



---

**Master 2 Mention Santé publique**  
**Parcours : Pilotage des politiques et actions**  
**en santé publique**  
*Promotion : 2019-2020*

**Le développement des Maisons de Santé Pluri-  
professionnelles : un accompagnement adapté effectué  
par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ?**

---

Aymeric SENTIER

---

## Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des agents de l'ARS avec qui j'ai eu l'occasion de travailler, échanger et qui ont su m'accueillir au sein de leur équipe. Je remercie tout particulièrement Anne-Maëlle Cantinat et Nathalie Borel, qui ont assuré l'encadrement de mon stage et ont su me faire confiance pour ce projet.

Je remercie également M. Schweyer et M. Campéon, enseignants de l'EHESP, qui m'ont accompagné pour ce mémoire.

Je souhaite remercier vivement toutes les personnes avec qui j'ai pu m'entretenir et les professionnels de MSP qui ont répondu à mon enquête, pour leur disponibilité, leurs réponses et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Ces échanges et ces retours font la richesse de ce rendu.

Je remercie mes colocataires, mes amis et ma famille pour leur soutien et leurs conseils tout au long de ce master. Un merci tout particulier à Anaïs Marceaux pour les nombreuses relectures de ce mémoire.

Enfin je remercie la Fédération Nationale des Etudiant.e.s en Soins Infirmiers qui a su éveiller en moi ce désir de travailler autour de la pluri-professionnalité et cette volonté de contribuer à l'amélioration du système de santé.

« Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin »

Proverbe africain

---

# S o m m a i r e

---

Introduction.....	8
Problématisation et cadre méthodologique .....	10
Énoncé de la problématique.....	10
Méthodologie.....	11
<b>1 - L'émergence de l'exercice coordonné .....</b>	<b>15</b>
1.1    La médecine libérale : une profession en pleine évolution .....	15
1.1.1    Les médecins libéraux : les acteurs principaux pour la coordination des soins	15
1.1.2    Évolution démographique : l'Isère un territoire attractif mais avec une répartition inégale infra-départementale des médecins .....	17
1.1.3    Les « déserts médicaux » : une ou plusieurs définitions ? .....	19
1.1.4    Problématique d'installation : un besoin de regroupement.....	21
1.2    L'émergence d'une nouvelle organisation des soins ambulatoires.....	23
1.2.1    L'évolution des besoins populationnels.....	23
1.2.2    Une pratique soumise à de nombreuses réformes.....	27
1.2.3    Les maisons de santé pluri-professionnelles : une vision plurielle.....	30
<b>2 – Le développement des MSP en Auvergne-Rhône-Alpes.....</b>	<b>35</b>
2.1    La politique d'accompagnement de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes .....	35
2.1.1    Une politique segmentée .....	35
2.1.2    Une politique coordonnée .....	39
2.1.3    Une politique méconnue du territoire .....	41
2.2    Les freins au développement des MSP : des besoins de terrain .....	44
2.2.1    Les coordinateurs .....	45
2.2.2    Le projet immobilier .....	47
2.2.3    Le manque de professionnels de santé .....	48
2.2.4    Bénévolat et prévention promotion de la santé .....	50
2.3    Comparaison avec la politique d'accompagnement de l'ARS Bretagne .....	51

<b>3 – Recommandations et pistes de réflexion</b> .....	53
3.1 Rendre identifiable par tous la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes .....	53
3.2 Développer la prospection .....	54
3.3 Poursuivre et développer la coordination entre institutions et au sein de l'ARS .....	56
3.4 Diversifier les postes de dépenses de l'enveloppe FIR .....	57
3.5 Accompagner le développement de la coordination de MSP .....	58
3.6 Poursuivre et développer l'accompagnement à la rédaction du projet de santé et le suivi des MSP.....	60
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Articles/Ouvrages .....	64
Textes législatifs.....	65
Dossier/Rapports .....	66
Références Internets .....	66
Liste des annexes.....	68
Annexe 1 : Composition CTR et ECD.....	68
Annexe 2 : Guide d'entretien .....	69
Annexe 3 : Guide d'enquête .....	70
Annexe 4 : Graphiques sur la démographie médicale en France, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Isère. ....	71
Annexe 5 : Cartographie des professions libérales de santé .....	73
Annexe 6 : Accroissement de la population à tous les âges en Auvergne-Rhône-Alpes	76
Annexe 7 : Graphique de l'évolution du nombre de MSP en Auvergne-Rhône-Alpes. ...	77
Annexe 8 : Cartographie de l'exercice regroupé en Auvergne-Rhône-Alpes .....	78

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACI = Accord Conventionnel Interprofessionnel

AFDET = Association Française de Développement de l'Éducation Thérapeutique

ALD = Affection de Longue Durée

APL = Accessibilité Potentielle Localisée

ARS = Agence Régionale de Santé

Avec Santé = Avenir de l'Exercice Coordonné Santé

CDAUV = Coordination de Démarrage en AUvergne.

CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNAM = Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNRTL = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CPAM = Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

CPTS = Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSP = Catégories Socio-Professionnelles

CTR = Comité Technique Régional

DAC = Dispositif d'Appui à la Coordination

DCGDR = Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque

DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECD = Espace de Concertation Départemental

EHESP = École de Hautes Études en Santé Publique

EPCI = Établissement Public de Coopération Intercommunale

ESP = Équipe de Soins Primaires

FemasAura = FÉdération des MAisons de Santé en Auvergne-Rhône-Alpes

FIR = Fonds d'Intervention Régional

FFMPS = Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

GCS = Groupement de Coopération Sanitaire

HAS = Haute Autorité de Santé

IRDES = Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

Loi HPST = Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

Loi LMSS = Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MAIA= Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin dans le champ de l'autonomie

MOOC = Massive Open Online Course

MSP = Maisons de Santé Pluri-professionnelles

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PACTE = Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe

PAPS = Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PS = Parti Socialiste

PTA = Plateformes Territoriales D'Appui

QPV = Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville

SDAASP = Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public

SISA = Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSP = Soins de Santé Primaires

URPS = Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC = Zone d'action Complémentaire

ZIP = Zone d'Intervention Prioritaire

ZV = Zone de Vigilance





## Introduction

Depuis une dizaine d'année, l'exercice coordonné de la médecine libérale émerge en France et avec lui les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). Bien que la santé des français soit jugée comme bonne, nous faisons face à de nouveaux enjeux tels que le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population. La prise en charge devient alors plus complexe, plus globale et nécessite une approche coordonnée et collective pour améliorer le parcours patient. Dans un même temps, nous pouvons constater une répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire, ainsi qu'une évolution des conditions d'installation et modes d'exercice des nouvelles générations de médecins, ceux-ci souhaitant un meilleur équilibre entre leur vie privée et vie professionnelle. Le besoin de s'organiser de façon plus collective se fait donc ressentir par les professionnels de santé. Le développement de l'exercice coordonné et des MSP est double, à la fois améliorer la prise en charge des patients mais aussi conforter une offre de soins sur un territoire en attirant, entre autres, des jeunes médecins généralistes par exemple.

Les pouvoirs publics ont bien saisi ces enjeux, ils investissent et mettent en place des politiques publiques pour contribuer au développement des MSP. Selon Patrick Hassenteufel une politique publique correspond à un ensemble d'actions suivies par les autorités étatiques. Elle repose donc sur deux notions fondamentales, celle d'un programme d'action et celle d'une autorité publique. Ici sera traitée la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes. Notons que nous nous intéresserons principalement aux actions directes pour développer les MSP. Ainsi l'ensemble des actions qui pourraient contribuer indirectement au développement de celles-ci comme les aides à l'installation de nouveaux professionnels de santé ou l'amélioration de l'attractivité du territoire par le développement de l'éducation thérapeutique du patient ou de la santé publique ne seront que partiellement abordées.

L'autorité publique qui porte cette politique d'accompagnement est l'ARS. Les ARS sont des établissements publics autonomes qui ont pour objectif de décliner et mettre en place les politiques nationales de santé en les adaptant à leurs caractéristiques régionales. Créées le 21 juillet 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), installées début avril 2010, elles sont compétentes sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, des

établissements de santé à l'accompagnement médico-social. Selon l'article L.1431-2 du code de la santé publique les ARS ont deux missions essentielles : réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé et mettre en œuvre et décliner au niveau régional la politique nationale de santé.

Bien que la politique d'accompagnement soit définie au niveau régional, nous nous intéresserons ici à son application territoriale, soit à l'échelle d'un département : l'Isère. Cette collectivité territoriale est l'un des 12 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le siège de cette vaste région se trouve à Lyon dans le Rhône, l'un des départements limitrophes de l'Isère. On ne dénombre pas moins de 1,25 million d'Isérois, répartis dans 512 communes des 7431,5 km<sup>2</sup> de superficie que compte le département, soit une densité de 168,6 hab. /km<sup>2</sup>. En comparaison la France a une densité de 104,9 hab. /km<sup>2</sup>. L'Isère est le département le plus vaste et le deuxième en termes de population de la région, il a pour chef-lieu Grenoble. (Statistiques locales – INSEE) La géographie de ce département est multiple, on y trouve des plaines, plateaux, vallées et 4 massifs montagneux (Belledonne, Oisans, Chartreuse, Vercors). Cette richesse géographique apporte avec elle des besoins particuliers et saisonniers, ainsi qu'une complexité de prise en charge de la santé. (Découvrir l'Isère – Département Isère)

Durant ce stage, il m'a été demandé de contribuer au suivi des dossiers de Maisons de Santé Pluri-professionnelles et de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) gérées par le service offre de soins ambulatoires. J'ai eu à analyser les besoins de santé des territoires, les projets de santé des MSP et CPTS, et à aider à l'instruction des projets avant la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) des MSP et CPTS. Mes missions ont évolué suite aux besoins du pôle offre de soins et à l'épidémie de covid-19 que nous connaissons actuellement, je reviendrais sur ces points dans la méthodologie. J'ai eu l'occasion de participer à la révision des quotas de transports sanitaires du département, au contact tracing des patients atteints du covid-19, ainsi qu'à la réalisation d'une enquête de terrain sur la politique d'accompagnement au développement des MSP en Isère.

## Problématisation et cadre méthodologique

En France, depuis quelques années, l'exercice coordonné et plus particulièrement les Maisons de Santé Pluri-professionnelles commencent à émerger. Pourtant nous nous trouvons face à un paradoxe : il existe bel et bien un discours consensuel sur la nécessité d'améliorer la qualité des soins primaires par un exercice coordonné des professionnels, néanmoins son développement peine dans certains territoires. Cela peut s'expliquer à travers la volonté des professionnels de santé, le système d'action historique de la gouvernance des professionnels et l'action entreprise par les différentes institutions comme l'ARS. Ici nous nous attarderons sur cette dernière. Le problème se pose alors sur la pertinence et l'efficacité de la politique d'accompagnement de l'ARS au développement d'un tel mode d'exercice.

