l'Assurance Maladie, l'Education nationale ou des associations peuvent également être signataires. Le CLS définit les fonctions de chacun dans le domaine de la santé sur le territoire concerné.

²³ AEF Dépêche n°512972 Pascaline Marion *Pacte territoire santé : l'ARS Alsace dénombre aujourd'hui 7 MSP*

²⁴ En étroite collaboration avec l'Union régionale des professionnels de santé médecins, l'Assurance Maladie, les Ordres départementaux, les Conseils régionaux, départements

²⁵ <https://www.bretagne.ars.sante.fr>

²⁶ <http://www.bretagne.paps.sante.fr>

Il a notamment pour objectifs de renforcer la cohérence intersectorielle des actions de santé. Cela passe notamment par la mutualisation des moyens et la valorisation des actions existantes. Le CLS prend en compte les besoins de proximité et la situation des zones prioritaires afin d'agir sur la promotion de la santé, la santé mentale et l'accès aux soins.²⁷

Si les ARS élaborent des instruments visant un accompagnement des acteurs souhaitant développer des projets de MSP, ce soutien se révèle toutefois inégal sur les territoires.

Sur certains territoires, l'accompagnement pluriforme de l'ARS semble subordonné aux diagnostics réalisés. Certains élus locaux, à l'image du Maire de C. (40), soulignent à regret cette réalité : *« Ils nous disent que nous ne faisons pas partie des zones prioritaires, donc ils ne nous aident pas financièrement. C'est dommage, je pense que ça aurait été très bien qu'ils viennent au moins en appui techniquement ou même nous dire quoi faire »*. Dans ce contexte où l'ARS est en retrait, le projet de MSP apparaît alors comme une co-construction entre les élus locaux et les professionnels de santé : *« Mon prédécesseur a voulu monter un projet de MSP, il avait été débouté par l'ARS. Il n'avait droit à rien, donc je me suis dit autant le faire directement par mes propres moyens. C'est ce que j'avais vu avec le médecin, l'ARS les avait envoyés balader, alors le médecin généraliste m'a dit : fais-le tout seul et loue les bureaux. »* poursuit le Maire de C.

En revanche, sur d'autres territoires, comme les Pays de la Loire, l'ARS s'inscrit dans une logique proactive²⁸. Les instances que sont le CORECS et les CATS où se rencontrent l'ensemble des acteurs sont clairement identifiées afin que les visions soient coordonnées.

De plus, au-delà de sa mission de validation et d'enregistrement des projets de santé, l'ARS, bien qu'elle ne soit pas à l'initiative des projets de MSP, a un rôle de coordination entre les différents acteurs, mais aussi de soutien, d'accompagnement afin d'instaurer une réelle dynamique et de conserver cette dernière dans le temps. L'ARS a notamment contractualisé avec l'Association des pôles et maisons de santé libéraux (APMSL) un accompagnement des équipes qui souhaitent formaliser un projet de santé (en lien avec les délégations territoriales) ainsi que de celles ayant déjà validé un projet de santé pour développer la coordination (aide à la formalisation de protocoles, mises à disposition d'outils, réunions d'information...).

²⁷ <https://www.bretagne.ars.sante.fr>

²⁸ Cf. Annexe 3

La dynamique de la MSP étant formalisée dans le projet de santé, il doit être en cohérence avec le Projet régional de santé (PRS) et le CLS. A ce titre, des critères objectifs ont été identifiés afin de mesurer le développement et la continuité du projet de MSP. Ce processus d'évaluation a pour objectif de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. Actuellement, l'ARS des Pays de la Loire travaille sur l'élaboration d'un guide à destination des élus et des professionnels de santé (en particulier les internes) afin de présenter les solutions possibles à l'installation (ce document ne se restreint pas aux seules MSP).

Ainsi, les principaux obstacles à la réussite des projets de MSP sont essentiellement liés à l'existence de logiques antagonistes ainsi qu'à des différences d'accompagnement des projets. Pour les surmonter, une juste répartition des rôles entre des professionnels de santé initiateurs du projet, des élus facilitateurs et une tutelle accompagnatrice semble primordiale.

À retenir

Les professionnels de santé comme les élus manifestent un besoin d'accompagnement, tant dans la réalisation d'une étude de faisabilité que dans la formalisation du projet de santé ou le montage de dossiers de financement. Dans ce cadre, le soutien apporté par les Agences régionales de santé est très hétérogène d'une région ou d'un département à l'autre.

B- La place des élus partagée entre un rôle de facilitateurs des projets libéraux (MSP) et de décideurs dans le cadre d'un véritable service public local de santé

1. La « triangulation » équilibrée ARS-élus-professionnels de santé : facteur déterminant de la réussite d'un projet de MSP

La mise en place d'un projet de MSP repose sur une étroite collaboration entre les professionnels de santé, la tutelle et les élus. Le Docteur Laurent El Ghozi, élu municipal à Nanterre et Président de l'Association *Elus, santé publique & territoires*, évoque cette nécessaire « triangulation » entre des acteurs disposant chacun d'un rôle déterminé.

Les professionnels de santé s'imposent comme les *initiateurs* du projet de MSP. C'est en effet aux médecins libéraux que revient la décision initiale de se rassembler au sein d'une structure d'exercice collectif. Ils sont les rédacteurs du projet de santé de la MSP, qui inscrit la structure dans un projet territorial de soins.

Même si juridiquement, les municipalités ne disposent d'aucune compétence propre en matière de politique de santé, les élus occupent de façon croissante un rôle de *facilitateurs* des projets de MSP. « *Administrativement, la question de la légitimité des élus dans l'offre de soins est nulle ; politiquement, elle est entière* », rappelle le Docteur El Ghozi. Dans la plupart des projets de MSP, les maires jouent un rôle décisif sur le plan immobilier, en mettant à disposition des locaux pour des loyers très modérés. Mais depuis les dernières années, sous l'effet de la désertification médicale, la contribution des élus s'est profondément accrue et diversifiée afin d'offrir aux professionnels une prestation « sur mesure ». Les communes interviennent désormais dans la mise à disposition de matériels ou de locaux, contribuent au diagnostic territorial ou encore fournissent une ingénierie spécifique. Elles coordonnent les démarches et font office d'interlocuteur unique auprès des professionnels.

Enfin, la tutelle joue un rôle *d'accompagnateur* financier et technique, en fournissant une aide aux professionnels et aux élus, ainsi qu'en validant le projet médical de la MSP.

La réussite d'un projet de MSP repose sur cette « triangulation équilibrée », à savoir sur le respect réciproque du juste rôle de chacun des acteurs. Ainsi les élus ne sauraient apparaître comme les initiateurs d'un projet de MSP à la place des professionnels libéraux ; ce type d'initiative donnant souvent lieu à la création de « *coquilles vides* ». De façon similaire – même s'ils peuvent porter des messages de santé publique – les élus ne peuvent s'ingérer dans la rédaction du projet de santé. Les professionnels libéraux ont quant à eux peu d'intérêt à empiéter sur les compétences des communes, qui bien souvent apportent une aide précieuse dans la concrétisation de leur projet. Chaque acteur doit donc respecter son champ de compétence.

Cette répartition stricte des rôles ne doit toutefois pas être perçue comme une opposition stricte entre les acteurs. La mise en place d'une MSP s'appuie au contraire sur une approche coordonnée ainsi que sur un partage de valeurs communes entre élus et praticiens. Elle s'inscrit dans une démarche territoriale de santé dans laquelle d'une part, les élus sont soucieux des externalités positives portées par le projet de santé, et d'autre part, les médecins libéraux expriment le souhait de s'impliquer dans la politique de santé du territoire. Certaines MSP, comme d'autres structures d'exercice collectif, s'inscrivent d'ailleurs étroitement au sein d'une politique municipale de santé.

Focus – L’association *Elus, santé publique & territoires* : faire de la santé publique le cinquième pilier de la politique de la ville

Créée en 2005 lors des Assises pour la ville dans la dynamique des Ateliers Santé Villes, l’association *Elus, Santé publique & Territoires* est un réseau national d’élus souhaitant porter des initiatives de santé à l’échelon communal. L’association s’engage fortement dans la réduction des inégalités de santé, dans le portage de politiques de santé par les communes et leurs groupements, et se prononce en faveur d’une contractualisation des programmes de santé entre les collectivités territoriales et l’Etat, sur le modèle des Ateliers santé villes. *Elus, Santé publique & Territoires* est un exemple d’association contribuant à faire des MSP et des centres de santé le relais cohérent d’une politique de santé territoriale.

Une fois créées, les MSP doivent veiller à maintenir une part de triangulation dans leur fonctionnement. Ainsi, même si les MSP fonctionnent quotidiennement par l’action des professionnels de santé qui y travaillent, les projets réussis sont souvent ceux qui ont conservé des liens étroits avec les élus. Les élus peuvent être associés à certaines réunions portant sur l’organisation générale de la MSP, être informés des grands axes d’évolution du projet de santé, et disposent parfois d’une place à part entière dans le fonctionnement de la MSP.

Focus – MSP de T. et de A. (83)

Le projet MSP de la commune d’A.²⁹ a été initié par le maire, ancien pharmacien, avec un projet de santé rédigé par les professionnels de santé en étroite collaboration avec le pouvoir politique communal.

Ce projet s’inscrit dans une vision globale de santé publique sur le territoire de santé et l’intercommunalité. Il a bénéficié de multiples financements des différentes collectivités territoriales. Il s’articule grâce à un autofinancement de 20% (issu des impôts locaux et de l’assiette de la communauté de communes) et à des subventions à hauteur de 80% (Etat : DETR + FSIPL // Conseil régional : CRET + FNADT // Conseil départemental). Avec un budget total de 1,88M€, les professionnels libéraux ont convenu que les élus locaux participent au suivi et la mise en œuvre concrète du projet. De ce fait, la MSP est organisée en trois collèges (élus, médecins, paramédicaux) où les élus ont voix consultatives lors des assemblées générales.

La MSP de la commune de T. (83) est également en lien étroit avec les élus communaux, qui interviennent à différents titres : construction de places de parking pour personnes en situation de handicap, participation aux réunions de travail bimensuelles afin de fixer l’agenda du programme d’éducation thérapeutique et mise à disposition de la salle culturelle du village pour l’organisation de conférences.

À court terme, les élus souhaitent mettre en place un « guichet intégré ». Le CCAS pourra orienter les administrés vers la MSP lorsque nécessaire et servir d’intermédiaire pour la création de partenariats entre la MSP et l’HAD, le SSIAD et l’EHPAD. L’objectif est de coordonner l’ensemble de l’offre de premier recours sur le territoire.

²⁹ Cf. annexe 5

L'absence d'une « triangulation » équilibrée – élément décisif de la création et du portage d'une MSP – explique l'échec de certains projets. Toutefois, si la place des élus est nécessairement limitée par la dimension libérale des MSP, les élus qui souhaitent maîtriser réellement la politique de santé de leur territoire peuvent se tourner vers la solution alternative d'un centre de santé qui permet la mise en place d'un véritable service public municipal de santé.

À retenir

La réussite d'un projet de MSP – et son bon fonctionnement durable – reposent sur une juste "triangulation" des intérêts et des actions de chacun des acteurs : ARS, élus et professionnels de santé. Dans ce cadre, les cahiers de charges régionaux et la signature d'un Contrat local de santé peuvent faciliter l'objectivation du champ de compétence et de la valeur ajoutée de chacun des acteurs.