### Énoncé de la problématique

Nous l'avons vu précédemment, la politique d'accompagnement que nous traiterons ici concerne le développement des MSP et est portée par l'ARS. Nous pouvons distinguer au sein de cette politique plusieurs types d'accompagnements : un accompagnement méthodologique par le biais d'outils/d'instruments et un accompagnement financier avec le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Cela se fait de façon coordonnée avec les autres institutions travaillant sur cette thématique. Le choix a été fait à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes de ne pas faire appel aux cabinets de consulting pour réaliser l'accompagnement méthodologique au développement des MSP. Les agents des délégations départementales accompagnent donc dans la rédaction du projet de santé les professionnels désireux d'exercer en MSP : une relation d'aide se met en place. Nous pouvons tout à fait nous questionner sur l'existence d'un tel relationnel, ainsi que sur sa réelle adaptation au territoire et aux besoins des professionnels de santé. La posture actuellement employée par les agents de l'ARS est-elle bonne, efficace, adaptée pour répondre aux besoins des professionnels de santé et ainsi développer plus de MSP ? Est-ce que l'enveloppe FIR permet d'accompagner les MSP vers la signature de l'ACI ? Nous pouvons aussi constater grâce aux cartes que certains territoires sont encore dépourvus d'un tel type d'exercice. Cela peut nous amener à nous questionner sur les freins liés au développement des MSP sur un territoire et ainsi que sur les limites de l'accompagnement réalisé par l'ARS pour pallier ces freins et répondre au mieux aux besoins de ces territoires. Comment peut évoluer la politique d'accompagnement au développement des MSP pour répondre au mieux aux besoins des divers territoires et aux enjeux

de demain ? L'ARS n'est pas la seule institution, le seul organisme qui contribue au développement des MSP sur le département de l'Isère. Comment ces différent(e)s institutions/organismes travaillent-elles/ils ensemble ? Est-ce que cela est pertinent, efficace pour déployer le plus de MSP ? Existe-t-il une logique territoriale au développement des MSP ? Est-ce que l'ensemble de ces institutions/organismes connaissent la politique d'accompagnement de l'ARS ?

Ayant réalisé mon stage de master 1 à l'ARS Bretagne au sein du pôle offre de soins ambulatoires de la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine, j'ai pu constater qu'il existe des différences dans la politique d'accompagnement. Est-ce que les ARS communiquent entre elles pour améliorer leur politique d'accompagnement ? Est-ce qu'il existe des actions dans d'autres politiques d'accompagnement au développement des MSP qui permettraient de répondre de façon plus efficace aux besoins du territoire en Isère ?

L'ensemble de ces interrogations peut nous amener à nous questionner sur l'adéquation entre la politique d'accompagnement régionale du développement des MSP et les besoins du territoire. Ces interrogations peuvent se concentrer dans cette problématique :

En quoi la politique d'accompagnement du développement de l'exercice coordonné, notamment des Maisons de Santé Pluri-professionnelles de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est-elle adaptée aux besoins en Isère ?

## **Méthodologie**

La première étape de cette enquête a été l'appropriation du sujet du développement des MSP pour répondre à un besoin à la fois professionnel et populationnel mais aussi la prise de connaissance du territoire et de sa diversité. La constitution d'un dossier documentaire synthétisant l'état actuel des connaissances sur les Maisons de Santé Pluri-professionnelles à partir de recherches bibliographiques a permis de saisir les termes clés du sujet et d'appréhender la manière dont cet exercice coordonné s'est imposé pour répondre aux principaux enjeux sanitaires de demain. Cette étape a d'ailleurs contribué à affiner notre problématique. Pour réaliser ce cadre conceptuel, nous nous sommes appuyés sur notre mémoire de master 1 réalisé à l'ARS Bretagne intitulé « L'organisation du développement de l'exercice coordonné face aux « déserts médicaux ». Nous avons aussi été conseillés par deux enseignants chercheurs de l'École de

Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et ne pouvant nous déplacer en bibliothèque suite aux mesures de confinement prises par le gouvernement pendant la crise covid-19, nous avons effectué des recherches sur internet à l'aide de plateforme tel que cairn ou Légifrance.

Ensuite, nous avons arrêté une démarche d'enquête. Compte tenu de notre questionnement, la méthode qualitative, et plus particulièrement la conduite d'entretiens semi-directifs, nous est apparue comme étant la plus pertinente. Cependant au vu du nombre de MSP et de professionnels par structure, ainsi que du contexte particulier que nous avons vécu début 2020 avec l'épidémie Covid-19, une enquête a été déployée par mail auprès des 34 MSP labellisées. Le but était de permettre aux professionnels de santé d'échanger en équipe sur l'ensemble des questions posées, quand bon leur semblerait, pour avoir les réponses les plus exhaustives et représentatives possibles. Après 5 semaines de diffusion du questionnaire et 3 relances, cette enquête nous a permis d'obtenir 10 retours, soit près de 30% des MSP existantes. Parmi les répondant 7 avaient signé l'ACI, 2 étaient installés en Zone d'Intervention Prioritaires (ZIP), 3 en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) et 2 en Zone de Vigilance (ZV). Ces retours ne nous permettent pas d'être totalement représentatif au vu des chiffres présentés en partie I.2.c, cependant ils nous aident à saisir la diversité des besoins en fonction de la dynamique territoriale.

Parallèlement une vingtaine d'entretiens téléphoniques semi-directifs ont été réalisés avec les différents organismes qui contribuent au développement des MSP en Isère. Ces entretiens n'ont pas pu avoir lieu en présentiel pour les raisons citées plus haut, ce qui a entraîné des conditions quelque peu dégradées pour la bonne conduite de ces échanges. En effet, certains interlocuteurs étaient en télétravail avec parfois des soucis de connexion, des enfants à charge ou ils avaient peu de temps à m'accorder du fait de leur emploi du temps chargé ou de la gestion de cette crise sanitaire. Pour déterminer les organismes avec lesquels nous devons échanger, nous nous sommes entretenus avec les responsables du développement de l'exercice coordonné de délégation départementale d'Isère de l'ARS et nous avons pris connaissance de la composition de l'Espace de Concertation Départemental (ECD), ainsi que du Comité Technique Régional d'accès aux soins (CTR) (annexe 1). L'ECD étant en charge de labelliser les MSP et le CTR étant l'instance d'échange et d'information au niveau régional en ce qui concerne, entre autres, le développement des MSP. Nous avons prévu de réaliser un entretien avec l'URPS infirmier et le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Sara, cependant après plusieurs relances nous n'avons pas eu de

retours de leur part, sûrement à cause de la période particulière dans laquelle s'est réalisée cette enquête.

Les entretiens et l'enquête ont été construits autour de guides sensiblement similaires pour faciliter l'analyse des données et leur comparaison. (Annexe 2 et 3) Nous nous sommes assurés avec les représentants de l'ARS Isère que ces guides permettraient de répondre à la problématique posée et un avis a été demandé à un enseignant chercheur de l'EHESP. Ces guides sont découpés en 4 parties, la première est constituée de questions permettant à l'interlocuteur de se présenter, la seconde concerne la définition de la MSP et la politique d'accompagnement de l'ARS. La troisième est portée sur leur implication dans le développement des MSP. Cette dernière est assez différente entre l'enquête et les entretiens, puisque pour l'un nous recherchons les freins, limites au développement de leur structure, ainsi que leurs besoins, tandis que pour l'autre nous attendions un développement de leur politique d'accompagnement pour comprendre les liens qui s'opèrent avec celle de l'ARS. Pour terminer par une question plus ouverte leur laissant l'opportunité de s'exprimer librement sur la thématique des MSP ou de revenir sur une notion abordée préalablement.

Pour le traitement des données issues de ces entretiens et afin d'anonymiser au mieux ces échanges nous avons fait le choix de les regrouper par thématique d'action. Un premier groupe comportant les entretiens réalisés auprès de l'ARS (2 responsables au siège et 2 en délégation départementale 38), la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie (CPAM) (2) et la Fédération des MAisons de Santé en AUvergne-Rhône-Alpes (FemasAura) (2 coordinatrices de l'association et 2 facilitateurs) concerne le développement de l'exercice coordonné, le travail pluri-professionnel autour d'un projet de santé. Nous l'appellerons *groupe projet de santé*. Le second groupe correspond aux acteurs impliqués dans le développement immobilier des MSP avec le département (1), la région (1) et la préfecture (1). Il se dénommera *groupe projet immobilier*. Quant au dernier groupe, intitulé *groupe soutien* est constitué des entretiens réalisés auprès du réseau de santé (1), de représentants d'étudiants en médecine (2 internes et externes), de l'ordre des médecins (1), de l'ordre des infirmiers (1) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins (2). Ce groupe participe au développement des MSP de manière plus indirecte, soit à travers de l'information, soit en mettant en pratique de l'exercice pluri-professionnel, soit en réalisant leur fonction de représentation, notamment au sein de l'ECD et du CTR. Le choix a été fait d'échanger seulement avec les URPS et les ordres des médecins et des infirmiers puisque

selon les chiffres de la Caisse National de l'Assurance Maladie (CNAM), ces deux professions sont les plus représentées aux seins des MSP ayant signé l'ACI, avec respectivement 24% et 29% fin avril 2019.

Les *groupes projet de santé et projet immobilier* ont fait l'objet de retranscriptions complètes des entretiens, tandis que pour le dernier groupe des retranscriptions partielles ont été réalisées. En effet, ces derniers n'étant pas forcément impliqués au premier plan sur le développement des MSP ou la politique d'accompagnement de l'ARS, les entretiens se sont principalement orientés autour de leurs missions générales, leurs rôles et la présentation de leur organisme. Les échanges avec le *groupe soutien* ont permis de mieux comprendre le maillage territorial d'Auvergne-Rhône-Alpes, d'avoir une vision plus globale du développement des MSP. Ils étaient somme toute complémentaires des entretiens des deux premiers groupes. L'ensemble de ces retranscriptions ont été analysées par thématique, que vous retrouverez en partie 2. Pour des raisons d'anonymat, aucune retranscription ne sera présente en annexe, vous pourrez cependant retrouver tout le long de ce document des verbatims qui viendront appuyer nos propos.

Tout au long de ce travail des points d'état sur l'évolution de cette recherche ont été réalisés par mail et par téléphone avec les référents EHESP et ARS, afin de s'assurer de la pertinence de la démarche et du contenu. Ces retours se sont effectués en essayant de respecter les contraintes temporelles et de missions de chacun.

Au regard de cette problématique, nous étudierons dans une première partie, l'émergence de l'exercice coordonné. Après avoir présenté le développement des MSP en France, nous étudierons dans une deuxième partie, l'adéquation entre les besoins du territoire et la politique mise en œuvre par l'ARS. Enfin, dans un troisième temps nous proposerons quelques recommandations pour améliorer la politique d'accompagnement de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en ce qui concerne le développement des MSP.

---

## 1 - L'émergence de l'exercice coordonné

---

En France aujourd'hui, l'exercice coordonné est identifié comme l'un des leviers pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et pour améliorer le parcours patient. Afin de mieux comprendre les enjeux de l'offre de soins ambulatoires, il me semble nécessaire d'effectuer un état des lieux de la médecine libérale en France et en Auvergne-Rhône-Alpes. Pour ensuite présenter l'émergence et le développement de l'exercice coordonné, notamment des Maisons de Santé Pluri-professionnelles pour répondre aux besoins évolutifs de la population et des professionnels de santé.

### 1.1 La médecine libérale : une profession en pleine évolution

En France, la santé est une compétence régalienne gérée par l'État. Sa gestion a été inscrite dans le préambule de la constitution de 1946 (« Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur », s. d.), puis sera incluse dans celle de 1958. Il y est stipulé que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, ...* ». Cette protection de la santé donnera lieu à un droit créance développant deux axes : le droit à un égal accès aux soins et à un accès à des prestations sociales. Pour mieux saisir les enjeux de l'accès aux soins notamment ambulatoires, un historique rapide de la médecine libérale sera développé, suivi d'un état des lieux en France et en Isère, ce qui nous amènera à identifier des inégalités territoriales et l'émergence d'un besoin de regroupement.

#### 1.1.1 Les médecins libéraux : les acteurs principaux pour la coordination des soins

Les médecins se sont progressivement constitués en profession au cours du XIXe et formellement depuis 1882. La médecine libérale telle qu'on la connaît aujourd'hui date de 1927 et a su s'imposer comme médecine de proximité. Selon Friedson (1984), les médecins libéraux interviennent sur une zone de recrutement de la clientèle et il existe une mise en concurrence avec le nombre de médecins en exercice dans le secteur. Le territoire est alors défini à partir du professionnel de santé et de son offre, le médecin travaillant pour son patient plus que pour la population (Schweyer, 2004). En effet, la liberté d'installation est l'un des éléments essentiels



qualifiant la profession, ainsi que la liberté de prescription comme le précise la charte de la médecine libérale de 1927. (Vezinat, 2017).

La médecine libérale s'est constituée comme un exercice isolé et indépendant. En France, les soins de santé primaires sont assurés notamment par les médecins généralistes libéraux. D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *Les Soins de Santé Primaires (SSP) sont des soins de santé essentiels rendus accessibles à un coût que le pays et la communauté peuvent supporter, avec des méthodes qui sont pratiques, basées sur la science et socialement acceptables [...]. Comme ensemble d'activités, les SSP devraient inclure au moins l'éducation à la santé pour les individus et toute la communauté, sur les problèmes de santé et les méthodes pour les prévenir et les contrôler.* ». Et, selon un rapport de 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde, les soins de santé primaires sont centrés sur la personne afin d'assurer leur continuité et garantir un point d'entrée unique et stable dans le système de santé (Crismer, Belche, & Vennet, 2016).

D'après Yann Bourgueil (2010), les différentes formes d'organisation de système de soins primaires peuvent se classer selon trois modèles : « *normatif hiérarchisé* », « *professionnel hiérarchisé* » et « *professionnel non hiérarchisé* ». La France fait partie de ce dernier groupe. En effet, en France, l'organisation des soins ambulatoires est à l'initiative des acteurs eux-mêmes et il n'existe aucune hiérarchie entre médecins de spécialités différentes ou même entre le secteur ambulatoire et hospitalier. Ce système se construit selon une logique libérale de marché qui privilégie la régulation contractuelle des relations entre ses participants. Cette organisation, héritée de l'histoire, repose sur trois principes forts et structurants. Le premier est la charte de la médecine libérale de 1927, le second, la protection contre le risque de maladies avec l'assurance maladie créée en 1946 et le troisième principe organisateur des soins primaires en France est la réforme Debré de 1958. Depuis le début des années 2000, le système de soins primaires français mis en place se caractérise par une offre de soins abondante, très hétérogène, concurrentielle et faiblement hiérarchisée.

De plus, notons que depuis le 13 août 2004, avec la loi relative à l'assurance maladie, chaque assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Pour les ayants droits mineurs il est nécessaire d'avoir l'accord d'au moins l'un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste, un spécialiste,

un salarié d'un centre de santé ou un hospitalier. Celui-ci a pour mission la coordination des soins de son patient avec l'orientation de celui-ci dans le système de santé, la prévention personnalisée et la mise en place et la gestion du dossier médical personnel. Fin 2019, l'assurance maladie recensait environ 10,1% des patients consommant de 17 ans et plus sans médecin traitant ou avec un médecin traitant en cessation d'activité (8,1% en Isère). Parmi les patients de 16 ans et plus ayant un médecin traitant, 97,5% ont choisi un médecin généraliste libéral (97,2% en Isère). Ainsi, soulignons la spécificité française où le premier contact du patient avec le système de santé se fait d'abord à travers la médecine libérale.

Finalement, les soins primaires sont assurés essentiellement par la médecine libérale, laquelle repose sur un principe de liberté d'installation, ce qui pourrait nous amener à nous questionner sur l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

### **1.1.2 Évolution démographique : l'Isère un territoire attractif mais avec une répartition inégale infra-départementale des médecins**

En France, en 2019, d'après le fichier national des professionnels de santé, nous dénombrons 58 534 médecins généralistes, dont 7269 en Auvergne-Rhône-Alpes et 1185 en Isère. Au cours des dix dernières années nous avons pu constater que ces chiffres sont stables, ce qui donne aujourd'hui respectivement une densité de 8,8 pour 10 000 habitants en France, 9,2 en région et 9,4 en Isère. Nous pouvons observer deux dynamiques en Isère, à la fois un vieillissement de la population médicale et une installation plus importante de jeunes professionnels. En 10 ans, la part des médecins de 60 ans et plus est passée de 13,9% à 25,1%, et celle de moins de 40 ans est passée de 13,1% à 25,1%. Cette tendance est similaire au niveau régional et national, aux seules différences près, qu'en France le vieillissement est plus important avec une part à 31,5% de 60 ans et plus et une population médicale âgée de moins de 40 ans de 19,5%, soit une part moins importante qu'en Isère. Cette particularité régionale, voir départementale, peut s'expliquer par le caractère attractif de ce territoire, mais cela sera développé plus en détail dans la partie évolution des besoins populationnels.

Depuis quelques années, nous observons une tendance nationale quant à la féminisation de la profession médicale. Fin 2019, la France comptait 40,5% de médecins généralistes féminins, tandis que l'Auvergne-Rhône-Alpes en comptait 46,4% et l'Isère 50%. Nous constatons donc une

féminisation plus importante en Isère de la profession médicale, celle-ci se reflète d'ailleurs à tout âge comme vous pourrez le voir sur les graphiques en annexe 4. Notons une autre particularité Iséroise : en dessous de 55 ans, le taux de féminisation est supérieur à 50% alors qu'en France et en Auvergne-Rhône-Alpes, il ne l'est qu'en dessous de 50 ans. Pour résumer par rapport à la France, l'Isère a une population de médecins généralistes plus féminisée, plus jeune et moins vieillissante. (CartoSanté - AtlaSanté)

Actuellement, nous pouvons observer une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire. Selon le rapport de 2016 sur l'avenir de l'assurance maladie de la cour des comptes, l'écart de densité des médecins généralistes libéraux au regard de la population peut passer du simple au double entre certains départements de la France métropolitaine. (Mesnier, 2018) Les plus fortes inégalités de répartition sont toutefois infra-départementales : les plus fortes concentrations de professionnels de santé libéraux sont urbaines (annexe 5). Les zones en difficulté sont rurales et suburbaines. En effet, en Isère nous pouvons constater qu'il existe 15 ZIP en intégrant certains quartiers prioritaires de la politique de la ville (Montalieu-Vercieu, Crémieu, Morestel, St-Laurent-du-Pont, St-Jean-de-Bournay, Roussillon, Beaurepaire, St-Jean-de Royans, la Mure, Vif, St-Bonnet-en-Champsaur, la plaine de St-Marcellin, le vieux péage, la route de sablons et les Ayencins du péage de Roussillon). Ces zones correspondent au nouveau zonage de médecine générale qui est effectif depuis le 1 mai 2018. Celui-ci se découpe en 4 types de zones : zones d'intervention prioritaire, d'action Complémentaire, de vigilance et hors classement. Les ZIP représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie et aux exonérations fiscales. (Zonage médecine générale – Portail d'accompagnement des professionnels de santé Auvergne-Rhône-Alpes)

Ce zonage a été défini par le Ministère de la santé, en prenant comme échelle les bassins de vie déterminé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), dont la cartographie s'intitule « *Territoire de vie-santé* » et s'appuie en partie sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Celui-ci permet de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours depuis 2012. Il améliore les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance et densité) car il prend en compte l'activité de chaque praticien, mesurée par

le nombre de consultations ou de visites, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous et le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins spécifiques. (« L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée - Ministère des Solidarités et de la Santé », s. d.) Une sélection complémentaire a ensuite été réalisée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour s'adapter aux particularités du territoire comme les zones montagneuses. Les territoires choisis pour faire partie de ce nouveau zonage étaient ceux dépourvus de toute offre libérale de premier recours et de tout lieu de soins, notamment d'établissements de santé, ceux pour lesquels les médecins généralistes ont informé de leur départ ou de leur cessation d'activité à court et moyen terme, les territoires où aucune structure d'exercice regroupé n'est implantée, les territoires non éligibles au dispositif de « *zone de revitalisation rurale* », ainsi que ceux avec une accessibilité réduite et à forte précarité.

### **1.1.3 Les « déserts médicaux » : une ou plusieurs définitions ?**

Selon le rapport de mai 2017 de la DRESS, la question de l'accès aux soins est omniprésente dans les débats publics. Cette notion soulève les mêmes inquiétudes que la répartition géographique des professionnels de santé et les « *déserts médicaux* ». L'accessibilité aux soins se définit plus à travers un manque ou des obstacles qui entravent le recours aux soins qu'une possibilité dont on jouit. Ainsi la DRESS identifie plusieurs obstacles tels que les aspects spatiaux/physiques, les contraintes économiques, les considérations temporelles et organisationnelles, les dimensions sociales, symboliques et culturelles. En pratique, seules les dimensions géographiques et financières sont traitées dans les études. Cependant, selon les patients la dimension temporelle semble être plus pénalisante à l'accès aux soins que la dimension géographique. En considérant que ces deux dimensions ne fassent qu'un seul et même problème, alors la répartition territoriale des professionnels de santé est plus fréquemment citée par les patients comme un obstacle à leur accès aux soins.

Olivier Veran, aujourd'hui devenu Ministre des solidarités et de la santé, explique que le terme de « *désert médical* » est né pour identifier les petites communes, territoires ruraux au sein desquels l'organisation de l'offre de soins ne répondait pas aux critères des zones urbaines. Il nuance ce terme de « *désert médical* » et parlerait plutôt de « *bac à sable* » compte tenu de la taille de ces zones et de leur organisation. (Véran, 2013). En complémentarité la DRESS dans son rapport explique que l'expression « *déserts médicaux* », dans sa portée essentialiste, insinue une différence de nature entre des territoires pour lesquels l'accès aux soins serait nul et tandis que

d'autres seraient plus favorisés. L'identification des déserts médicaux dépendrait alors d'un seuil forcément arbitraire. L'expression propose de considérer le cumul de difficultés dans le recours à différents services de santé qui peuvent se substituer entre eux. Pour plus de pertinence, la DRESS nous invite à définir les déserts médicaux à travers les trois principaux points d'entrée du système de santé : les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences. En effet, nous l'avons vu plus haut, le médecin généraliste est considéré comme la porte d'entrée dans le système de santé. L'accès aux soins peut être moins problématique en son absence si d'autres services de santé sont présents sur le territoire ou si une organisation permet de pallier ce manque.

En 2015, selon la DREES, 5,3 millions de personnes, soit 8,1 % de la population française, réside dans une commune dont l'accessibilité est inférieure au seuil de sous-densité retenu, soit 2,5 consultations ou visites accessibles par an et par habitant standardisé. L'Auvergne-Rhône-Alpes fait partie des régions les plus touchées avec 11,1 % de sa population qui réside dans une commune dont l'accessibilité est inférieure au seuil de sous-densité. En ce qui concerne les urgences ou le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), 6% de la population française et 8,5% pour celle d'Auvergne-Rhône-Alpes réside à plus de 30 minutes d'un de ces services. Cette différence peut s'expliquer par la spécificité géographique, les nombreux massifs montagneux, de la région. Quant à l'accessibilité à une pharmacie, la France compte 2,5% de sa population à plus de 10 minutes en voiture d'une officine, alors que ce n'est pas moins de 3,6% pour celle d'Auvergne-Rhône-Alpes. Il faut savoir qu'aujourd'hui l'installation des pharmacies sur le territoire est réglementée, répondant à une logique d'aménagement du territoire plus qu'à celle de l'accessibilité aux soins.