2. Les centres de santé : le choix alternatif d'un service communal de santé

Confrontées aux limites liées à la dimension libérale des MSP, les collectivités territoriales peuvent préférer mettre en place des centres de santé, qui constituent dans certains cas de véritables alternatives. S'ils exigent des collectivités un engagement plus important, les centres de santé présentent de nombreux avantages pour les élus et permettent la mise en œuvre d'une politique locale de santé propre.

Proposant un exercice salarié, regroupé et coordonné, les centres de santé apparaissent comme une réponse au phénomène des « déserts médicaux ». Ainsi, les médecins qui exercent en centres de santé disposent d'un soutien administratif et logistique important, leur permettant de se concentrer sur leur cœur de métier et de bénéficier de charges horaires modérées par rapport à la pratique libérale. En outre, il s'agit de structures particulièrement attractives pour les jeunes praticiens, libérés de la nécessité de se constituer une patientèle comme des contraintes de l'association en cabinet de groupe – autre modalité d'exercice plébiscitée parmi les jeunes médecins³⁰.

Si dans le cadre des MSP elles ne peuvent être que facilitatrices, les CDS placent les collectivités en position de décideurs en matière de santé pour mettre en œuvre de véritables politiques locales de santé publique. A l'initiative de la rédaction du projet de santé jusqu'au recrutement des professionnels en passant par l'aménagement des locaux ou encore le

³⁰ Szwarc, G. *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives*. Caen, 2007.

financement, les élus constituent les acteurs principaux d'un CDS dont ils sont gestionnaires. Si des CDS peuvent représenter une alternative salariée au modèle des MSP libérales, ils peuvent également être le vecteur de politiques volontaristes de promotion de la santé, à l'image des programmes menés par les municipalités de Nanterre (92) ou de Saint-Denis (93). Dans ces communes franciliennes de près de 100 000 habitants et dotées historiquement de centres municipaux de santé, les professionnels de santé prennent part à des actions extra-légales de santé publique, telles que des consultations bucco-dentaires au sein des établissements scolaires, qui s'ajoutent aux missions de soins traditionnelles de ces structures.

Afin d'accompagner la mise en place des centres de santé, les élus peuvent recevoir des contributions diverses selon la nature du projet et le territoire d'implantation. Les collectivités peuvent bénéficier de l'expertise de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) dans l'élaboration du projet. La réalisation d'études de faisabilité et d'équilibre économique ainsi que l'acquisition de matériel informatique peuvent être subventionnées par les ARS. Cependant, si certaines ARS peuvent faire le choix de soutenir la création de CDS à même hauteur que la constitution de MSP, de telles aides demeurent conditionnées à l'appréciation de leur projet de santé ainsi qu'au caractère pluriprofessionnel de ces centres : les CDS spécialisés en soins dentaires en sont le plus souvent exclus.

Attractifs par certains aspects pour les élus et les professionnels de santé, le modèle des CDS municipaux doit cependant faire face à d'importants défis qui remettent en cause sa pérennité. Les collectivités ne parviennent pas toujours à attirer les praticiens, notamment jeunes, ainsi que les internes en médecine, du fait de la localisation de la commune ou des conditions d'exercice proposées. En outre, la mise en place et le fonctionnement d'un CDS supposent un important soutien financier de la part des élus (gestion du tiers-payant, actions de prévention et de promotion de la santé...). Malgré des efforts de rationalisation des moyens mis en œuvre³¹, ces structures difficiles à équilibrer économiquement reposent souvent sur des subventions d'équilibre versées par les collectivités. Au financement des salaires et des équipements s'ajoutent également les frais d'aménagement et d'entretien des locaux, à la charge des communes. Enfin, le choix d'un centre municipal de santé ne dispense pas les élus de maintenir un dialogue continu avec les autres professionnels de santé, notamment libéraux.

³¹ Etude de l'ARS Île-de-France, « Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », octobre 2012.

Focus - A Champagne-sur-Seine (77), d'un projet de MSP à un modèle de centre de santé original

Commune populaire et périurbaine du sud de la Seine-et-Marne confrontée au vieillissement de ses médecins, Champagne-sur-Seine lance dès 2014 une réflexion avec l'ARS Ile-de-France en vue de la création d'une MSP à l'échelon intercommunal. En dépit de l'assistance d'un cabinet de consultants spécialisés, le projet est circonscrit à Champagne-sur-Seine devant la volonté de l'ensemble des communes de se doter d'une telle structure. En outre, aucun des médecins de la commune ne souhaite s'investir dans cette initiative portée par les élus, ce qui cause l'échec du projet de MSP à la fin de l'année 2015.

En conséquence, la municipalité fait le choix de la création d'un centre de santé municipal, et propose une rémunération très attractive afin de recruter trois médecins, qui seront assistés de secrétaires salariés également par la commune. Cependant, afin de rembourser l'investissement que représente l'aménagement de locaux de 480m² et de préserver le caractère pluriprofessionnel de la structure, les professionnels de santé paramédicaux libéraux qui partageront les locaux avec les médecins salariés régleront un loyer mensuel à la commune. Ce projet, qui représente un modèle hybride et original de centre de santé auquel sont associés des professionnels libéraux, a reçu le soutien financier de l'ARS, de l'Etat, de la Région et de la CPAM. Il devrait atteindre l'équilibre financier au bout de 3 années d'activité, sur la base de 28 consultations/jour/cabinet.

Les centres de santé peuvent donc apparaître comme de véritables alternatives aux projets de MSP qui renouvellent l'implication des élus et leur confèrent une marge de manœuvre plus importante.

À retenir

La nature libérale des professionnels de santé exerçant en MSP peut cantonner les élus dans un rôle de facilitateur. Les élus qui souhaitent maîtriser davantage l'offre de soins peuvent s'orienter vers le modèle du centre de santé, lequel permet la formation d'un véritable "service public communal de santé" mais nécessite l'allocation de moyens financiers souvent plus importants.

Conclusion

L'implication des élus dans l'organisation des soins est relativement récente. Pour beaucoup, elle répond aux sollicitations de la population, confrontée aux difficultés d'accès aux soins et à la désertification progressive du territoire. Ainsi, les élus sont de plus en plus nombreux à participer à la réflexion - avec les professionnels de santé et les ARS – pour parvenir à maintenir ou développer une offre de soins attractive pour les professionnels de santé et adaptée aux besoins de la population.

En proposant un mode d'exercice regroupé et coordonné tout en préservant le statut libéral, le modèle des MSP a su séduire les professionnels de santé comme les élus, au niveau local ou national. L'adhésion est telle que les élus sont nombreux à afficher l'objectif de l'ouverture d'une structure – au niveau local – ou du doublement du nombre de MSP – au niveau national – pour promettre la résolution de la désertion médicale des territoires.

Dans certains territoires, la démarche d'élus s'étant engagés dans la construction de MSP sans attendre l'adhésion de professionnels de santé a parfois conduit à l'édification de bâtiments aussi neufs que vides. Il faut souligner ici la tentation "marketing" du modèle des MSP qui conduira certains élus à oublier qu'un tel projet doit pouvoir s'appuyer sur un projet médical solide et fédérateur, porté par des professionnels de santé.

La réussite d'un projet de MSP repose finalement sur un équilibre à trouver entre chacun des acteurs : élus, professionnels de santé et ARS. Les projets initiés par les élus et rejoints par des professionnels étant souvent plus fragiles. Aussi, il est préférable que les professionnels de santé soient à l'origine du projet, fédérés autour d'un projet de santé. Ce projet décrit notamment les modalités de leur coordination, de permanence des soins, et les actions de prévention et de promotion de la santé qu'ils doivent développer.

Les élus en tant que promoteurs d'une politique cohérente de développement du territoire peuvent apporter un soutien en matière d'urbanisme et de bâti. Ils peuvent également accompagner les professionnels de santé dans le portage politique et la mise en relation avec les financeurs départementaux ou régionaux.

L'ARS enfin, en tant que régulateur est garante de la bonne organisation territoriale de l'offre de soins, peut apporter un soutien financier et un accompagnement technique.

Dans cette relation triangulaire, les élus jouent donc un rôle de facilitateurs, alliés précieux des professionnels de santé et garants de la cohérence de l'urbanisme et de

l'aménagement du territoire. Dans certains cas, les élus participent également à l'harmonisation des actions entre la MSP et d'autres acteurs du territoire tels que le CCAS, des structures médico-sociales ou des associations. Pour autant, la dimension libérale d'une telle structure ne permet pas aux élus d'agir en tant que décideurs.

Les élus qui souhaitent maîtriser davantage l'offre de soins ou les actions de prévention ou de promotion de la santé peuvent toutefois se tourner vers le motif alternatif d'un centre municipal de santé. Dès lors, les élus agissent en véritables décideurs dans le cadre d'un service public communal de santé.

Elus décideurs ou facilitateurs ? Le choix leur revient. Ils agissent en facilitateurs et alliés précieux dans le cadre de la mise en place et du suivi des projets de MSP, portés par les professionnels de santé. Ils s'illustrent en décideurs dans le cadre du portage d'un centre municipal de santé, pendant salarié du modèle de MSP, géré directement par la commune.

Reste que la récente Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe), promulguée le 7 août 2015, qui redéfinit clairement les compétences attribuées à chaque collectivité territoriale, n'a pas fait le choix de décentraliser tout ou partie de la santé. L'investissement des élus demeure donc dans un cadre extra-légal et par conséquent non financé.

Bibliographie

Textes législatifs

- ❖ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique
- ❖ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.
- ❖ 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.
- ❖ Loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.
- ❖ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- ❖ Code de santé publique.

Etudes et dossiers thématiques

- ❖ Levasseur G, Schweyer FX, Campea A. *Profils et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*. Dossiers de l'URCAM en Bretagne. 2004.
- ❖ ARS Ile-de-France. *Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique*. Octobre 2012.
- ❖ Conseil national de l'ordre des médecins. *Atlas de la démographie médicale 2015*. Juin 2015.
- ❖ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Portrait des professionnels de santé*. Avril 2016.
- ❖ AEF Dépêche n°512972 Pascaline Marion *Pacte territoire santé : l'ARS Alsace dénombre aujourd'hui 7 MSP*

Thèses

- ❖ Lafaye-Huge, S. *Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoire et opinions sur la profession*. Angers, 2005.
- ❖ Szwarc, G. *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives*. Caen, 2007.
- ❖ Valy, G. *S'installer en médecine générale: des doutes au passage à l'acte*. Clermont-Ferrand, 2008
- ❖ Poppelier, A. *Approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes*. Poitiers, 2010.

Sitographie

<http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/> (dernière consultation de l'URL le 16/05/2017).

http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FF_MPS_20_03_15.pdf (dernière consultation de l'URL le 17/05/2017).

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf> (dernière consultation de l'URL le 17/05/2017).

<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2017-Actualites/Situation-de-l-intercommunalite-au-1er-janvier-2017> (dernière consultation de l'URL le 17/05/2017).

<https://www.bretagne.ars.sante.fr> (dernière consultation de l'URL le 17/05/2017).

<http://www.bretagne.paps.sante.fr> (dernière consultation de l'URL le 17/05/2017).

Liste des annexes

Annexe n°1 – Typologie des communes

Annexe n°2 – Grilles d’entretiens (élus, professionnels de santé, ARS)

Annexe n°3 – Carte des MSP en pays de la Loire

Annexe n°4 – Cahier des charges des Maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d’un soutien financier

Annexe n°5 – Exemple d’un projet de santé

Annexe n°1

Typologie des communes

En région Ile-de-France

- ❖ CHAMPAGNE-SUR-SEINE, commune rurale de 6 600 habitants située dans le département de Seine et Marne. Rencontre de Madame Pierrette WALTER, Adjointe au Maire.
- ❖ NANTERRE, commune urbaine de 93 500 habitants située en petite couronne dans le département des Hauts de Seine. Rencontre de Docteur Laurent EL GHOZI, Conseiller municipal à la Maire de Nanterre et Président de l'Association *Elus, Santé publique & Territoires*.