En France, 13,6% de la population connaît une des trois difficultés d'accès mais seulement 0,5% les cumule. Ce faible pourcentage de la population réside dans des communes de très petites tailles en région montagneuse ou au sein d'espaces à dominante rurale. Pour ces raisons, l'Auvergne-Rhône-Alpes compte ainsi plus d'un quart de cette population. Ces territoires cumulant des difficultés d'accès auprès de ces professionnels de premier contact du système de santé pourraient s'apparenter aux déserts médicaux. Cette vision est critiquable et critiquée par la DRESS elle-même car elle ne prend pas en compte d'autres types de recours tels que le recours régulier à un « *environnement médical et paramédical quotidien* » ou le recours spécifique à une diversité de spécialités.

Le défenseur des droits publie dans son rapport annuel de 2018 que les « *déserts médicaux* » ont des effets sur le droit fondamental à la santé qui sont indéniables. (« Rapport annuel d'activité 2018 », 2018). Bien que le terme « *déserts médicaux* » n'ait pas de définition propre et claire, ces zones sous dotées restent l'une des priorités pour l'État en ce qui concerne l'accessibilité à la santé.

#### **1.1.4 Problématique d'installation : un besoin de regroupement**

Dès les années 2000, le gouvernement prend conscience des problématiques de démographie médicale, notamment de l'inégale répartition des médecins libéraux sur l'hexagone et de l'enjeu que cela représente en termes d'équité territoriale et d'égal accès à l'offre de santé. Le rapport Berland de 2002 constate ces dysfonctionnements avec toutefois un certain paradoxe : « *La situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques paradoxales liées à l'existence d'une densité globale de professionnels jamais atteinte dans la plupart des cas, et l'apparition de forts contrastes géographiques* ». (Berland et al., 2002)

Nous avons vu que les choix d'installation des médecins sur un territoire devrait être avant tout orientés selon la logique concurrentielle de leur activité. (Friedson, 1984). Nous pourrions donc penser que les médecins cherchent à pratiquer leur art au sein des zones sous dotées. Or, l'isolement, les obligations de permanence et de continuité des soins peuvent créer des réticences à exercer en zone rurale pour les professionnels de santé. De même, les jeunes médecins ne s'inscrivent pas durablement sur un territoire. En effet, ils « *testent* » des modes de pratique afin d'ajuster leur mode de vie espéré à leur pratique professionnelle (Schweyer, 2008). Ce choix du mode d'activité n'est pas personnel mais s'inscrit dans un contexte familial et environnemental (accès aux services économiques, culturels et sociaux). (Schweyer, 2004)

Ce constat d'une répartition inégale des médecins libéraux tant géographique que professionnelle, le manque d'attractivité de la médecine générale, la difficile articulation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, phénomène renforcé par l'augmentation des polyopathologies et des maladies chroniques, conduit à identifier une « *crise de la démographie médicale* » (Vezinat, 2017). La question du risque de « *désert médical* » est ainsi sujette à de vives tensions, notamment dans les cas où des médecins peu nombreux doivent faire face à une demande accrue, lesquels dénoncent une dégradation de leurs conditions de travail (Schweyer, 2004) Dès

lors, les incitations des pouvoirs publics à l'installation sont inefficaces car elles ne concernent que l'activité professionnelle. Ce qui ajoute une explication aux inégalités de santé, notamment, entre les espaces urbains et ruraux. (Schweyer, 2004)

Ces nouvelles dynamiques professionnelles favoriseraient l'émergence d'un « *exercice multiple en autonomie* » des médecins libéraux. De plus, l'activité n'étant pas perçue par les professionnels, comme insérée dans une période de forte concurrence, cela favoriserait non seulement le regroupement mais aussi l'existence de coopérations (Fournier, Frattini, & Naiditch, 2014). Notons que l'exercice partagé permet d'aménager le volume horaire de l'activité, rendant davantage possible, notamment pour les femmes médecins, d'articuler leurs vies professionnelles et familiales. Cette pratique peut alors voir le jour au sein de cabinets de groupes mono-professionnels ou au sein de structures d'exercice coordonné pluri-professionnelles. Aussi, soulignons que l'exercice coordonné, le travail pluri-professionnel, permet d'aller plus loin qu'un simple regroupement de médecins en engendrant une forte proximité cognitive développant de la confiance entre professionnels et atténuant la hiérarchie symbolique entre professions médicales et non médicales (Fournier, Frattini, & Naiditch, 2014).

Dans ces premières modalités, l'exercice coordonné ne se présente pas comme une solution apportée aux besoins de santé des français mais plutôt comme une façon d'apporter un confort à l'activité médicale. Pour autant, les politiques publiques utiliseront ce mode de fonctionnement pour en faire un dispositif permettant de lutter contre les inégalités territoriales de santé. En effet, la stratégie nationale de santé et son adaptation à l'Auvergne-Rhône-Alpes insiste sur le développement de l'exercice coordonné. D'ici à 2022 les pouvoirs publics espèrent que l'exercice isolé deviendra une exception et que les professionnels regroupés permettront de garantir l'accès à un médecin traitant, d'organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, de proposer plus d'actions de prévention et de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

## 1.2 L'émergence d'une nouvelle organisation des soins ambulatoires

Nous avons vu dans la précédente partie que le développement de l'exercice coordonné s'était effectué pour répondre à un besoin d'amélioration des conditions de travail des médecins généralistes. Ici sera présenté l'évolution des besoins de santé de la population, comment les pouvoirs publics se sont saisis du sujet de l'exercice coordonné et nous nous attarderons sur l'un d'entre eux : les maisons de santé pluri-professionnelles.

### 1.2.1 L'évolution des besoins populationnels

L'espérance de vie en France fait partie des plus élevées de l'Union Européenne avec comme prévision pour 2019 : 85,6 ans pour les femmes et 79,7 ans pour les hommes, soit une progression de plus de 3 ans pour les femmes et 4,7 ans pour les hommes en 20 ans. D'importants écarts de santé persistent entre les différentes Catégories Socio-Professionnelles (CSP) (en moyenne 6,5 ans entre un cadre et un ouvrier), le sexe (5,9 ans) et entre les territoires (5 ans pour les hommes entre l'Île-de-France et la Guadeloupe ; 2,6 ans pour les femmes entre la Corse et les Hauts de France). (Espérance de vie en 2019 - Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle et diplôme en 2013 – INSEE) Notons ici que l'Isère possède une espérance de vie estimée en 2019 à 81,2 pour les hommes et 85,9 pour les femmes, ce qui est au-dessus de la moyenne nationale. L'Espérance de Vie Sans Incapacité à la naissance (EVSI) se situait ainsi en 2017 à 64,9 ans pour les femmes et à 62,6 ans pour les hommes (respectivement 64,0 ans et 63,5 ans dans l'ensemble de l'UE). (État de santé de la population – France, portrait social - INSEE) Aussi, avec l'augmentation de cette espérance de vie émergent de nouveaux enjeux sanitaires, en particulier celui du vieillissement. Selon le scénario central des projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. Cette meilleure espérance de vie est liée à de nombreux facteurs de développement et d'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, qui ont eu pour effet, entre autres, de réduire la mortalité infectieuse. (« Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 », s. d.)



En ce qui concerne la région Auvergne-Rhône-Alpes, celle-ci devrait connaître un accroissement de sa population d'ici à 2050 supérieur à la moyenne métropolitaine. Ceci s'explique en partie par les caractéristiques de ce territoire, en effet, celui-ci serait à la fois jeune et attractif. La région cumulerait alors un excédent de naissances sur les décès, ainsi qu'un solde migratoire positif, notamment pour les populations âgées de 25 à 55 ans ce qui entretiendrait une natalité élevée. Ces deux caractéristiques s'enrichissent mutuellement. De plus la mortalité de la région serait atténuée par un faible afflux de population de plus de 65 ans, ce qui est une situation assez unique en France métropolitaine. Cette dynamique régionale se retrouverait particulièrement au sein de 6 départements sur les 12 qui la comportent. A noter que l'Isère, deuxième département le plus peuplé de l'Auvergne-Rhône-Alpes, connaîtrait une évolution similaire au Rhône, c'est à dire un excédent de naissances sur les décès lié à la jeunesse de la population mais avec la particularité d'avoir un solde migratoire légèrement positif. Notons tout de même que malgré le fait que la région soit jeune et attractive, sa population continuera de vieillir comme sur l'ensemble du territoire français. Une augmentation de la part des 70 ans et plus est à prévoir comme nous l'indique la pyramide des âges de l'annexe 6. (9,5 millions d'habitants à l'horizon 2050 - INSEE)

Ainsi une espérance de vie plus longue représente plus de risques de développer une maladie chronique, d'où le fait que ce soit la première cause de mortalité en France. Les maladies chroniques comme leur nom l'indique sont des pathologies de longue durée et évolutives. Elles entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie et sont parfois associées à une invalidité ou à des complications graves de la santé. On peut y retrouver les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les maladies neurologiques, respiratoires, digestives, certaines maladies infectieuses et neurodégénératives, etc. (Évolution des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes - ORS) Les Affections de Longue Durée (ALD) sont, d'après l'assurance maladie, des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. (Affections de longue durée – Ameli.fr) Ces ALD permettent d'évaluer, avec une sous-estimation plus ou moins importante selon les maladies, la prévalence de certaines pathologies chroniques. En Auvergne-Rhône-Alpes, selon le rapport sur l'évolution des maladies chroniques réalisées en 2016 par l'observatoire régional de la santé, les maladies cardio-vasculaires sont le premier motif d'ALD, suivi par le diabète et les cancers. Bien que ces derniers soient depuis 2006 la première cause de décès au niveau régional et national. Les autres motifs importants d'ALD en Auvergne-Rhône-Alpes sont les maladies neurologiques, rhumatologiques et respiratoires. En 2017, près de

1,680 million de nouvelles ALD, tous motifs confondus, ont été attribuées en France, dont environ 12% aux habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes et parmi eux 16% concernent des Isérois (Incidence ALD 2017 – Assurance Maladie). Au niveau régional, ainsi qu'en Isère les maladies cardiovasculaires (respectivement 26,8% et 26,5% des nouvelles admissions en 2017) constituent le premier motif d'admission en ALD, suivi des tumeurs (20,7% et 20,7%) et du diabète (15,5% et 15,4%). (Prévalence ALD 2017 – Assurance Maladie)

Ces nouvelles problématiques font pression sur le système de santé actuel. En effet, une prévalence plus importante des maladies infectieuses pouvait correspondre à un exercice de la médecine plus isolé, or les enjeux actuels de maladies chroniques semblent nécessiter un besoin d'exercice coordonné et protocolisé. Il devient donc important de pousser au décloisonnement des différentes structures de santé (sanitaires, sociales et médico-sociales, privées, publiques) pour assurer la continuité du parcours de soins. Pour ce faire, nous l'avons vu auparavant, le médecin traitant a pour mission la coordination du parcours patient. Cette notion correspond à rendre plus pertinentes et efficaces les interventions des différents professionnels et structures. Il s'agit de délivrer les bons services au bon moment en minimisant l'occurrence de ruptures ou d'hospitalisations tout en assurant une meilleure qualité de vie aux patients et à leurs proches. Cependant, selon M. Naditch et M-O. Frattini (2015), les médecins traitants semblent mal équipés pour assurer cette mission, notamment lorsqu'ils doivent faire face à des situations complexes. Dans ces cas, ils peuvent faire appel à un dispositif d'appui aux parcours complexes, tels que les réseaux de santé spécialisés créés en 1996, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) créés en 2011, la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA) créée en 2011, les Plateformes Territoriales D'Appui créées en 2016 (PTA) ... D'ailleurs, depuis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé adoptée le 24 juillet 2019, pour faciliter la coordination des parcours complexes, l'ensemble des dispositifs existants ont 3 ans pour converger vers un seul et même dispositif : le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Comme a pu nous le stipuler un responsable de réseaux de santé en Isère, « *dans les situations difficiles il faut avoir une prise en charge plurielle pour une prise en charge aboutie et adaptée* ». Selon lui, l'exercice coordonné, quel qu'il soit, est fait pour avoir le moins besoin d'eux, puisque les professionnels qui y exercent sont censés faire équipe autour du patient. Lorsque ces équipes font appels à ses services, bien souvent, c'est pour des situations très complexes qui demandent beaucoup de temps. Le développement de l'exercice coordonné apparaît comme une organisation permettant de répondre aux nouveaux besoins de la population.