En région Bretagne

- ❖ TRÉBEURDEN, commune balnéaire de 3 500 habitants à l'année et jusqu'à 10 000 habitants en période estivale située dans le département des Côtes d'Armor. Rencontre de Monsieur Michel LE MOULLEC, Conseiller municipal.

En région Pays de la Loire

- ❖ NANTES, commune urbaine de 298 000 habitants située dans le département de Loire-Atlantique. Rencontres de Madame Béatrice BONNAVAL, chargée de mission à l'ARS des Pays de la Loire, Madame Stéphanie PRUD'HOMME, interne en santé publique et de Docteur Patricia SARAUX, Responsable de la mission santé publique de la ville.
- ❖ SALLERTAINE, commune rurale de 2 950 habitants située dans le département de la Vendée. Rencontre de Docteur Laurent BRUTUS, Médecin généraliste.

En région Nouvelle Aquitaine

- ❖ CHÂTEAUNEUF, commune rurale de 3 434 habitants située dans le département de la Charente. Rencontre de Jean-Louis LEVESQUE, Maire de Châteauneuf.
- ❖ L., commune rurale de 2034 habitants à l'année et jusqu'à 20 000 habitants en période estivale située dans le département des Landes. Rencontre du Maire.
- ❖ C., commune rurale de 2200 habitants située dans le département des Landes. Rencontre du Maire.

En région Provence-Alpes-Côte-D'azur

- ❖ A., commune rurale de 2 125 habitants située dans le département du Var. Rencontre de la Directrice des services techniques.
- ❖ T, commune rurale de 5 000 habitants située dans le département du Var Rencontre de l'Adjointe au Maire en charge des affaires sociales et de la santé.

Annexe 2-A

Grille d'entretien Elus

L'axe de problématique à explorer est « Quels apports et quelles limites l'implication des élus dans les projets de MSP ? »

C'est donc : valeur ajoutée des élus / limites et écueils de élus / difficultés d'articulation politico-administrative / perspectives élus / MSP / Centres de santé / territorialisation de l'offre de premier recours (limite de l'intervention de l'Etat / apports et limite des élus locaux)

Ce n'est pas : l'analyse du modèle de MSP (ou de centre de santé), l'analyse du rapport que les élus entretiennent avec la santé (notamment les projets de MSP + ouverture sur la place des Centres de santé)

Question ouverte (pour entamer l'entretien)

- Pouvez vous me décrire votre territoire, votre projet, son contexte et le rôle qu'on joué les élus dans cette dynamique ?
- Ou envers les institutionnels ?
- Quelle est votre vision sur la place des élus dans les projets de MSP ?

Questions supplémentaires (si non évoquées spontanément)

Description du projet

- Territoire : Quelle est votre vision sur le territoire et l'offre de soins existante ou à venir ?
- Contexte : CLS ou non ? Impulsion de l'ARS et/ou incitations financières ?
- Contenu : quels sont les professionnels impliqués dans le projet et quels en sont les partenaires (institutionnels et notamment élus)
- Quels blocages se sont présentés ?
- Existe-t-il un soutien logistique ou financier de l'ARS ? Dés élus ? (quel niveau d'aide, quel niveau de territoire?)
- Pourquoi une MSP ? (en comparaison à un Centre de santé ou un cabinet de groupe)

Place des élus

- Pourquoi une implication des élus a été nécessaire ? (spontanée ou sollicitée? Le projet est-il né de l'esprit des élus ou de celui de professionnels de santé, soutenus ensuite par les élus ?)
- Quel est l'apport des élus ? (financier, accompagnement, tutelles, soutien politique...)
- Existe-t-il une réflexion ou un travail en intercommunalité ?
- Quelles limites existent à l'implication des élus dans des projets de MSP

Annexe 2-B

Grille d'entretien Professionnels de santé

- Êtes vous impliqué dans un projet de MSP ?
- Genèse du projet ?
- Vous a-t-on sollicité ou êtes vous à l'origine du projet ?
- Parlez-moi de votre projet de MSP ?
- Pourquoi ce choix (MSP, Centre de santé, pôle de santé, ...) ?

Sur le projet

- Pour quelle raison ?
- Diagnostic territorial ? (Formalisé ?)
- Avec qui ? (Type de professionnels et provenances,)
- Relation avec l'ARS ? (Formation, accompagnement, ...)
- Y'a t-il un lien avec le PRS ?
- Le projet est-il écrit (ou en cours d'écriture) ?
- Où en est le projet ?
- Où se situe le projet ?
- Comment est gérée la partie immobilière ?
- Qu'est ce qui est financé par qui ?
- Comment est assurée, où sera assurée la continuité des soins ?
- Comment sont prévues les collaborations (internes, externes) ?
- Quels axes sont développés dans le projet ? (Prévention, pluridisciplinarité, promotion de la santé...)
- Est-il prévu de recevoir des étudiants en formation ? (Contractualisation CHU, fac, IFSI, ...)
- Difficultés rencontrées ? Comment les difficultés ont été gérées ?
- Eléments facilitateurs ?

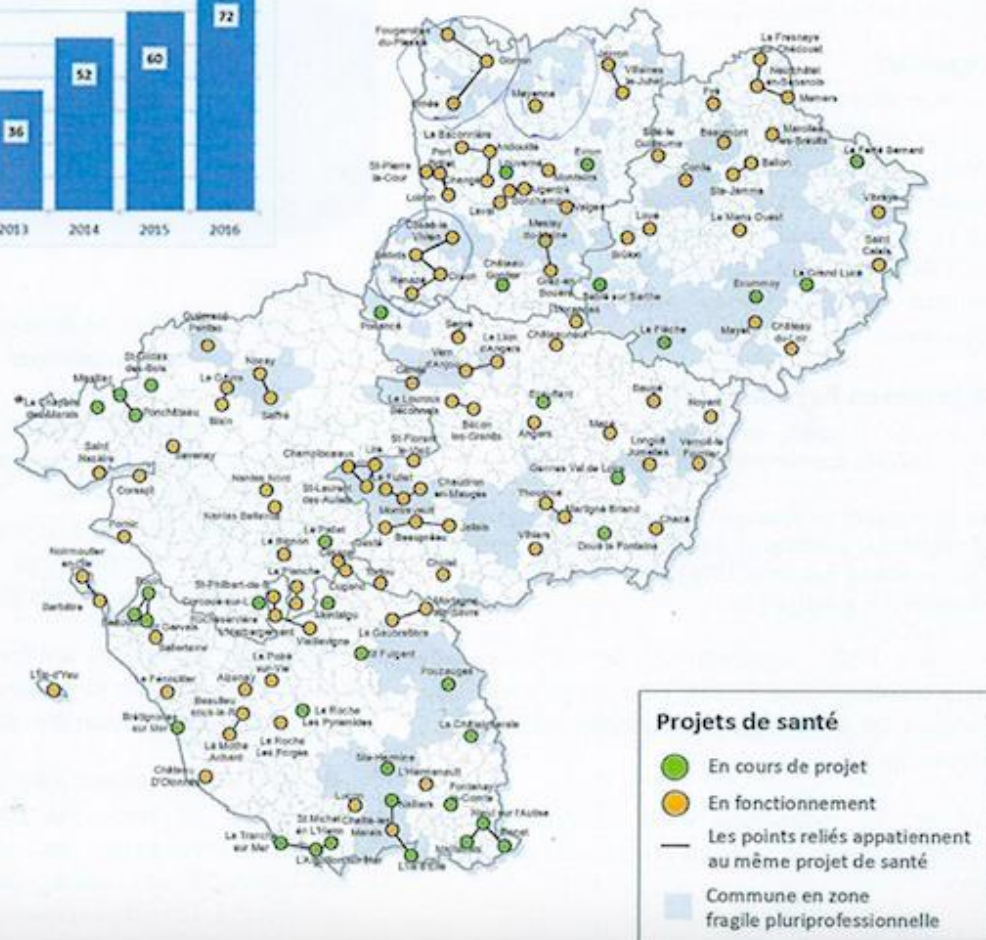
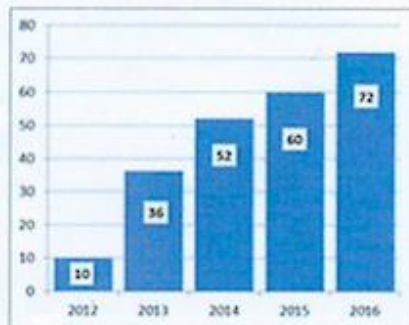
Annexe 2-C

Grille d'entretien ARS

- Etat des lieux sur le territoire des MSP ?
- Diagnostic réalisé (indicateurs, cartographie, recensement des besoins de MSP) ?
- Développement des MSP/ des projets de MSP : historique (à partir de quand), communication (aux acteurs : élus et professionnels de santé) ?
- Quel rôle de l'ARS : impulsion ou soutien et accompagnement suite à des sollicitations ?
- Quel soutien ? (Financement, matériel...)
- Apport du réseau Villes-Santé OMS / UE ?
- Place et rôle des élus locaux dans les projets de MSP sur le territoire et au sein de chaque projet ?
- PRS / Contrats locaux de santé / Projet écrit de MSP ?
- Quels apports des élus (région, département, intercommunalité, commune) / quelles difficultés rencontrées par ces derniers ?
- Co-construction élus et professionnels de santé ?
- Décalage entre les objectifs de l'ARS et la réalisation des MSP ?
- Focus sur un ou plusieurs projets singuliers (construction posant des difficultés particulières, montage novateur...) ?

Annexe 3 Carte des MSP en Pays de la Loire

Maisons de santé et regroupements pluri professionnels en Pays de la Loire
72 en fonctionnement en janvier 2017



Annexe 4

Cahier des charges des Maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier

.....

DGOS P F3 C A C M S P F F3 R2 D S S R2 21 07 18

Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique prévoit que les « maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Le développement de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) a pour objectifs :

- d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible,
- d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins,
- de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social,
- de développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé, ouverte sur ce nouveau mode d'exercice.

Convaincus de l'intérêt apporté par ces maisons de santé au nécessaire développement d'une offre ambulatoire répondant aux besoins de la population et offrant aux professionnels participant « un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels »¹, le Président de la République et la Ministre de la santé et des sports ont chacun exprimé un soutien clair au modèle des maisons de santé.

I – LES OBJECTIFS DU CAHIER DES CHARGES

Le présent cahier des charges a pour objet de :

- préciser les critères « socles » minimaux requis pour les MSP ou les projets de MSP qui prétendent à un financement aussi bien pour l'investissement que pour le fonctionnement (annexe II) ;
- préciser les évolutions possibles vers lesquelles peuvent tendre certaines MSP, en fonction du contexte local et des besoins ;
- fournir aux professionnels de santé des points de repère facilitant l'élaboration du projet de santé de la MSP (annexe III) auquel l'agence régionale de santé (ARS) pourra apporter un appui en terme d'ingénierie du projet ;
- permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender les dispositifs financiers auxquels ils peuvent prétendre (annexe I) ;
- donner une base à la contractualisation entre promoteurs et financeurs, sous l'égide de l'ARS, et préciser les objectifs attendus. Des propositions d'indicateurs de suivi seront diffusées ultérieurement.

¹ Cf. « Questions d'économie de la santé » n° 147 publié par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – Octobre 2009 – « Une évaluation exploratoire de maisons de santé pluriprofessionnelles de Franche-Comté et de Bourgogne »

II – LE SOUTIEN AUX PROJETS DE MSP ET AUX MSP

II - 1) Les soutiens de l'ARS, autres que financiers, aux projets de MSP et aux MSP

Outre les aides financières, l'ARS peut apporter un soutien dont la forme varie en fonction de la phase considérée (projet ou fonctionnement) : étude des besoins, conseils, notamment en matière fiscale (conseil et expertise) et juridique (recherche du statut juridique le mieux adapté aux attentes et besoins des professionnels...), aide à la recherche de cofinancements, mise en place des systèmes d'information, développement d'activités innovantes (éducation thérapeutique...), conclusion de partenariat avec l'université pour l'accueil d'étudiants...

Pour faciliter l'accès des promoteurs à ce soutien, les dispositifs type cellule d'appui « territoire et santé » déjà mis en place dans quelques régions, seront généralisés. Un guide présentant les missions de ces cellules sera prochainement édité.

II - 2) Les critères minimum pour tout soutien financier

Il existe différentes sources de financements possibles pour les projets de MSP et les MSP. L'octroi de ces financements est subordonné à l'exigence de certains critères minimaux définis ci-dessous. (cf en annexe I les différents types de financements, leurs modalités, leur source et leur objet).

A – Soutien à l'ingénierie des projets de maisons de santé

Avant même le début de l'activité d'une MSP, un projet peut bénéficier d'un accompagnement à la mise en œuvre de la part des ARS, notamment en matière d'analyse locale des besoins de santé ou d'aide à l'élaboration d'un projet de santé.

Cet accompagnement pourra, le cas échéant, prendre la forme d'un soutien financier aux travaux préliminaires. Ce soutien financier pourra ensuite être complété, une fois la structure ouverte, par une aide financière qui sera octroyée à certaines conditions :

- l'engagement de tous les professionnels concernés ;
- un projet en cohérence avec le SROS
- une démarche ancrée dans un territoire de santé, s'appuyant sur une première analyse de l'offre en santé et des problématiques de santé propres au territoire (à approfondir par la réalisation d'un diagnostic territorial de santé) ;

La totalité des financements ainsi versés doivent, le cas échéant, respecter les montants maximum prévus.

D'autres éléments non obligatoires permettent d'apprécier la qualité du projet et d'orienter les aides financières dont il peut bénéficier :

- L'implication des collectivités territoriales ou d'un établissement de santé (ex hôpital local) ;
- La mobilisation de la majorité des autres professionnels dans les territoires considérés ;
- L'existence d'une association locale des professionnels de santé dont ceux de la MSP ;
- La réflexion autour de l'accueil des étudiants et internes intégrant une réponse à leur demande d'hébergement (par exemple mise à disposition d'un studio, versement d'une indemnité...) lorsque la situation géographique le nécessite.

B - Soutien aux maisons de santé après leur ouverture

a) Les critères d'obtention d'un soutien financier (fonctionnement ou investissement)

Pour bénéficier d'un soutien financier, les MSP déjà en fonctionnement doivent satisfaire aux critères suivants :

- répondre aux « critères socles » minimaux requis pour les MSP décrits dans le tableau joint (annexe II)
- comporter un projet de santé conforme à l'annexe III ;
- présenter un projet dont le Directeur général de l'ARS apprécie la cohérence avec le volet ambulatoire du SROS : la MSP doit s'inscrire dans un projet territorial défini par l'ARS au regard des besoins de santé et de l'implication des acteurs locaux ; les projets territoriaux seront déclinés dans le volet ambulatoire du SROS ;
- dans l'attente de la formalisation du SROS, garantir une implantation cohérente et équilibrée sur le territoire de santé et correspondre à un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

De manière générale, la MSP doit s'inscrire dans le projet régional de santé.

b) La possible modulation du montant du soutien financier

Le montant de certaines aides financières, notamment celles octroyées via le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), pourra être ajusté au caractère plus ou moins abouti du fonctionnement de la maison et au niveau de service rendu aux patients et à la population.

III – L'ÉVALUATION DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES

Outre l'évaluation interne qui est recommandée à toute MSP permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives, une évaluation est réalisée par l'ARS pour tout projet financé. Cette évaluation a lieu l'année suivant celle du versement du financement. Elle s'effectue dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens qui détermine les indicateurs. Elle doit en particulier justifier de l'utilisation des crédits alloués conformément aux engagements pris pour améliorer la prise en charge libérale coordonnée des patients.

ANNEXE I

LES MODES DE FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

Sous réserve de répondre, a minima, aux critères définis au II – 2 du cahier des charges, les MSP peuvent bénéficier de diverses aides financières existantes aujourd'hui, objet de la présente annexe. Il est important de conserver un équilibre entre les financements provenant des professionnels de santé eux-mêmes et les financements des partenaires institutionnels. La présente annexe sera mise à jour régulièrement pour prendre en compte l'évolution des financements existants et, le cas échéant, la mise en place de nouveaux.

I - Financements essentiellement affectés au fonctionnement

I - 1) *financement ponctuel* via le FIQCS

Le soutien au développement des MSP a été affirmé dans les orientations stratégiques du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dès 2008. Le ministère de la santé et des sports a reconduit pour l'année 2010 son engagement de financement.

Le montant maximal alloué à une même structure sur les crédits nationaux du FIQCS ne pourra dépasser, au total, 50.000 €. Ce montant peut être porté à 100.000 € pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la «Dynamique Espoir Banlieues».

50 % minimum de la dotation FIQCS réservée à ce titre pour une même région doit soutenir les maisons de santé ou projets implantés dans les zones dont l'offre de soins est déficitaire.

Les agences régionales de santé pourront, en outre, en opportunité, compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale qui leur est accordée au titre du FIQCS.

La subvention pourra être accordée en deux temps : une première fois pour le financement du projet en amont de l'ouverture, une seconde fois pour le financement de la structure en fonctionnement.

Ce soutien est destiné à financer :

- pour les projets de maisons de santé pluri-professionnelles en cours d'élaboration : des études de besoins et de l'ingénierie (conseil et expertises fiscales, statut des structures, informations des usagers sur leur droit d'accès au dossier médical et au partage des informations les concernant...);
- pour les maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement :
 - des prestations d'ingénierie, d'accompagnement et de conseils nécessaires à la réalisation d'un projet d'agrandissement ou d'évolution (expert-comptable, fiscaliste, avocat, étude de besoins du territoire,...);
 - à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, des investissements ponctuels (travaux, agrandissement, mise aux normes, investissement en système d'information...), et une aide pour certains équipements (gros et petit matériel).

I - 2 – *Financement via les nouveaux modes de rémunération*

Les maisons de santé pluri-professionnelles peuvent bénéficier de financements spécifiques pour assurer de nouvelles tâches incombant aux professionnels de santé exerçant de façon regroupée et pluri-professionnelle (coordination, management, concertation

interprofessionnelle ...) et de nouveaux services mis en œuvre pour répondre aux besoins des patients (éducation thérapeutique du patient, préparation de la sortie d'hospitalisation...).

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ouvre la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Ces expérimentations ont démarré en 2009.

Les MSP seront invitées, par les ARS, à postuler pour participer à ces expérimentations. Ces nouveaux modes de rémunération leur permettront de mieux couvrir leurs dépenses de fonctionnement (cf. la brochure éditée par la direction de la sécurité sociale « Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé »).

II Financements affectés à l'investissement en milieu rural

II - 1) Le programme national de financement de 250 MSP sur la période 2010 – 2013

Dans le cadre de ce plan décidé par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire le 11 mai 2010, d'autres financements, subordonnés, notamment, au respect des termes du présent cahier des charges, peuvent être octroyés aux MSP. Ils portent en particulier sur des dépenses d'investissement, via les collectivités territoriales et au travers de la dotation globale d'équipement (DGE), de la dotation de développement rural (DDR) et du Fonds national d'aménagement et du développement du territoire (FNADT). Pour tout complément d'informations, se reporter à la circulaire interministérielle (ministères de l'Intérieur, de la Santé et des Sports, de l'Espace Rural et de l'Aménagement du Territoire) du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

II - 2) Les pôles d'excellence rurale (PER)

Un appel à projet de la seconde génération de PER a été lancé le 9 novembre 2009 visant à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.

Les projets de maisons de santé retenus dans ce cadre, pourront bénéficier de financements spécifiques, pour autant qu'ils soient conformes au cahier des charges des PER (s'intégrant dans un projet territorial d'accès aux services ou bien porteur d'innovations : formation, télémédecine...).

La date de fin du dépôt des dossiers de candidature pour la deuxième vague de cet appel à projet est fixée au 20 octobre 2010 et l'annonce des pôles d'excellence rurale sélectionnés aura lieu début 2011 (cf. Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale – DATAR - : <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr>).

Annexe II
Caractéristiques de fonctionnement et d'organisation
des projets de maisons de santé pluri-professionnelles

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) diffèrent entre elles à plusieurs égards : nombre et types de professionnels associés, organisation, modalités de fonctionnement, projets de santé, etc. Néanmoins, pour prétendre aux financements spécifiques, les structures sont dans l'obligation de respecter un socle minimal de critères.

Socle minimal obligatoire pour toute MSP financée

La maison de santé est le lieu principal d'exercice des professionnels de santé de façon à favoriser la mutualisation des fonctions support.

La maison de santé est clairement identifiable par la population. L'ensemble des professionnels partenaires formalisent un projet de santé qui fait état :

I – DU DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

Les professionnels prennent en compte les besoins de santé du territoire et proposent un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS

II - DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE

II 1) – le projet professionnel :

- L'exercice est pluri-professionnel : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeute, ...).
- La MSP formalise l'organisation du travail entre les différents professionnels de la structure ;
- La MSP s'engage à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^{ème} cycle, internes, étudiants infirmiers...)

II 2) – l'organisation de la prise en charge des patients

A – La prévention

La MSP propose :

- Des actions de prévention : promotion de la santé, éducation thérapeutique...
- Une information et une orientation des patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

B – La prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée.

- La MSP a mis en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnée des patients : organisation de réunions pluri-professionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge.

C – La coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire

- La MSP a conduit des partenariats avec les autres acteurs du territoire : acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC etc.)

D – La continuité des soins

- La MSP propose une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des horaires de PDS, par exemple :
 1. une large amplitude horaire d'ouverture ;
 2. des consultations non programmées,

E – Le dispositif d'information :

La maison de santé s'engage :

- à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé, informatisé ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure. Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin.

ANNEXE III

LE PROJET DE SANTE

DES MAISONS DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE

Les articles L. 6323-1 et L. 6323-3¹ du code de la santé publique (CSP) imposent aux centres de santé et aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné.

Concernant les MSP, c'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans le projet de santé que sera effectuée la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu, à l'instar des cabinets de groupe. A cette fin, le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités (service de soins infirmiers à domicile, réseaux, services divers). Dans ces conditions, lorsque le projet émane d'une MSP gérée par un établissement de santé, il se distingue du projet d'établissement.

Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « centres de santé » ou de « maisons de santé » et bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé, des financements versés par l'ARS.

Toutefois, tout projet de santé peut être amené à évoluer en fonction de l'évolution de la structure, elle-même dépendante des besoins et de l'offre du territoire. Au démarrage d'un service de santé, le projet de santé peut donc être un document simple dans son contenu même s'il respecte la structure ci-dessous présentée et évoluer après quelques années de fonctionnement jusqu'à un document très complet prenant en compte de manière détaillée et dans une perspective de stratégie médicale, l'offre proposée par la structure et l'impact attendu sur son environnement.