Les différentes formes d'organisation des systèmes de soins primaires catégorisées par Yann Bourgueil en 3 groupes tendent toutefois à se rapprocher sous l'effet de l'évolution d'offre et de la demande. Ainsi, ils semblent converger autour des notions de travail en équipe, d'intégration médico-sociale, d'utilisation des nouvelles technologies, afin de mieux prendre en charge les patients chroniques. C'est ce que nous pouvons constater en France aujourd'hui. Cette convergence fait écho à la notion de soins intégrés, que l'OMS a défini comme telle « L'intégration est la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé. » (HAS, 2014)

La Haute Autorité de Santé (HAS), suite à différents rapports internationaux, met en place des outils pour accompagner cette évolution. Cette dernière préconise de s'inspirer du modèle de Shortell (2018) pour améliorer le travail en équipe avec pour objectif la production du meilleur soin possible envers le patient. Elle se base sur 4 axes nécessaires, à développer : l'axe stratégique qui correspond à la prise en compte des politiques institutionnelles, des objectifs et des programmes nationaux ; l'axe structurel c'est-à-dire l'organisation, les ressources de temps, d'argent, les compétences ; l'axe culturel, le sentiment d'appartenance, de confiance, de communication et l'axe technique qui regroupe les méthodes et les outils utilisés. Ce modèle permet d'évaluer le fonctionnement d'une équipe en repérant les points de dysfonctionnement et en les améliorant. Elle conclue sur la nécessité de croiser et multiplier les initiatives pour permettre une meilleure coordination des soins et in fine, de limiter les hospitalisations évitables des personnes âgées, coûteuses en termes de temps et d'argent pour le système de soins. Elle recommande d'agir sur plusieurs composantes en même temps, ce qu'essaye de mettre en place le plan « Ma santé 2022 ». En réponse à cette situation, dans ce plan, Madame Agnès Buzyn, Ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque, cherche à favoriser une approche des parcours de santé « *plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers* ». (Pribile, Nabet, 2018) Ce plan, cette loi vise ainsi à renforcer le développement des maisons pluri-professionnelles de santé, structures présentées comme point fort dans l'accès au soin, la production d'un exercice coordonné et de qualité.

### 1.2.2 Une pratique soumise à de nombreuses réformes

L'exercice collectif est pour la première fois évoqué dans la loi du 9 août 2004 où l'on prévoit « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé ».

Par la suite, la médecine coordonnée deviendra, dès 2007, un argument de campagne politique. Lors des élections présidentielles de 2007, le Parti Socialiste (PS) annonçait la création de 500 maisons de santé dans son programme. La même année, Madame Bachelot, Ministre de la Santé annonçait une aide de l'Etat de 50 000 euros par maison de santé (Autès & Dufay, 2009). En 2008, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (article 33) indiquait que « *la répartition inégale des médecins sur le territoire devenait de plus en plus problématique pour l'accès aux soins des concitoyens, surtout pour les soins de premiers recours* ». Dès lors, Madame Bachelot lança en 2010, un plan d'équipement de maisons de santé en milieu rural en relation avec le Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ainsi que le Ministère de l'espace rural et de l'aménagement du territoire, mettant ainsi à l'agenda la question de la coordination au sein de l'offre politique. (Autès & Dufay, 2009) Cette même année qu'une circulaire définira la composition minimale d'une MSP, à savoir, deux médecins et un professionnel paramédical.

L'année 2009, fut sans doute une année charnière pour la coordination et c'est la Loi HPST qui en pose les contours. De façon implicite, la loi soumet l'exercice coordonné à travers une approche distributive du service public hospitalier et le renforcement de la planification sanitaire dont la région, via l'ARS, est le chef de file. L'article 39 de la loi HPST pose les principes de la coordination : « *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 [...]. 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* ». Les maisons de santé pluridisciplinaires y sont définies comme censées répondre à la problématique d'une démographie médicale en berne devant attirer les professionnels dans les zones dites « *fragiles* » (Chevallard & Jerber, 2016). Mais elles sont aussi instituées pour résoudre les difficultés de la permanence des soins et permettre l'accès aux soins de populations précarisées. (Autès & Dufay, 2009). Ainsi, la loi de 2009 matérialise la coordination et un nouveau mode d'exercice qui lui est associé. Même si les maisons de santé existaient déjà à travers la Loi de Financement de la

Sécurité Sociale de 2007, la loi HPST va simplement modifier leur définition en tant que personne morale. (Vezinat, 2017)

Rappelons que la coordination selon Jaeger (2010) « se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs ». Tandis qu'Alsène et Pichault (2007) donneront une définition plus opérationnelle, selon eux « *Coordonner dans une organisation, c'est, au sein de celle-ci, répartir les ressources et les tâches, harmoniser les actes et orchestrer les activités* ». (Bartoli, Sebai, 2015) Cela pourrait se traduire dans le domaine de la santé par une répartition des ressources et des tâches (allouer les effectifs et les moyens matériels, partager le travail, dans un objectif d'efficacité et d'équité), ainsi que par l'harmonisation des actes (aligner et/ou standardiser les actions) et par l'orchestration des activités (agencer les efforts individuels pour qu'ils se complètent et produisent un résultat efficace). Pour terminer sur ce point, selon Donabedian (1980) la coordination des soins est « *un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale* ». Aujourd'hui nous pouvons considérer comme exercice coordonné en soins primaires les Maisons de Santé Pluri-professionnelles, les équipes de soins primaires, les centres de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé.

En 2016, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) viendra compléter cette définition par celle de l'équipe de soins primaires (ESP). Celle-ci correspondant à « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.* » (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016)

Aujourd'hui selon l'article L6323-3 du code de la santé publique, modifié par la LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 24, la maison de santé est définie comme « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11*

*et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. [...] Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. ».*

Pour accompagner au mieux ces différentes réformes dans l'intérêt du territoire et du développement de l'exercice coordonné, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles se sont regroupées au sein d'une association à loi 1901 en 2008 : la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Aujourd'hui devenu AVECsanté, pour Avenir de l'Exercice Coordonné, cette fédération nationale a pour objectif principal la promotion de l'exercice coordonné en soins primaires pour améliorer l'accès et la qualité des soins de proximité. La fédération des maisons de santé est un organe de représentation et de dialogue avec les différentes institutions nationales. Elle contribue à la montée en compétence de son réseau à travers des formations pluri-professionnelles via l'organisme From'Avec, la mise en place de projets nationaux de recherches-actions sur la prévention en santé et la communication par des publications ou rencontres annuelles. Convaincue du rôle central des coordinateurs d'équipes de soins primaires, AVECsanté a mis en place une commission des coordinateurs. (Vezinat, 2019)

AVECsanté est une fédération de 15 fédérations régionales autonomes, parmi elle la FemasAURA. Créée en 2008 cette association loi 1901 représente aujourd'hui les MSP de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cet organisme est financé par des adhésions individuelles de professionnels de santé, des adhésions de MSP et une enveloppe de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. En 2020, la FemasAURA a reçu de l'ARS, 315 000€ dont 80 000€ dans le cadre de l'expérimentation Coordination Démarrage Auvergne (CDAUV). Ces financements lui permettent de contribuer à la promotion des MSP sur le territoire, d'accompagner et de soutenir les professionnels de santé de MSP dans leur projet de santé et leur structuration en mettant en place de la facilitation ou des séminaires. Pour information, la facilitation consiste à être accompagné, avoir des conseils par un professionnel exerçant en MSP, cela correspond à un échange entre pairs. La FemasAURA participe

aussi à l'élaboration et la mise en place d'actions de santé publique et propose une mutualisation des moyens et services communs des MSP. Force de proposition auprès des pouvoirs publics elle porte actuellement le nouveau projet CDAUV pour Coordination de Démarrage en AUvergne.

### **1.2.3 Les maisons de santé pluri-professionnelles : une vision plurielle**

Les MSP apparaissent donc comme des outils indispensables à l'actualisation du système de santé. Elles regroupent trois axes : le travail en équipe/ la coordination, l'accès aux soins et le développement d'un système d'information. Officiellement créées en 2007, les MSP visent à permettre aux professionnels libéraux un exercice collectif. En effet, l'importance du réseau de professionnels libéraux a été soulevée précédemment. Ces maisons de santé sont constituées de « professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » qui suivent un projet de santé coordonné. Aussi, ces MSP doivent conclure avec l'ARS un projet de santé et depuis la loi du 10 août 2011 un nouvel outil juridique a été mis à disposition des professionnels de santé : les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA). Elles permettront aux MSP de recevoir des financements collectifs comme l'ACI.

En France, aujourd'hui nous dénombrons d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux 1613 MSP. Ce chiffre est à prendre avec quelques précautions, en effet, d'après une responsable de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, il semblerait que certaines MSP n'aient jamais été ouvertes mais soient tout de même comptabilisées. Un travail de nettoyage de la base de données devrait être effectué par le ministère pour coller au mieux à la réalité. Toujours selon la responsable de la CNAM, fin avril 2019, 775 structures avaient signé l'ACI, ce qui représente pour l'année 2018 une dépense de 46,7 millions d'euros soit une augmentation de 31% par rapport à l'année précédente, ce qui correspond à 63 540€ par MSP en moyenne. Cette participation financière est un des leviers primordiaux pour l'augmentation de la création des MSP, que le gouvernement veut voir doubler d'ici la fin du quinquennat d'Emmanuel Macron.

Fin 2019, l'Auvergne-Rhône-Alpes comptait 250 MSP labellisées sur son territoire, parmi elles 137 avaient signé l'ACI. L'Isère est le département présentant le plus de MSP avec 34 structures dont le projet de santé a été validé. Au cours ces 2 dernières années l'Isère a doublé son nombre de MSP labellisées. (Annexe 7) Selon la CPAM, 18 maisons de santé pluri-professionnelles ont signé l'ACI sur les 34, ce qui fait de l'Isère le deuxième département ayant le plus de signataires de cet

accord, derrière l'Ain. Parmi les 34 MSP d'Isère, 9 se trouvent en zone d'intervention prioritaire, 4 en zone d'action complémentaire et 10 en zone de vigilance.