I / LES MODALITES D'ELABORATION ET DE VALIDATION DU PROJET DE SANTE

Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Cette modalité d'élaboration commune est d'autant plus recommandée qu'elle constitue un élément fortement fédérateur entre les professionnels.

Le projet, validé par tous les professionnels de la structure, est transmis au Directeur général de l'ARS. Il peut ainsi, éventuellement, être utilisé en appui à l'élaboration du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que la structure est amenée à conclure avec l'agence, préalablement à l'octroi d'un financement versé par l'ARS.

¹ Article L. 6323-1 : « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accès à la santé, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. »

Article L. 6323-3 : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1402-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

II / LE CONTENU DU PROJET DE SANTE

1) Le diagnostic préalable des besoins

L'organisation de la structure est définie à partir d'un diagnostic des besoins du territoire.

a - Les modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population

Le projet de santé s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire

Les besoins du territoire figurent dans le volet ambulatoire du schéma régional de l'offre de soins (SROS) et les projets s'inscrivent dans les objectifs de ce schéma.

Le projet décrit les moyens utilisés pour établir ce diagnostic (appui de l'ARS, concertation avec les acteurs concernés : professionnels du champ sanitaire, médico-social et sanitaire, usagers...)

b - les missions et activités de la structure

En réponse au diagnostic établi, le projet indique les missions spécifiques portées par la structure : soins, prévention, éducation à la santé, formation, information, suivi...

2) Le projet de santé de la structure

Le projet de santé de la structure s'articule autour d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge.

A - Le projet professionnel

Le management de la structure

Le projet indique les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, les médico-sociaux et administratifs) qui participent au fonctionnement de la structure. Il précise en outre ceux, parmi les professionnels de santé, qui exercent à temps plein et à temps partiel ainsi que, si le cas se présente, ceux qui sont disposés à intervenir ponctuellement : médecins hospitaliers dans le cadre de consultations avancées, spécialistes, par exemple...

Le projet professionnel décline l'organisation interne et les responsabilités de chacun au sein de la structure.

L'organisation de la pluri-professionnalité

Le projet précise les mesures mises en place pour assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure : dispositif de partage d'information (voir infra), réunions pluri-professionnelles, mise en place d'une formalisation de la coordination des soins autour du patient, protocolisation entre professionnels de différentes disciplines ; coopérations interprofessionnelles mises en œuvre au sens de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique.

La mise en œuvre du dispositif d'information

Le projet décrit :

- l'organisation mise en place afin de faciliter l'accès du patient aux informations médicales le concernant : information du patient sur son droit d'accès, protocole d'archivage des dossiers médicaux, modalités de conservation des dossiers, sort des dossiers en cas de fermeture de la structure et, le cas échéant, proposition

- d'un formulaire de demande, désignation d'une personne référente identifiée chargée de traiter les demandes ;
- les modalités de partage de ces informations de santé (existence ou non d'un système d'information informatisé) entre les professionnels exerçant dans la maison ou le centre de santé, ou éventuellement avec les autres acteurs du territoire, dans le respect des règles de confidentialité (clés d'accès sécurisées, habilitation...) ainsi que le dispositif d'information mis en œuvre permettant également de répondre aux besoins de gestion de la structure ;
- le protocole mis en place afin de garantir l'information des patients sur les conditions de partage entre professionnels de santé des informations de santé les concernant.

Le développement professionnel continu – La démarche qualité

Le projet précise les modalités, si elles existent, visant à favoriser le développement professionnel continu des professionnels de la structure ainsi que toutes les démarches d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques (participation à des groupes d'analyse de pratiques, enquêtes de satisfaction auprès des patients, labellisation,...).

L'accueil d'étudiant - La recherche

Sont déclinées ici les mesures prises en vue d'assurer la participation de la structure à la formation des étudiants à l'exercice pluri-professionnel (terrains de stage, formateurs, liens avec l'université et les écoles) ainsi que les mesures prises pour répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d'un studio, indemnité...).

Est précisée enfin la participation éventuelle à des activités de recherche en lien avec l'université.

B - Le projet d'organisation de la prise en charge

L'accès aux soins

Le projet indique :

- les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et, plus particulièrement, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge ;
- le cas échéant, les actions de communication mises en place, en conformité avec les règles de déontologie (en partenariat avec les ARS et les collectivités locales, éventuellement), en faveur des usagers pour les informer des possibilités de prise en charge offertes par la structure et de l'existence d'une offre aux tarifs opposables ;

La continuité des soins

Le projet précise l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées, en dehors des heures de permanence des soins :

- amplitude des horaires d'ouverture
- possibilité de consultations non programmées

Sont également prévues les modalités d'information des patients sur l'organisation mise en place dans le territoire aux heures de permanence des soins ambulatoire.

Le projet précise également les modalités de prise en charge du patient par l'ensemble des médecins de la structure, même en cas d'absence de son médecin habituel.

La coopération et la coordination externe

Sont ici précisées les relations de la structure, effectives ou en projet (convention, association, création d'un groupement sanitaire de coopération, d'un pôle de santé, d'un réseau de santé...), avec les partenaires du territoire : établissements et services sociaux ou médico-sociaux, structures sanitaires, associations... ; ces relations facilitent l'orientation du patient.

La qualité de la prise en charge

Le projet de santé prévoit le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure. Ces données sont recueillies, le cas échéant, dans le cadre du système d'information mis en place.

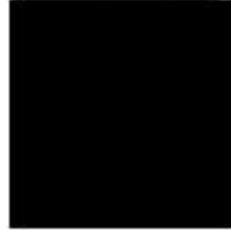
Les nouveaux services du projet d'organisation de la prise en charge

Le projet indique, le cas échéant,

- les activités innovantes associées à la prise en charge des patients : éducation thérapeutique, télésurveillance au domicile des patients, ... ;
- les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine) soit par une réponse propre, soit par conventions passées avec d'autres structures (centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale, ...).

Annexe 5
Exemple d'un projet de santé


PROJET – Décembre 2016



MAÎTRE D'OUVRAGE

LA COMMUNAUTE DE COMMUNES 


PROGRAMME FONCTIONNEL

**Travaux de construction d'une Maison de santé
Pluriprofessionnelle d'intérêt communautaire**


PROJET – Décembre 2016

Programme descriptif De l'opération

Sommaire

CONTEXTE ET HISTORIQUE DU PROJET	page 2
I – DONNEES GENERALES	
1 - Le site, les contraintes liées à l'environnement	page 7
2 - Projet de construction	page 8
3 - Programme des locaux	page 9
4. Coût et délais	page 14
II – OBJECTIFS GENERAUX DE LA CONSTRUCTION	
1 - Les spécificités propres	page 16
2 - Les spécificités techniques générales	page 17
III – CONCLUSION	page 19

PROJET – Décembre 2016

I CONTEXTE GENERAL ET HISTORIQUE

SANTÉ - ETAT DES LIEUX MEDICAL



- ⇒ **Une majorité des communes** [REDACTED] **classées en zone fragile** (arrêté du SROS ambulatoire du 20 février 2012).

La pertinence d'une MSP sur [REDACTED] retient l'attention de l'ARS qui fait bénéficier ce projet d'un accompagnement méthodologique piloté par l'ORU.

Le groupe travail « conforter une offre de santé de proximité » dans le cadre du programme territorial de santé 2013 conclut notamment pour la priorisation de la MSP [REDACTED]

- ⇒ **Historique du projet :**

-mai 2012 : réunion à [REDACTED] organisée par l'URPS PACA qui soutient pleinement notre projet.

-25 juin 2012 : présentation des grandes lignes à l'ARS en Préfecture de Région. Réponse de l'ARS : ce projet bénéficiera d'un accompagnement méthodologique avec pilotage par l'ORU.

-2012/2013 : plusieurs réunions organisées par l'ORU avec les professionnels de santé, diagnostic territorial communiqué par l'ORU en avril 2013. Sur les 32 professionnels de santé rencontrés, une quinzaine souhaite s'impliquer.

-programme territorial de santé 2013 : une des conclusions du groupe de travail « conforter une offre de santé de proximité » est : priorisation des projets de MSP [REDACTED] et [REDACTED]. La commune [REDACTED] s'était par ailleurs engagée à mettre à la disposition des médecins stagiaires un studio ; à ce jour de nombreux étudiants ont fait leur stage (6 mois) sur [REDACTED]

-octobre 2013 : sollicitation du CAUE pour une mission de conseil ayant pour objet l'analyse de 6 sites potentiels pour l'implantation de la MSP au regard de leur capacité à recevoir les surfaces nécessaires, les contraintes physiques et réglementaires, les facilités d'accès et de stationnement.

-01 janvier 2014 : compétence Communauté de Communes [REDACTED] pour la MSP [REDACTED]

-juillet 2014 : communication du rapport du CAUE.

-11 décembre 2014 : réunion ORU (ARS, professionnels, élus) : projet architectural, création d'une association envisagée, présentation d'un tableau d'aide à la rédaction du projet de santé.

-14 janvier 2015 : délibération de la commune sur le choix du site d'implantation.

-20 janvier 2015 : réunion ORU (ARS, professionnels, élus) : ébauche du projet de santé, projet architectural, statuts association. Sollicitation de la part de la [REDACTED] du Département (SPL ID 83) pour étude de faisabilité portant sur le projet architectural et le montage financier de la MSP.

PROJET – Décembre 2016

-17 février 2015 : réunion avec les infirmiers et infirmières pour définir leurs attentes et confirmer leur engagement dans ce projet

-20 mars 2015 : après de nombreuses réunions (élus, professionnels de santé), assemblée générale constitutive de l'Association des professionnels de Santé de la MSP

En ce qui concerne les professionnels de santé, cette association regroupe pour l'instant 3 médecins, 7 infirmiers, une podologue, une kinésithérapeute.

-24 mars 2015 : réunion ORU (ARS, professionnels, SPL, élus) : commentaires sur projet de santé, projet architectural et financement, association.

-30 avril 2015 : remarques et validation par les représentants des collèges professionnels et des élus de la note préalable à la construction de la MSP rédigée par la SPL.

-09 juillet 2015 : réunion ORU, ARS, professionnels de santé, SPL, élus communauté de commune et commune sur notamment le projet architectural et le projet de santé.

-22 juillet 2015 : délibération à l'unanimité des membres de la communauté de communes pour une demande de subvention au titre du CPER (FNAADT) et dans le cadre du CRET pour la MSP

-29 septembre 2015 : réunion des financeurs et présentation du plan de financement. A ce jour, il s'établit ainsi :

Recettes prévisionnelles (€)	HT	Taux
Etat (DETR)	125 000	25%
CPER (FNAADT)	122 500	9,42%
Région (CRET) Aide sélénio	245 000	18,85%
Conseil Départemental	300 000	23,08%
Autofinancement intercommunalité	282 500	21,75%
Reserve parlementaire	25 000	1,92%
Total	1 300 000	100%

• **A ce jour, nous avons reçu les accords :**

- De la DETR à hauteur de 216 125 € (100 000 € en 2015, puis 116 125 € en 2016),
- Du FNAADT à hauteur de 122 500 €
- Du CRET à hauteur de 245 000 €

• **A ce jour, nous sommes toujours dans l'attente :**

- De la subvention départementale, dont le dossier est inscrit à la CP du 24/10, avec un accord de principe sur 200 000 € pour l'année 2016 et 100 000 € pour 2017
- De la réserve parlementaire, pour laquelle nous n'avons pas eu de retour, ni du Député ni du Sénateur.

-04 novembre 2015 : délibération à l'unanimité du conseil communautaire du plan de financement prévisionnel.

-26 janvier 2016 : réunion avec la SPL83 : calendrier prévisionnel.

-28 juin et 12 juillet 7 septembre réunion de travail , rédaction du programme .

PROJET – Décembre 2016

- L'offre de santé et recours aux soins (d'après le travail réalisé par l'ORU)

Le tableau ci-dessous présente la démographie médicale [REDACTED]. Nous notons ainsi que la commune compte 4 médecins. La densité médicale (médecin généraliste) en 2011 à [REDACTED] est de 186/100 000 hab. contre 116 pour le Var. Cependant, il faut noter que les médecins généralistes de la commune interviennent aussi :

- sur [REDACTED] (2093 hab.), [REDACTED] (306 hab.) [REDACTED] (550 hab.) : soit un ajout d'environ 3000 hab. pour ces communes où exerce un seul médecin installé à [REDACTED]
- sur les communes de [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], de [REDACTED]
- sur [REDACTED] (1166 hab.) où un médecin s'est installé récemment (exerçant précédemment à [REDACTED]),
- sur [REDACTED] où est installé un médecin,
- sur la commune de [REDACTED] où deux médecins exercent.

Des consultations sont assurées du lundi au samedi dans les différents cabinets médicaux

Tableau 1 Démographie médicale [REDACTED] (certaines activités peuvent avoir été exclues au moment de la mise en place)

Offre de santé	Médecin	4
	PMI	1
	Kiné	4
	Infirmière	8
	Dentiste	1 + 1 orthodontiste
	Psychologue	1
	Sophrologue	1
	Pharmacie	1
	Pédicure Podologue	1
	Ostéopathe	1
Structure hospitalière	[REDACTED]	30 km – 38 min
	[REDACTED]	33 km – 43 min
	[REDACTED]	35 km – 42 min
	[REDACTED]	38 km – 52 min

PROJET – Décembre 2016

Il est à noter que depuis que l'ORU a réalisé son diagnostic (avril 2013), un dentiste, l'orthophoniste et la psychanalyste n'exercent plus leur activité. Seuls les kinésithérapeutes sont en augmentation (un départ et 2 arrivées).

Plusieurs radiologues se trouvent à [REDACTED] et un laboratoire d'analyses médicales est localisé à [REDACTED] (7 km).

Le taux standardisé de recours à un médecin généraliste en 2009 est à peu près similaire entre les cantons regroupés [REDACTED] et le département du [REDACTED] (pas de différence significative avec 79.9% contre 78%). De même, le taux de recours à un infirmier libéral est quasiment identique entre les deux territoires (respectivement 19.2% et 18%).

En revanche, les recours au pédiatre et au psychiatre sont moins fréquents pour le territoire [REDACTED] : taux standardisé de recours au pédiatre 16.4% ; 25.7% pour le département et 27.6% pour la région – recours au psychiatre : 1.9% ; 3.9% et 4.2%).

▪ L'offre médico-sociale

Les cantons [REDACTED] comptent au total 73 places/lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Cela correspond à un taux d'équipement de 23 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux est en dessous de la moyenne départementale (112 ‰) et régionale (117 ‰).

Nous dénombrons d'autre part 3 places en accueil de jour pour personnes âgées. Aucune place n'est comptabilisée en SSIAD et en hébergement temporaire.

Il n'existe aucune place en établissement d'hébergement² pour adultes et enfants handicapés sur les cantons regroupés [REDACTED]

▪ Les réseaux

Nous comptons en 2009, 10 réseaux de santé agissant sur le territoire [REDACTED]. La répartition est la suivante :

- 2 réseaux de cancérologie : [REDACTED] et [REDACTED] (réseaux d'onco pédiatrie)

¹ Ces informations démographiques ont été établies à partir de l'annuaire des Pages Jaunes et des fichiers de l'ordre des médecins (cf. en Annexe les Noms et adresse des professionnels). A noter qu'il existe des écarts avec les données de l'URCAM disponible sur la base de données de l'ORS PACA (Sirep PACA).

² Les établissements hébergeant des adultes handicapés comprennent les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), les Foyers d'accueil médicalisés (FAM), les foyers-occupacionels et les foyers de vie.

PROJET – Décembre 2016

- 1 réseau de diabétologie : [REDACTED]
- 5 réseaux de handicap : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
- 1 réseau de sclérose latérale amyotrophique : [REDACTED]
- 1 réseau de soins palliatifs : [REDACTED]

En revanche, il n'y a aucun réseau d'addictologie, gériatrie, sur les maladies infectieuses et concernant la souffrance psychique.

▪ L'offre sociale

Un Centre Communal d'Action Social se trouve à la Mairie [REDACTED]. La commune a aussi mis en place un Relais Services Publics, à ce jour MSAP compétence de la communauté de Commune [REDACTED] avec des permanences de la mission locale, de Pôle Emploi, CPAM. Des bornes CAF et CPAM sont en libre accès.

> Des centres hospitaliers ou cliniques éloignées au sud du territoire.



Figure 1 : Localisation des hôpitaux et cliniques en 2011

PROJET – Décembre 2016

GEOGRAPHIE

- ⇒ **Des contraintes géographiques fortes** : une étendue très large sur un territoire rural avec des villages retirés, ce territoire subit une très forte augmentation de population de juin à septembre dû à l'arrivée massive de touristes autour [REDACTED]
- ⇒ **Des contraintes de distances importantes avec des temps de parcours estimés hors saison estivale** entre :
 - [REDACTED] : 50 mn durée variable suivant les saisons
 - [REDACTED] : 40 mn durée variable suivant les saisons
 - [REDACTED] : 1h30 durée variable suivant les saisons

DEMOGRAPHIE

- **8000 habitants** sur le territoire de la [REDACTED]
- **Une population qui triple en été** avec notamment **un grand nombre de touristes dans les campings, gîtes, hôtels... autour [REDACTED]**

SOLIDARITE

Une offre de service public est existante au sein de la maison de services au public sur [REDACTED] ouverte du lundi au vendredi qui regroupe différents partenaires sociaux, et économique (CPAM, assistance sociale , PMI , pôle emploi, mission locale...)

Des permanences ont lieu avec et sans rendez- vous selon les partenaires

- ⇒ **La présence des services sociaux du Conseil Général du Var avec :**
 - [REDACTED] *dans laquelle se trouvent des équipes sociales et médico-sociales à l'écoute des usagers : orientation dans les démarches des usagers, constitution de dossier, conseil et actions de prévention, consultation pour les enfants (Protection maternelle et Infantile), maintien à domicile des personnes âgées, etc.*

1 – Le site, les contraintes liées à l'environnement

- Le site

- ▶ La communauté de communes [REDACTED] a une population de 8 000 habitants d'une superficie de 413Km². Elle est composée de 11 communes [REDACTED], [REDACTED] qui sont situées entre 200 et 800 m d'altitude et sont classées en zone de montagne et de revitalisation rurale.

La commune [REDACTED] est la plus éloignée, du centre hospitalier [REDACTED] (83) à 52 km et à 20 km [REDACTED]

Les élus de la communauté de [REDACTED] souhaitent créer **une Maison de santé pluri professionnelle d'intérêt communautaire [REDACTED]** en milieu rural

PROJET – Décembre 2016

Intégrant des paramédicaux et un lieu de ressource « social et solidaire », PMI et assistante sociale.

Ce projet a été validé par l'ARS et l'ORU a été mandaté pour la gestion de ce dossier.

Les objectifs principaux :

Créer un réseau de soins primaire centré sur les patients.

Développer une formation professionnelle interdisciplinaire, adaptées aux pratiques et aux recommandations actuelles et à venir.

Développer la coordination des soins.

Développer la permanence et la continuité des soins.

La future maison de santé d'intérêt communautaire [REDACTED] sera implantée sur une parcelle cadastrée section 317 et 318 section U. L'emprise de terrain nécessaire pour la construction est mis gracieusement à disposition par la commune [REDACTED] à la communauté de communes [REDACTED] maître d'ouvrage de l'opération.

Le maire [REDACTED] devra être impliqué dès le démarrage des études préliminaires et jusqu'à la réception de l'ouvrage.

Annexe : courrier de la mairie [REDACTED] mise à disposition

2- PROJET DE CONSTRUCTION

LE TERRAIN

I- a)La Présentation du terrain

Le terrain envisagé pour la construction de cet équipement est situé au cœur du village, en relation directe avec la [REDACTED] sur laquelle sont implantées la Mairie et la Communauté de Communes, configu au [REDACTED]

Il abrite, en contrebas de la place, les anciens bâtiments de la piscine municipale qui ont été désaffectés depuis plusieurs années (mais occupés par le [REDACTED]), un espace de stationnement dont le traitement est peu satisfaisant, ainsi qu'une aire de jeux pour les enfants.

Ce terrain d'emprise est cadastré parcelle 317 section UDb, il a une superficie de 5985 m², le square est cadastré parcelle 318.

Note : le choix de cet emplacement (Actuel Parking piscine, jardin enfants) résulte d'une délibération du CM [REDACTED] en date du [REDACTED] prise suite à une étude réalisée par le CAUE portant sur 6 sites potentiels.

– b) Les contraintes liées au projet

L'implantation de la Maison de la Santé est envisagée sur ce terrain d'emprise en répondant à certaines contraintes de fonctionnalité urbaine :

1 – Liaison directe et à niveau depuis la place [REDACTED]

2 – Possibilité de déplacer ou recomposer l'espace dédié aux enfants [REDACTED] pour permettre une meilleure lisibilité du projet.

PROJET – Décembre 2016

3 – Maintenir une vue en perspective de paysage lointain depuis la place [REDACTED], afin d'éviter de « fermer l'horizon ».

4 – Le bâtiment à implanter pourra être accompagné de la démolition partielle ou totale des ouvrages actuels de la piscine et de son vestiaire afin de permettre une bonne requalification du projet. Il pourra également être envisagé de déplacer selon besoin, tout ou partie seulement, le [REDACTED] et le parking qui seront retraités par des aménagements adaptés.

5 – Ce bâtiment devra prendre en compte la proximité de la [REDACTED] qui est situé en « Contre Haut » par rapport au terrain d'emprise, ce qui implique des mesures de protection au regard des écoulements d'eau et une réflexion sur l'implantation du bâtiment qui pourrait être situé soit sur la parcelle le long de ce ruisseau (Ouest), soit sur la parcelle côté opposé (Est).

III c – Le P.L.U

Selon les éléments du PLU approuvé en 2013, et modifié en janvier 2014, ce terrain est classé en zone UDb à vocation résidentielle et destinée aux équipements publics.

Le règlement de cette zone, est compatible avec le projet, les quelques points à vérifier ont fait l'objet d'une validation par la commune, ils portaient sur les chapitres ci après :

Article 2 – Occupations soumises à conditions spéciales

Article 7 – Implantation aux limites

Article 7 – Hauteur des constructions

III d – Les autres contraintes grevant le terrain

Le terrain est notamment situé dans une zone sismique ce qui impliquera d'adopter des dispositions constructives particulières.

Le terrain est situé à un niveau altimétrique inférieur au ruisseau [REDACTED], ce qui impliquera suivant la solution retenue des aménagements particuliers.