Bien qu'il existe une définition législative de la MSP, l'enquête réalisée auprès des MSP Iséroises et les divers entretiens ont montré qu'il existait autant de définitions ou de visions de cet exercice coordonné que de personnes ou d'institutions. Ce que nous pouvons retenir, c'est qu'une Maison de Santé Pluri-professionnelle semble être aux yeux de nos interlocuteurs un regroupement de professionnels de santé divers et variés, des médecins et paramédicaux, qui ont le désir de travailler ensemble, de façon coordonnée pour améliorer la prise en charge d'une patientèle. Par ce regroupement ils amènent une prestation de service de qualité, une offre de soins différentes, basée sur une approche de santé publique, qui répond aux besoins de la population et assure un accès aux soins sur un territoire. Cette pratique permettrait à terme de développer l'attractivité d'un territoire pour faciliter l'installation de nouveaux professionnels, améliorer le tuilage des jeunes médecins et favoriser les conditions de travail, le confort des professionnels de santé. Le terme maison étant employé pour définir cet exercice coordonné, la notion de bâtiment commun ressort dans beaucoup de définitions.

Plusieurs questions subsistent concernant cette définition, il semblerait, d'après nos échanges, qu'une MSP soit déterminée à travers deux composantes : le projet de santé, c'est à dire la formalisation de la coordination entre les professionnels de santé pour améliorer le parcours patient et le projet immobilier qui correspond au bâtiment où l'ensemble de ces professionnels de santé exerceront leur art. Chacune des définitions proposées met en avant une de ces composantes plus que l'autre, voir même ne se concentre que sur l'une d'entre elle. Ces visions diverses sont fonction de l'institution qui la porte et du parcours professionnel de l'interlocuteur. Les questions que l'on pourrait se poser sont : est-ce qu'une de ces composantes est prioritaire, plus importante, plus essentielle que l'autre ? Est-ce qu'une MSP c'est un bâtiment ou/et un projet de santé ? Est-ce que ce qui fait le regroupement des professionnels c'est le projet de santé commun ou/et le lieu où ils exerceront ? Parle-t-on d'un regroupement physique ou/et virtuel de professionnels de santé ?

Si nous écoutons la vision d'une chargée de mission de l'ARS, le projet de santé est plus important, selon elle : *« il y a deux choses, la maison en tant que lieu mais c'est pour moi pas le plus*



*important et il y a le regroupement, l'exercice coordonné qui est des professionnels de santé qui ont envie de travailler ensemble pour améliorer la prise en charge des patients. Dans un lieu unique ou pas, ce n'est pas une obligation d'être dans un lieu regroupé en fait ».* Cette idée que le projet de santé est primordial est soutenue par l'ensemble du *groupe projet de santé*, l'ensemble des MSP ayant répondu à l'enquête et même deux interlocuteurs du *groupe projet immobilier*. Ce sont ces derniers qui disent je cite « *Alors les projets se développent, le projet immobilier et le projet de santé, se développent en parallèle mais c'est quand même au départ cette volonté des professionnels de santé de travailler ensemble. En clair, pour résumer la santé vient avant la maison.* » et « *L'important ce n'est pas le local mais le projet qui va être commun* ». Cependant la notion de bâtiment reste très présente comme le montre ces quelques extraits d'entretiens issus du *groupe immobilier* ou soutien « *Une MSP pour moi c'est une maison* », « *Alors la MSP c'est un local on va dire où vous réunissez des professionnels de santé [...] On est une dizaine de professionnels de santé dans un local bien précis.* », « *Un regroupement de médecins et paramédicaux, au sein d'une structure.* », « *là on parle d'un bâtiment, d'un immeuble* ». Nous pouvons aussi retrouver cette notion de bâtiment dans la définition présente sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes : « *Structure de proximité avec une équipe constituée de professionnels médicaux et para médicaux, la MSP assure des activités de soins de 1er recours encadrées d'un "projet de santé" qui témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure. Les professionnels de santé y exercent à titre libéral.* »

Nous pouvons alors nous demander si ces visions différentes ont un impact sur le développement des MSP sur le territoire. Est-ce qu'en fonction de l'interlocuteur les porteurs de projet privilégieront le projet immobilier ou le projet de santé ? Quelle plus-value pour le patient si le projet immobilier est prioritaire et inversement ? Est-ce délétère pour le développement de MSP que l'ensemble des acteurs qui y contribuent n'aient pas une définition commune ? Si nous nous reportons à la définition législative, celle-ci ne fait état à aucun moment d'une structure, d'un bâtiment devant accueillir les professionnels de santé, en revanche le projet de santé est mentionné à plusieurs reprises. De plus, d'après l'article L1411-11 du code de la santé publique, les soins de premiers recours comprennent « *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; L'éducation pour la santé.* » En l'état, il semblerait que la définition de la MSP proposée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes soit trop restrictive, n'englobe pas

l'ensemble des actions qui peuvent y être réalisées et soutient la notion de bâtiment commun. Il pourrait être envisageable de réviser cette définition, de la rendre plus visible sur le PAPS et de la diffuser à l'ensemble des acteurs du développement des MSP afin d'avoir une vision commune, un objectif similaire.

De plus, si nous voulons aller plus loin dans la réflexion aujourd'hui une MSP est définie comme telle à partir du moment où un projet de santé a été validé en espace de concertation départemental et que celle-ci, de fait, obtient sa labellisation. Cependant, comme ont pu le stipuler bon nombre d'interlocuteurs, cette labellisation sert dans certains cas à obtenir des subventions pour un projet immobilier. La mise en œuvre du projet de santé passe alors au second plan et n'est parfois même pas appliquée. Il arrive aussi que certaines équipes ne souhaitent pas aller vers l'ACI pour des raisons qui leur sont propres, comme par exemple la volonté de ne pas aller plus loin, ne pas devoir rendre de comptes et être dépendants d'une institution. Nous pouvons alors nous questionner sur la plus-value de telles MSP pour les patients, sur l'existence d'une coordination entre les professionnels de santé et sur une réelle volonté de travailler en équipe pour améliorer le parcours patient. Pour l'un de médecins qui exerce en MSP « *il faut être signataire de l'ACI pour du concret, grâce à l'ACI ils définissent les 3 critères socles d'accès aux soins, de protocole pluri-pro et de logiciel partagé* ». Une MSP devrait alors en porter le nom qu'au moment où celle-ci est active, au moment où elle met en œuvre son projet de santé, elle améliore la prise en charge de ses patients. En toute logique, une MSP ne devrait-elle pas porter ce nom qu'à partir du moment où elle est signataire de l'ACI ? La politique d'accompagnement de l'ARS ne devrait-elle pas être plus portée vers la mise en œuvre du projet de santé ?

Un autre point de discordance se trouve au niveau des bénéficiaires de cet exercice coordonné. En effet, la notion de patientèle est opposée à la notion de territoire. Théoriquement une MSP a une vision patientèle tandis qu'une CPTS aurait une vision populationnelle donc de territoire. Il est difficile de pouvoir catégoriser les interlocuteurs entre ceux qui pensent que la MSP a une approche de territoire et ceux qui pensent que la MSP doit avoir une approche de patientèle, ces quelques citations tirées des entretiens réalisés auprès des institutions vous permettront de saisir cette dichotomie, « *qu'ils sont coordonnés, qu'ils sont plusieurs à gérer ensemble une patientèle* », « *Des envies de travailler ensemble et de manière coordonnée sur des thématiques en lien avec les besoins de leur population.* », « *l'exercice coordonné qui est des professionnels de santé qui ont envie de travailler ensemble pour améliorer la prise en charge des patients.* », « *Une MSP pour moi*

*c'est une maison qui regroupe comme son nom l'indique plusieurs professions médicales, dans une zone déterminée par l'ARS pour apporter aux populations plurielles qui sont dans cette zone une couverture médicale », « C'est pas tant une logique patientèle mais plus de territoire et dans ce territoire qu'ils définissent ensemble, la MSP définit en fonction du projet de santé. »... Au même titre que la division entre projet de santé et projet immobilier, est-ce que le fait d'avoir deux visions distinctes entre approche patientèle et de territoire n'est pas délétère au développement des MSP ? En effet, en fonction de l'approche que l'on prend, les attendus en termes de prestation de service et d'offre de soins ne seront pas les mêmes, en découlera alors un projet de santé et une organisation d'équipe différentes.*

Pour terminer sur cette partie, un ancien infirmier maintenant chargé de mission dans une institution soulève une notion qui semble intéressante à développer. Selon lui, *« On a quand même fait un système qui est ciblé médical or le propre d'une MSP c'est que la parole de tout le monde est au même niveau et si ça marche aujourd'hui c'est que ces règles-là elles sont mises pour ne pas reproduire un système qu'ils ont connu à l'hôpital, ou le grand médecin, le professeur va parler et les autres même s'ils ont des bonnes idées et elles ne seront pas entendues. »*. Cela fait appel à la notion de coordination développée plus haut, au fait qu'il ne devrait pas y avoir de hiérarchie au sein d'une MSP. De plus, il semblerait, d'après l'ARS, que les infirmiers libéraux s'investissent peu ou pas au sein des projets MSP. Cela peut nous amener à nous interroger sur les approches employées par les différentes institutions pour développer les MSP. Quel interlocuteur est choisi ou défini au sein des MSP pour entretenir les relations avec les différentes instances ? La même place est-elle donnée à l'ensemble des professionnels de santé pour contribuer au développement de la MSP ? Qui rédige le projet de santé ? Comment les institutions accompagnent l'ensemble des professionnels de santé ? Ces questions semblent faire appel à trois responsabilités différentes : l'engagement des paramédicaux et la place qu'ils vont prendre dans la construction du projet de santé ; la volonté de travailler en équipe des médecins et la place qu'ils laisseront aux autres professionnels ; la vision des institutionnels et notamment celle de l'ARS et l'importance accordée à l'ensemble des professionnels de santé pour le développement de cet exercice coordonné.

---

## 2 – Le développement des MSP en Auvergne-Rhône-Alpes

---

Nous avons pu voir dans la partie précédente comment les Maisons de Santé Pluri-professionnelles ont émergé en France et saisi, à l'aide de quelques données chiffrées, la dynamique territoriale en santé d'Isère. Dans cette partie nous présenterons la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et comment celle-ci est perçue par les professionnels de santé et les partenaires. Nous nous attarderons ensuite sur les freins au développement de cet exercice coordonné. Pour terminer par quelques éléments de comparaison avec la politique d'accompagnement de l'ARS Bretagne.

### 2.1 La politique d'accompagnement de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Après lecture des documents accessibles sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, et suite aux échanges avec des agents du siège et de la délégation départementale d'Isère de l'ARS, nous pouvons distinguer 2 phases dans la politique d'accompagnement au développement des MSP. La première correspond à la création même de cette MSP, soit la rédaction du projet de santé pour que la MSP soit labellisée. La seconde correspond à une aide au démarrage, qui permet à la MSP de se développer et de tendre progressivement vers le financement pérenne de l'assurance maladie : l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Cette politique d'accompagnement interagit avec les politiques d'autres instances telles que la CPAM, la FemasAura, le département. Une réelle coordination des politiques se met en place pour répondre aux besoins du territoire. Mais les acteurs locaux la connaissent-ils ?