3– LE PROGRAMME DE LOCAUX

a - Les locaux

Ce programme découle des analyses fonctionnelles réalisées par le Groupe [REDACTED] et qui a arrêté la composition de l'établissement sur le programme de locaux suivants :

Nota Bene : Le programme a été revu à la baisse suite à la réunion du [REDACTED] par le groupe [REDACTED]. Le programme qui suit inclut les économies de surface décidées ce même jour par le groupe de travail sur proposition de l'ARS et de la Communauté de Communes.

Le maître d'œuvre devra tenir compte des observations du groupe de travail une fois validé par le maître d'ouvrage tout au long de l'opération.

PROJET – Décembre 2016

Liste des locaux et surfaces nécessaires non exhaustives

A – Partie médicale

	Nombre	Surface Utile	Surface Totale
Hall d'accueil	1	20	20
cabinets de médecins	3	25	75
Salle de soins et d'urgence	1	25	25
Secrétariat médical	1	20	20
Salle d'attente médecins	1	30	30
Salle d'archives et matériel médicales	1	15	15
Cabinet de soins infirmiers	1	24	24
Cabinet kiné avec 2 box	1	50	50
Cabinet podologue	1	33	33
Cabinet polyvalent et échographie	1	25	25
Réserve cabinet polyvalent	1	5	5
Salle de réunion et télémedecine	1	30	30
Office et réserve salle de réunion et Bureau de coordination	1	15	15
Salle attente autres spécialités (circulation)	1	0	0
Sanitaires HF PMR	2	8	16
Sanitaires des professionnels	2	4	8
Locaux entretien	1	12	12
			403m²

NOTA : il est demandé au maître d'œuvre de pouvoir optimiser les espaces soit en modifiant les surfaces nécessaires ou en mutualisant des espaces afin de pouvoir réaliser dans la mesure du possible deux cabinets supplémentaires.

B – Partie hébergement

	Nombre	Surface utile	Surface totale
Logement type T 3 avec 2 chambres			
chambres	2	10	20
Cuisine Salle à manger Salon	1	20	20
Salle d'eau	1	6	6
WC	1	2	2
circulation	1	5	5
			53 m²

Nota : Les surfaces indiquées ne comprennent pas les circulations et couloirs desservant l'ensemble des locaux médicaux.

PROJET – Décembre 2016

b – organisation des locaux, volumétrie globale

Deux solutions d'implantation du bâtiment adoptant chacune une implantation et une [REDACTED] npte dans son étude mais sans fermer la porte pour étudier différentes possibilités mieux adaptées techniquement et économiquement à ce projet tenant compte de l'intégration du bâtiment dans le paysage.

L'étude devra comprendre dans son ensemble, la construction et les aménagements extérieurs (abords, parking, accès...) communaux et intercommunaux. Une répartition financière et de propriété sera définie entre la mairie et la communauté de communes ultérieurement.

Dans la mesure du possible le maître d'œuvre devra essayer que le Hall d'accueil et une partie des locaux de la partie médicale soient implantés dans un bâtiment qui dispose d'un étage calé en altimétrie au niveau de la place [REDACTED]

Solution 1

Le bâtiment est implanté avec un accès direct sur la place, côté Nord Est, au voisinage immédiat de la piscine et des vestiaires. Il est composé de 3 niveaux qui abritent globalement l'ensemble des locaux concernés avec un ascenseur qui dessert tous les étages.

Le niveau intermédiaire est calé à l'altimétrie de la place et abrite une partie des locaux médicaux dont le hall d'accueil, le secrétariat médical et les bureaux des médecins avec une salle d'attente.

Le niveau inférieur abrite une partie des autres locaux médicaux, alors qu'au dernier niveau sont implantés le logement de fonction, la salle de réunion et un cabinet de spécialiste (ex podologue). Cette disposition permet d'équilibrer la répartition des surfaces dans les étages. Une zone de parking d'environ 30 emplacements réservés à la MSP doit être prise en compte dans le projet.

Solution 2

Dans ce cas le bâtiment est implanté avec un accès direct sur la place, côté Ouest, au voisinage immédiat du ruisseau. Il est composé de 2 niveaux : A savoir un niveau qui abrite l'ensemble des locaux médicaux sur un plateau situé au niveau de la place.

On dispose la totalité des locaux de la partie médicale, sur un seul plateau à niveau, accessible directement depuis la place.

Le niveau bas abrite l'hébergement, et une zone de parking couverte pour 30 emplacements de parking réservés à la MSP.

Les propositions devront comprendre une étude globale d'aménagement sur la totalité de la parcelle (bâtiment et parking et accès) en tenant compte du besoin en priorité pour la MSP mais en intégrant un projet d'aménagement urbain global et cohérent.

PROJET – Décembre 2016

C- Le contenu spécifique de certains locaux

Les salles d'attente au nombre de 2 doivent être dédiées à des prises en charge de patients spécifiques et être bien identifiées. Elles devront être à l'écart des salles de consultation avec un cheminement clair et compréhensible.

La surface de chaque cabinet doit inclure l'ensemble des espaces spécifiques aux diverses contraintes des spécialités (cabine de déshabillage, auscultation, consultation, ...)

L'entrée de l'établissement débouche dans le hall d'accueil qui contient une banque d'accueil.

D -Extension future et phasage

Outre les contraintes liées au local du dentiste, la construction devra prendre en compte la possibilité d'une extension future du bâtiment dans l'hypothèse où il apparaîtrait nécessaire d'accroître les capacités de cet équipement compte tenu de nouvelles demandes.

1 - Les spécificités propres aux locaux suivants :

L'organisation de la future Maison de Santé Pluri professionnelle qui est souhaitée être développée s'articule autour des 3 principes :

- ⇒ Créer les conditions favorables à la mise en place d'une organisation médicale partagée par les différents professionnels de santé.
- ⇒ Aménager les abords et accès à hauteur de **30** places de parking afin de faciliter le stationnement réservé des usagers et leurs accès à la future Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Cet aménagement sera à inclure dans l'aménagement global extérieur.
- ⇒ Mettre en place des surfaces adaptées aux besoins des activités médicales, paramédicales, et sociales. **Circulations nécessaires dans le bâtiment** (30% de la surface supplémentaire décrite)
- ⇒ Prévoir des salles d'attentes séparées entre les médecins généralistes et paramédicaux

Cet espace permettra également de mettre en place une véritable permanence sociale et solidaire ou les équipes suivantes PMI , assistance sociale.. Pourront effectuer des présences régulières.

Une attention particulière sera portée au traitement des éléments suivants :

- la sécurité réglementaire mais aussi d'usage (angles vifs, qualité des matériaux),
- le confort visuel (forme, nature et couleur des matériaux employés),
- l'hygiène (facilité d'entretien),
- du caractère « confidentiel» des échanges entre professionnels et usagers dans les locaux : Il est important de prendre en compte la problématique de la sphère privée. Il est important que quelques soient les activités et soins prodigués que les espaces soient suffisamment respectueux d'une certaine confidentialité eu égard au secret professionnel (Patient / Médecins et usagers / services solidaires).

4 – ELEMENTS DE COUT ET DELAIS

PROJET – Décembre 2016

Coût de l'opération et imputation des charges

a) Le coût des travaux

En première approche en l'absence de lever topographique et de sondage du terrain, les prix indiqués sont fondés sur l'expérience et les ratios usuels.

Certains travaux pourront s'imputer aux deux maîtres d'ouvrages (Commune et Communauté de Communes) :

- **A Travaux préliminaires :**
Démolition éventuelle tout ou partie du vestiaire et de la piscine.
Déplacement du parking et du jardin d'enfant éventuelle tout ou partie.

A la charge de la commune [REDACTED]

- **B Travaux éventuels d'aménagement du ruisseau et de création d'une évacuation des eaux en cas de surverse, ou mise en place d'un dispositif d'évacuation des eaux adapté selon le projet retenue**

A La charge de la commune [REDACTED]

- **C Travaux de construction du bâtiment, locaux, parkings (30 places) et autres en partie sous-sol si besoin.**

A la charge Maître d'ouvrage Communauté de Communes [REDACTED]

- **D Travaux de reconstitution du jardin d'enfant, des abords et des parkings supplémentaires et réaménagement localisé de la** [REDACTED]

A la charge de la commune [REDACTED]

b Coût prévisionnel de l'opération de construction

Celui-ci vise à prendre en compte les coûts annexes aux travaux et concernant toutes les dépenses susceptible de s'agréger aux travaux. Ils comprennent notamment la rémunération du maître d'œuvre, le contrôle technique, le coordonnateur SPS, l'assistant au maître d'ouvrage, ... et à ce stade de l'étude il est usuel d'adopter un coefficient de 25% pour le bâtiment et 15% pour les infrastructures.

Coût opération pour la commune

Travaux concernés postes A + B + D

Montant prévisionnel de l'opération : 120 000 € HT

PROJET – Décembre 2016

Coût opération pour la communauté de communes

Travaux concernés postes C

Montant prévisionnel de l'opération : 1300 000 € HT

C- Délais

La phase étude entre la délibération de lancement de l'opération, le Permis de construire et le lancement des consultations travaux devrait durer 4 mois

La phase travaux comprendrait des travaux préparatoires et le délai de construction du bâtiment lui-même 12 mois les travaux doivent impérativement être terminés avant le 30 septembre 2018 ouverture de la MSP 1^{er} octobre 2018

Calendrier prévisionnel :

Consultation MO : décembre 2016

Notification : Février 2017

PC dépôt : avril 2017

Accord PC : mai 2017

Montage marché de travaux : Avril 2017

Consultation marché trvx : juin / juillet 2017

Démarrage TRVX oct 2017 fin trvx sept 2018.

II Objectifs généraux de l'opération de construction

Le maître d'œuvre devra faire une proposition d'honoraire sur la partie de la construction C au maître d'ouvrage [REDACTÉ] en tenant compte des éléments suivants et dans le dossier et proposera en annexe une proposition d'honoraire pour la communes [REDACTÉ] sur les parties A B et D.

1. Les spécificités propres

L'enveloppe financière provisoire affectée aux travaux prévus par le maître de l'ouvrage [REDACTÉ] est égale à 1 300 0000 €HT Cette enveloppe inclut les travaux de construction, parking et VRD dédiés à la MSP, frais annexes (révisions, aléas).

La parcelle de terrain attenante pour les travaux d'extension est d'environ 5985 m².

Le projet devra répondre aux normes et règles de construction en vigueur, et notamment en matière d'accessibilité (handicapés,...) d'hygiène et de sécurité.

Le projet devra être conforme au document d'urbanisme et aux règles en vigueur.

Les matériaux utilisés pour le projet devront être durables et présenter d'excellentes caractéristiques appropriées à un entretien aisé.

Les travaux d'extension devront s'intégrer à l'environnement et les concepteurs pourront apporter une réponse architecturale contemporaine en harmonie avec le site, ses nuances et ses couleurs. Le dialogue du projet avec son environnement pourra être établi au travers de l'emploi de formes simples et la mise en œuvre de matériaux élémentaires (pierres, bois, verre, terre cuite, végétaux, etc...).

PROJET – Décembre 2016

L'architecture du bâtiment, les matériaux, les couleurs, les géométries et les textures employés devront favoriser son appropriation par les utilisateurs et usagers.

Déroulement de l'opération et missions des intervenants

Le calendrier général de l'opération est organisé comme suit : à partir du mois M0

Les consultations des marchés de contrôleur technique, de [REDACTED] sont menées en vue d'une notification de ces marchés pour les mois février 2017.

La procédure pour l'attribution du marché de maîtrise d'œuvre en procédure adaptée devrait aboutir à la notification de ce marché pour les mois de Février 2017 (date prévisionnelle).

Délais prévisionnels d'études et de travaux

La phase conception est estimée à 4 mois.

La phase réalisation est estimée à 12 mois y compris la période de préparation de 15 jours.

La dévolution des travaux pourrait être allotie tel que suit :

1. Démolition – Terrassement
2. Travaux préparatoires – Gros Œuvre – Maçonnerie et Façades
3. Charpente – Couverture Etanchéité :
4. Menuiseries extérieures – Aluminium – PVC – Occultation – Serrurerie
5. Menuiseries intérieures – Agencement – Signalétique - Organigramme
6. Cloisons - Doublages
7. Chapes – Carrelage
8. Peinture - Nettoyage
9. Faux Plafonds
10. Voirie divers et aménagement des Abords
11. Electricité – Courants Forts – Courants faibles - SSI
12. Chauffage – Rafraîchissement – Ventilation – VMC – Plomberie – Sanitaire – Désenfumage

2 – Les spécificités techniques générales

Les éléments fournis ont pour but de faciliter l'accomplissement de la mission d'ingénierie. Il appartiendra aux concepteurs de rechercher tous les éléments d'informations complémentaires nécessaires à la conception et à la réalisation du projet, en conformité avec les exigences réglementaires nationales, départementales, municipales et conformément aux règles de l'art ainsi qu'aux cahiers des charges techniques, normes, DTU applicable aux ouvrages et au présent programme.

La maîtrise d'œuvre devra concevoir, décrire et faire réaliser le bâtiment en bonne adéquation avec les besoins et exigences des utilisateurs.

Pérennité des ouvrages – Exploitation

Il sera recherché pour la rénovation et la construction des ouvrages, l'utilisation de techniques simples et de matériaux robustes garantissant la longévité des bâtiments et diminuant le coût d'entretien et de remplacement.

PROJET – Décembre 2016

Toutes les parties métalliques devront résister à la corrosion. L'accessibilité des appareillages sera prise en compte, notamment celle des réseaux et des équipements afin d'en faciliter la maintenance et le renouvellement.

Classement des ouvrages

Les ouvrages décrits sont destinés à accueillir du public. Le projet sera soumis dès la phase APS à l'accord du contrôle technique et à la Commission de Sécurité. Une mission de contrôle technique sera confiée par le maître d'ouvrage à un contrôleur technique qui vérifiera la conformité des ouvrages.

Structure

Le type de structure permettra une grande flexibilité dans l'organisation des espaces. Elle sera dimensionnée de façon à supporter les actions directes et indirectes, notamment les charges permanentes constituant tous les éléments de l'ouvrage, les charges d'exploitation et autres contraintes éventuelles (climatiques, vent fort, sismicité de type modérée zone 3, etc....) Les charges minimales seront conformes aux normes DTU en vigueur et devront respecter le code de la construction et de l'habitation.

Façades

Les façades devront être d'un entretien facile.

Les soubassements de façades seront traités contre les salissures et les dégradations.

Les poteaux ne seront pas à angles vifs ou seront protégés.

Toitures

Elles seront conçues et réalisées en respectant pour sa majorité les formes et les perspectives environnantes du site, en associant les contraintes de vent fort et d'épisodes neigeux la commune étant perchée et exposée au Mistral. Elles permettront un entretien facile et le bon fonctionnement des systèmes d'évacuation des eaux pluviales dans les parties horizontales et verticales.

Vide sanitaire

Le vide sanitaire sera d'une hauteur permettant les visites d'entretien et son accès sera facile. Le vide sanitaire sera ventilé depuis l'extérieur.

Cloisons de distribution

Les cloisons dans les locaux humides (sanitaires) seront protégées par de la faïence murale.

Revêtements de sol

Le revêtement de sol sera résistant à l'usure, au poinçonnement et ingélf.

Revêtements muraux

Les revêtements muraux seront faits de matériaux robustes et pérennes et d'un entretien facile.

Confort acoustique

La qualité de l'acoustique contribuant au bon déroulement des activités, il est nécessaire que tous les intervenants de la conception à la réalisation soient fortement sensibilisés à ce sujet.

Tous les locaux doivent présenter un niveau de confort acoustique satisfaisant en tenant compte de la qualité de l'isolement vis-à-vis :

PROJET – Décembre 2016

- des bruits intérieurs
- des bruits d'équipements
- des bruits de chocs
- des bruits extérieurs.

Courants forts

La solution retenue devra permettre les alimentations intérieures et extérieures de l'ensemble des locaux adaptées à une tarification optimisée.

Réseaux

Les réseaux EP et EU seront séparés et raccordés aux réseaux d'évacuation communaux. Les réseaux électricité, évacuation et de desserte en eau, feront l'objet d'études particulières avec les concessionnaires compte tenu des besoins du projet.

Isolation et installations de chauffage/climatisation/ventilation

Tous les locaux seront chauffés et rafraîchis.

Les installations seront conçues de façon à :

Sécurité incendie

Il sera mis en place un système de détection incendie conforme à la réglementation de sécurité contre l'incendie et de panique relatif aux locaux recevant du public suivant son classement.

Protection contre les chocs

Les angles vifs et les parties saillantes du gros-œuvre sont à proscrire.

Réglementation thermique et performance énergétique des bâtiments neufs

Pris en compte de la réglementation en vigueur (RT 2012, ...)

Réglementation des ERP

En matière de sécurité dans les établissements recevant du public (ERP), les principes qui guident la réglementation applicable s'attachent à ce que ces établissements soient conçus de manière à permettre :

- de limiter les risques d'incendie, d'alerter les occupants lorsqu'un sinistre se déclare,
- de favoriser l'évacuation des personnes tout en évitant la panique, d'alerter des services de secours et faciliter leur intervention.

Les mesures de prévention contre les incendies concernent tous les travaux, qu'ils portent sur la création, l'aménagement ou la modification de ces établissements. Elles s'appliquent également à toutes les phases de la « vie » de l'établissement : conception, construction et exploitation.

III – CONCLUSION

La présente note a fait été mise à jour suite à la réunion du 9 Juillet 2016 et aux différents échanges avec la mairie [REDACTED] et la [REDACTED] (dernière version au 16 /10/2016).

Le programme inclut donc les économies de surface décidées ce même jour par le groupe de travail sur proposition de l'ARS et validées par le maître d'ouvrage et la commune [REDACTED] ainsi que le montant de l'opération pour la [REDACTED] à 1300 000 € HT et 120 000 € HT pour la commune [REDACTED]. Pour un montant total d'opération 1 420 000 € HT.

PROJET – Décembre 2016

Il est demandé de prévoir une répartition des honoraires du maître d'œuvre entre la [REDACTED] et la commune [REDACTED].
Une annexe détaillant les répartitions sera la bienvenue à la remise de l'offre.

PROJET
TENDRESON 42 4 2016

LE ROLE DE FACILITATEUR DES ELUS SE CONFRONTE A LA LOGIQUE LIBERALE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES

Elèves :

Laurine Blaise (AAH), Aldric Evain (DH), Karine Fredj (DS), Geoffroy Hainaut (D3S), Maxime Jaouen (AAH), Louis Lefebvre (D3S), Evan Malczyk (DH), Christine Mokritzky (DS), Etienne Rouault (DH)

RESUMÉ

Trois idées clés à retenir

- Analyser la place des élus dans l'élaboration des projets de MSP consiste à s'interroger sur leur rôle : sont-ils des facilitateurs ou des décideurs ?
- La création de la MSP de la commune d'A a été initiée par le maire en étroite collaboration avec les professionnels de santé qui ont rédigé le projet de santé.
- L'implication des élus représente une réelle valeur ajoutée mais leur rôle doit de préférence se limiter à l'aspect financier et immobilier du projet de MSP.

Enjeux et problématique

Face à la problématique des déserts médicaux, les élus des communes déficitaires ou fragiles se mobilisent pour trouver des solutions afin d'attirer des médecins sur leur territoire. A ce titre, les MSP constituent un modèle attractif, notamment pour les jeunes praticiens, et de nombreuses communes cherchent à monter ce type de structure d'exercice pluriprofessionnel.

L'implication des élus apparaît déterminante pour la conduite de tels projets, notamment en matière immobilière et d'urbanisme. Toutefois, lorsque le projet n'est que politique et n'est pas porté par des professionnels de santé, le risque est de conduire à la constitution de « coquilles vides ».

La création des MSP révèle une acculturation de plus en plus forte par les élus aux problématiques de santé publique sur leur territoire. La création des centres de santé peut constituer une alternative pour les élus désireux de se doter d'un véritable service public communal de santé.

Définitions

Les MSP regroupent sur un même lieu d'exercice des professionnels de santé coordonnés autour d'un projet de santé partagé. Elles sont constituées au moins de deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. L'article L6323-3 du Code de Santé publique précise qu'elles assurent "des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales".

Les centres de santé regroupent également sur un même lieu d'exercice des professionnels de santé. L'article L6323-1 du Code de Santé publique dispose que les médecins qui y exercent sont salariés. En outre, les centres de santé doivent appliquer le tiers payant ainsi que les tarifs de secteur 1. A l'inverse des MSP, le projet de santé et le règlement intérieur sont élaborés par le gestionnaire (collectivité territoriale, organisme à but non lucratif, mutuelle, établissements de santé).

En pratique

La création de la MSP de la commune d'A. a été initiée par le Maire, ancien pharmacien, pour faire face à la diminution du nombre de médecins sur le territoire. Le projet de santé a été rédigé par les professionnels de santé intéressés, en étroite collaboration avec le conseil municipal. Ce projet s'inscrit dans une vision globale de santé publique sur le territoire de santé de l'intercommunalité. Le projet a bénéficié de plusieurs financements des différentes collectivités territoriales (communes membres de l'intercommunalité, conseil départemental, conseil régional, Etat).

Recommandations

- Les projets doivent en priorité être initiés et portés par des professionnels de santé. Un projet de MSP ne peut en effet aboutir que s'il repose sur une équipe soudée de professionnels de santé et un projet médical partagé.
- Les élus doivent agir en tant que facilitateurs. Leur valeur ajoutée se situe dans le champ de l'urbanisme, de l'immobilier et du portage politique.
- Les élus doivent éviter toute ingérence dans le projet médical. Les professionnels de santé regroupés en MSP relèvent d'un statut libéral et sont à ce titre maîtres de l'organisation de leur temps et indépendants dans l'exercice de leur art médical.
- Les ARS doivent intervenir en tant que supports et accompagnateurs. A ce titre, il conviendrait de renforcer et d'harmoniser les compétences des agents d'ARS et des outils dont ils disposent pour accompagner les porteurs de projets.
- Les élus qui souhaitent agir en tant que décideurs peuvent toujours choisir le modèle alternatif du centre de santé. En créant ainsi un service public communal de santé, ils garderont la maîtrise du projet médical et sanitaire.

Pour aller plus loin

Pierre De Haas, *Monter et faire vivre une maison de santé*. Le Coudrier 2015.

Daniel Coutant, François Tuffreau, *La médecine générale, une spécialité d'avenir. Des premières conventions médicales aux maisons de santé*, Presses de l'EHESP, mars 2016.

Santé publique, *Les maisons de santé : une solution d'avenir*, supplément n°4, Juillet-août 2009.

MOTS CLÉS

Maison de santé pluriprofessionnelle ; MSP ; Premier recours ; Centre de santé ; Désert médical ; Structure d'exercice collectif ; Exercice libéral ; Elus ; Offre de soins ; Territoire ; Diagnostic territorial ; Démographie médicale.

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