#### 2.1.1 Une politique segmentée

Les équipes de professionnels de santé libéraux fraîchement constituées et désirant exercer en MSP peuvent se documenter sur le PAPS. Cette plateforme régionale a pour vocation d'informer sur les formations initiales et continues, l'installation et l'exercice, les aides individuelles, le remplacement et la cessation d'activités des professions de santé libérales. Ce portail sert de guichet unique et oriente les personnes vers le bon interlocuteur. En ce qui concerne l'exercice coordonné, un espace est dédié à chacun d'entre eux, nous y retrouverons donc les informations

*Aymeric SENTIER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

relatives aux MSP. Celles-ci se découpent en trois parties : « *Être accompagné dans la création et le fonctionnement d'une MSP* » qui correspond à l'ensemble des aides financières pour mettre en œuvre le projet de santé ou le projet immobilier, « *Créer une maison de santé pluri-professionnelle* » qui détaille l'ensemble des étapes de la construction d'une MSP et donne les différents contacts de l'ARS. Quant à la dernière partie, elle se rapporte à la « *Demandes d'adhésion à l'ACI : calendrier 2020* ». Les professionnels de santé qui souhaitent de l'information sur l'exercice coordonné peuvent aussi échanger avec leurs pairs exerçant en MSP, la FemasAura, leur collectivité, le département. Bien que les portes d'entrée puissent être différentes, la finalité reste la même, ils seront redirigés vers la responsable de l'exercice coordonné en délégation départementale de l'ARS. Les échanges entrepris entre l'ARS et les équipes peuvent déboucher sur la mise en place de la politique d'accompagnement.

A la suite de cette prise de contact débute la phase que je nommerai « *formalisation du projet de santé en vue d'une labellisation* ». Lors de cette étape la responsable en délégation de l'exercice coordonné apporte une aide méthodologique et statistique aux équipes pour réaliser leur diagnostic et définir avec eux leur projet de santé. Celui-ci comprend la partie diagnostic avec la délimitation du territoire d'intervention et l'analyse de l'offre existante et des besoins en soins. Cette partie est suivie du projet professionnel constitué de l'implantation géographique, la liste des professionnels de santé participant au projet et la structure juridique de la future MSP. Afin d'accompagner plus facilement les MSP vers l'ACI, la suite du projet de santé a été construite en fonction des 3 axes qui composent l'ACI. Pour rappel ces axes sont : l'accès aux soins, le travail en équipe pluri-professionnelle et le système d'information. Ce projet de santé doit être élaboré en cohérence avec le schéma régional de santé de l'ARS, les échanges avec la délégation le permettront. La responsable de l'exercice coordonné en délégation est à l'écoute des besoins des professionnels de santé, elle répond à l'ensemble de leurs questions et les oriente vers les différentes instances en fonction de leurs demandes. Cet accompagnement peut se réaliser en distanciel ou en présentiel, seul ou accompagné de la FemasAura ou d'autres instances. A terme, une fois le projet de santé rédigé et validé par l'ensemble des professionnels de santé composant la MSP, celui-ci est présenté en ECD pour validation et labellisation.

Comme nous le présente une responsable de l'ARS cette première phase dépend avant tout d'un facteur humain : « *Après il y a toujours le facteur humain qui rentre en ligne de compte, aujourd'hui on a 12 départements, 12 interlocuteurs sur le développement des MSP donc on voit bien qu'il y a* »

*Aymeric SENTIER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*une hétérogénéité dans l'accompagnement qui est fait.» C'est lors de cette première étape qu'une relation d'aide s'installe entre l'agent en délégation départementale et les professionnels de santé. Cette relation pourrait s'apparenter à des concepts de soin tels que l'accompagnement ou la relation d'aide. D'après Anne-Marie Mottaz (2012), l'accompagnement renvoie à plusieurs notions clefs, la première est que celui-ci implique une relation à l'autre, au minimum une relation duale. Cet accompagnement s'inscrit dans une temporalité définie autour du projet de l'autre, il s'agit d'aider la personne, ou un groupe, de la soutenir dans son processus de transformation. Cette relation permet à l'accompagné de se développer, mais aussi à chacun des partenaires de s'enrichir, de se transformer. L'accompagnement se doit d'être réalisé avec bienveillance et sollicitude pour viser l'autonomisation des personnes accompagnées. La dernière notion concerne la personne qui accompagne, celle-ci doit être dans une posture éthique et réflexive, elle respecte le parcours et les idées de l'autre. Elle favorise l'interaction et s'adapte à l'évolution de la situation. A l'écoute, disponible, elle garde une juste distance et s'intéresse en priorité aux aspects positifs de la personne accompagnée ; elle s'appuie sur ses ressources et ses compétences. Pour ce qui est de la relation d'aide, Carl Rogers, un psychologue humaniste nord-américain la définit comme suit : « Des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie. L'autre, dans ce cas, peut être soit un individu, soit un groupe. On pourrait encore définir une relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ses ressources. » (Paillard, 2015)*

Si l'on reprend la première phase de la politique d'accompagnement de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, la référente de l'exercice coordonné en délégation départementale accompagne les professionnels de santé libéraux vers une transformation de leur façon d'exercer, dans la création et la rédaction de leur projet de santé. Les relations entretenues entre l'ARS et les professionnels de santé semblent être bonnes comme l'atteste ce retour d'un partenaire de l'ARS *«je trouve que l'ARS de l'Isère a plutôt de bonnes relations avec les professionnels de santé, a plutôt bien communiqué avec les porteurs de projets volontaires, ceux qui se manifestent d'eux même. Ce n'est pas plutôt, c'est même très positif. On a des retours globalement positifs, l'accompagnement se fait, il y a une présence qui est actée par les professionnels de santé qui ont monté des structures. »* ou ceux de MSP *« très bon contact avec Mme B. [référente ARS] », « Nous sommes satisfaits des relations que nous pouvons avoir en local avec les référents », « Interlocutrice*

*Aymeric SENTIER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*identifiée, bien disponible, très appréciée* », « *Très bon contact avec nos interlocuteurs d'AURA Isère, bonne volonté et bonne connaissance de la situation locale.* », « *Retours rapides et intéressants* ». L'étape d'accompagnement, réalisée par la référente exercice coordonné de l'ARS, semble essentielle pour répondre aux besoins du terrain

A posteriori de la labellisation s'enclenche la deuxième phase d'accompagnement, la « *mise en œuvre du projet de santé : vers la signature de l'ACI* ». Lors de cette étape l'ARS accompagne financièrement les MSP labellisées. Cette enveloppe issue du FIR peut aller jusqu'à 50 000€ pour aider au démarrage de la MSP. Ce financement ponctuel et non reconductible peut se faire en 2 fois sur 2 années consécutives. Il permet de couvrir 3 postes de dépenses : le système d'information partagé labellisé par l'agence du numérique en santé, l'équipement pour les parties communes de la MSP (Secrétariat, salle de réunion, matériel d'urgence) et la mise en route de la coordination avec, par exemple, les frais de mise en place de la SISA. Selon les responsables de l'ARS, depuis son instauration les postes de dépenses de l'enveloppe FIR ont bien évolué. Aujourd'hui sur les 34 MSP labellisées fin 2019, 20 avaient eu recours à ce financement et parmi elles, 16 ont actuellement signé l'ACI. Cette aide financière est présentée conjointement avec la CPAM lors d'une réunion organisée avec les professionnels de la MSP. Des informations sur ce sujet peuvent leur être envoyées au préalable. Une fois cette enveloppe en leur possession, les professionnels de santé qui se sentent prêts peuvent signer l'ACI avec l'ARS et la CPAM, afin d'avoir des financements plus pérennes. Ce financement demande des contreparties (des indicateurs à atteindre) de la part des MSP, ces indicateurs sont évalués chaque année avec la CPAM et l'ARS pour définir et valider la somme à verser.

En plus de cette politique d'accompagnement nous pouvons identifier 3 actions complémentaires réalisées par l'ARS qui contribuent directement au développement des MSP, ces actions sont d'ordres financiers. En effet, l'ARS soutient la FemasAura dans son fonctionnement, par cette action elle participe à la mise en place de facilitations par les pairs, de séminaires thématiques, d'accompagnement et de coordination. L'ARS finance aussi la formation Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (PACTE) de soins primaires pour tous coordinateurs qui souhaitent développer des compétences, faire reconnaître sa fonction et obtenir le diplôme d'état délivré par l'EHESP. Pour finir, l'ARS réalise des appels à projets en prévention et promotion de la santé et soutient des initiatives locales permettant d'expérimenter et d'innover de nouvelles organisations en santé, comme le projet CDAUV.

### 2.1.2 Une politique coordonnée

La politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas une politique isolée, qui a elle seule faciliterait le déploiement de cet exercice coordonné. En effet, cette politique interagit avec les politiques d'autres instances comme les politiques d'aides aux projets immobiliers de la région, du département et de la préfecture ou les politiques d'accompagnement de la CPAM et de la FemasAura. De plus, des interactions semblent exister aussi avec d'autres types de politiques comme les aides à l'installation des professionnels de santé de l'ARS, de la CPAM, de la région et du département, mais aussi les bourses pour les étudiants de médecine de la région, du département et de l'ARS. L'idée ici ne sera pas de vous présenter chacune de ces politiques et de voir comment celles-ci s'imbriquent avec la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS mais plus de vous présenter l'organisation et la collaboration qui existent entre les différentes instances en Isère, ainsi que les initiatives entreprises sur ce territoire.

Nous pouvons noter qu'il existe deux instances officielles de collaboration : l'espace de concertation départemental et le comité technique régional d'accès aux soins. Ces espaces permettent aux différents organismes de se transmettre des informations notamment sur le suivi des dossiers de MSP, c'est aussi au cours de ces échanges que sont votées les labellisations de ces structures. En reprenant les comptes rendus des 3 dernières années, nous pouvons constater au sein de l'ECD des différences de représentation pour les professionnels de santé. En effet, les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes sont, dans la majorité des cas, présents à chaque réunion par le biais de leurs ordres ou URPS, sinon ils sont excusés. En revanche, la représentation des sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes est nul ou presque et aucun ordre ou UPRS de ces professions ne semblent être excusés. Concernant les CTR, la représentation semble similaire à l'ECD pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Nous pouvons constater aussi une représentation aussi importante que ces derniers pour les sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, bien que les infirmiers semblent plus souvent représentés qu'en ECD, nous pouvons noter qu'aucun membre de l'ordre des infirmiers n'a été présent.

Depuis maintenant 1 an et demi, une organisation novatrice a vu le jour entre la CPAM, la délégation départementale d'Isère de l'ARS et le département. Les responsables respectifs du



développement de l'offre de soins ambulatoires, notamment des MSP, de ces trois organismes se réunissent une fois par mois pour s'informer sur des projets en cours et à venir et orienter plus facilement les porteurs de projets entre eux. Comme le présente une de ces responsables, ces réunions permettent de *« faire en sorte que quel que soit la première porte d'entrée, [Département], [ARS] ou [CPAM], l'information circule entre nous. Pour qu'on ait un niveau d'information égal et pouvoir répondre de façon complète aux structures qui nous sollicitent. »*. Cette initiative est le fruit de la spontanéité de ces agents afin de faciliter leur travail en équipe et n'est à l'heure actuelle pas formalisée et validée par les hiérarchies. Faut de coordinatrice de la FemasAura depuis quelques mois, cette association n'a pas pu s'investir au sein de ces réunions mensuelles, bien que la volonté soit de l'intégrer au groupe constitué. Au-delà de ces temps d'échange, ces responsables organisent des réunions conjointes avec les professionnels de santé qui souhaitent développer une MSP : *« On essaye de se déplacer à 3. On essaye de se déplacer parce qu'on trouve que c'est important la première réunion de se faire connaître etc. ça crée aussi du lien, ça facilite les échanges pour la suite des choses, cette première réunion on la fait tous les 3 je leur remets de la documentation etc. »* D'après ce même interlocuteur, cette organisation *« convient énormément à nos structures, on a plutôt des retours positifs, ça permet d'être très réactif »* Bien que chacune de ces instances ait sa propre politique d'accompagnement, il semblerait que celles-ci soient complémentaires et que la collaboration/coordination instaurée par ces responsables permette de répondre aux besoins des professionnels de santé de manière plus efficace. Ce fonctionnement pourrait être assimilé à un travail en équipe pluri-professionnelle dont l'un des objectifs est d'accompagner les professionnels de santé à travailler ensemble au sein d'organisations telles que les MSP. Toutefois comme nous l'ont fait remarquer les interrogés, tout ceci ne semble possible que parce que les relations, entretenues entre l'ARS, la CPAM et le département, sont bonnes en Isère.

Pour faciliter le travail en équipe et la transmission d'information, l'ARS et la CPAM ont mis en place récemment un SharePoint qui est un espace de partage de document. L'hypothèse d'ouvrir cet espace à d'autres organismes comme le département a été émise, cependant la Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) ne l'a pas autorisé. Cette plate-forme pourrait permettre à terme d'uniformiser les données concernant l'exercice coordonné. En effet, nous avons pu constater, au cours de nos recherches, qu'il existait des différences de données chiffrées au sein de l'ARS, mais aussi avec la CPAM, à propos du recensement des MSP labellisées, ayant signé l'ACI ou du nombre de professionnels exerçant dans ces structures. De plus, toujours dans l'optique d'améliorer la connaissance partagée, la délégation départementale de l'ARS et la

FemasAura s'informent par le biais de comptes rendus lorsqu'ils rencontrent séparément des professionnels de santé pour des conseils ou dans le cadre d'une facilitation.

Ainsi, il semblerait que pour faciliter le développement des MSP, les institutions d'Isère (département, ARS, CPAM, FemasAura) aient développé leur propre exercice coordonné, utilisant des outils d'informations partagées, organisant des réunions pluri-institutionnelles et améliorant leur interconnaissance. Nous avons d'ailleurs pu constater que les instances qui composent cette organisation sont celles qui connaissent le mieux et en détail la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

### **2.1.3 Une politique méconnue du territoire**

Nous l'avons vu la politique d'accompagnement au développement des MSP d'Auvergne-Rhône-Alpes peut être segmentée en 2 phases : la « *formalisation du projet de santé en vue d'une labellisation* » et la « *mise en œuvre du projet de santé : vers la signature de l'ACI* ». Celle-ci se coordonne avec les politiques d'autres instances d'Isère. Avant de s'assurer que la politique d'accompagnement de l'ARS répond aux besoins de terrain, il semble important de vérifier que celle-ci soit connue de tous pour être utilisée et appliquée. Or, l'enquête réalisée auprès des MSP labellisées et les différents entretiens nous montrent que cette politique reste encore méconnue. Dans un premier temps, si nous reprenons les retours des MSP, 2/10 d'entre elles estiment ne pas connaître la politique d'accompagnement. En réalité, au vu de leur présentation des actions de l'ARS, seulement 4/10 identifient clairement les 2 phases d'accompagnement de l'ARS, tandis que 4/10 ont assimilé la première phase et 2/10 la seconde. Par ailleurs, une seule MSP nous a présenté en détail la politique d'accompagnement de l'ARS, c'est à dire, qu'elle a pu aller jusqu'à présenter l'ensemble des postes de dépense de l'enveloppe FIR. (Question 7 Annexe 3) Notons toutefois que ces résultats ne sont présentés ici qu'à titre indicatifs et ne peuvent refléter complètement la réalité de terrain puisque l'enquête n'est pas exhaustive, n'est pas totalement représentative et que le format questionnaire en ligne peut être remis en cause.

Parmi la totalité des institutions présentées préalablement, l'équipe pluri-institutionnelle composée du Département, de l'ARS, de la CPAM et de la FemasAura identifie clairement et en détail ce qu'est la politique d'accompagnement de l'ARS. Nous pouvons aussi noter que les 2

interlocuteurs du *groupe projet immobilier* qui avaient proposé de mettre en avant le projet de santé dans leur définition d'une MSP, connaissent eux aussi en détail cette politique d'accompagnement. Cependant l'ensemble du *groupe soutien* et l'un des interlocuteurs du *groupe projet immobilier* estiment ne pas connaître cette politique d'accompagnement ou sont dans l'incapacité de présenter les actions précises de l'ARS. Nous pouvons nous questionner sur la communication qui est faite autour de la politique d'accompagnement. Celle-ci a-t-elle été présentée aux différentes instances et professionnels de santé ? Notons que contrairement aux CPTS, il n'existe actuellement pas de guide de présentation pour les MSP. De plus, lorsque la politique d'accompagnement est présentée en début de projet aux professionnels de santé, cette présentation se fait oralement sans support à remettre. Il existe toutefois un flyer sur les MSP qui présente succinctement cet exercice coordonné. Au vu des données inscrites sur celui-ci, il semblerait nécessaire de le mettre à jour. De plus, il pourrait être intéressant de le mettre à disposition dans des endroits stratégiques où les professionnels ou futurs professionnels de santé sont de passage, par exemple devant les bureaux ADELI. Aujourd'hui, les institutions et professionnels de santé qui souhaitent s'informer sur la politique d'accompagnement de l'ARS peuvent la retrouver sur le PAPS, comme nous le précise une responsable de l'ARS « *Par contre il y a aussi le site PAPS qui est la vitrine. On renvoie beaucoup les professionnels vers ce site, c'est pour cela qu'il a été créé.* » Nous pouvons alors nous interroger sur le contenu et la forme de la présentation de la politique d'accompagnement sur ce portail. Après avoir observé ce site et l'avoir comparé avec celui de l'ARS Bretagne, voici quelques points/questions qui méritent une attention particulière.

Premièrement, à propos la mise en page du site, dans la rubrique « *première réunion de travail : lancement du projet, préparation à l'élaboration du projet de santé* » est développée la SISA. Or, d'après les entretiens réalisés, il semblerait que les équipes n'utilisent ce statut juridique qu'avant de signer l'ACI. Il pourrait donc être envisageable de décaler cette présentation après la rubrique « *instruction des dossiers et avis* ». De plus, dans un premier temps les équipes se constituent en association, cependant pour le moment aucune information n'est à disposition sur la PAPS Auvergne-Rhône-Alpes pour accompagner les professionnels de santé vers ce statut juridique. Nous avons aussi remarqué que les contacts des référents installations sont présents dans la partie « *créer une maison de santé pluri-professionnelle* ». Or, pour chaque profession de santé une partie est dédiée à l'installation, nous pouvons alors nous questionner sur la place de ces contacts dans la partie MSP, ne serait-il pas préférable de mettre les coordonnées des référents exercice coordonné ? Est-ce que ces contacts sont les mêmes ? Par ailleurs, sur le PAPS nous

pouvons retrouver les coordonnées des responsables du siège de l'ARS et de la CPAM mais pas ceux des autres partenaires. Il pourrait être envisageable et intéressant de les mentionner avec leur accord sur ce portail, étant donné qu'ils jouent le rôle de guichet unique et centralisent les informations.

Deuxièmement, concernant le contenu, l'accompagnement financier sur le fond FIR de l'ARS semble bien présenté en détail, a contrario, l'accompagnement méthodologique réalisé avant la labellisation n'est que peu développé, il est simplement mentionné la première réunion de travail. Ensuite, nous pouvons retrouver dans la rubrique « *créer une Maison de Santé Pluri-professionnelle* » une distinction forte entre l'étape diagnostic et le projet de santé. D'après l'accompagnement réalisé en Isère, il semblerait que les professionnels de santé soient aidés dès la réalisation du diagnostic et que cette étape soit incluse à celle du projet de santé. Si cette pratique est la même dans les différents départements d'Auvergne-Rhône-Alpes, nous pourrions nous interroger sur l'avantage de présenter la politique d'accompagnement de cette façon puisqu'elle ne refléterait pas la réalité de terrain. Globalement sur le PAPS beaucoup d'informations sont présentes, l'organisation et les étapes de construction d'une MSP sont très détaillées, ce qui nous amène à nous interroger sur l'application réelle sur le terrain. Dans un souci de représentation des réalités de terrain, ne faudrait-il pas lisser, généraliser la présentation des étapes de construction d'une MSP ? Cela pourrait permettre dans un même temps de rendre plus lisibles et identifiables les actions de l'ARS et de ses partenaires. De plus, nous pouvons aussi observer que le volet immobilier est souvent mentionné dans les différentes rubriques MSP du PAPS. Au même titre que le questionnement, développé en partie I.2.c sur la définition d'une MSP, nous pourrions nous interroger sur l'impact d'une telle présentation sur la vision des professionnels de santé vis à vis de cet exercice coordonné. En effet, en développant et en détaillant ainsi le projet immobilier, n'est-il pas rendu essentiel voir indispensable à la création d'une MSP ? L'attention des professionnels de santé n'est-elle pas détournée du projet de santé ? Ce mélange d'informations entre projet de santé et projet immobilier peut amener à des manques de lisibilité ou des incompréhensions. Par exemple si nous prenons la partie « *Instruction et notification d'avis* », il est difficile d'identifier de quel dossier il est question (immobilier ou projet de santé) comme l'atteste cette extraction « *Chaque partenaire réalise sa propre instruction du dossier. Toutefois, dans la mesure où le projet de santé doit être placé au cœur d'un projet de MSP, les partenaires se tournent nécessairement vers l'ARS pour avis, qui engage alors son instruction. Celle-ci s'effectue aujourd'hui dans le cadre d'une analyse en commun des dossiers déposés auprès de chaque partenaire, lesquels se concertent et se rencontrent régulièrement au sein des instances* »

*de pilotage du PAPS. Ils assurent en amont une circulation des dossiers déposés via les services de l'ARS qui les communiquent à l'ensemble des partenaires. La notification de l'ARS est ainsi finalisée en prenant en compte les remarques et l'avis porté par chacun en séance. [...] La notification est adressée par l'ARS au porteur du projet si le dossier a directement été déposé à l'ARS, ou est communiquée au partenaire financier sollicité qui pourra ainsi finaliser sa propre notification et la transmettre au promoteur.»* Pour améliorer cette présentation, une rubrique exclusivement dédiée aux projets immobiliers pourrait être créée.

Pour terminer sur cette plate-forme numérique, nous avons relevé quelques informations qui nous semblent être erronées. Ainsi, dans la partie « *première réunion de travail : lancement du projet, préparation à l'élaboration du projet de santé* », il est mentionné, je cite « *A contrario, les demandes de soutien financier à l'investissement immobilier, déposées auprès des préfetures et du conseil régional, ne peuvent émaner que de collectivités locales, un professionnel de santé ne peut pas être destinataire du versement de l'aide.* ». Or, selon nos échanges avec la région, il semblerait que les professionnels de santé puissent être accompagnés directement pour leur projet immobilier. Enfin, dans la partie « *Du pré-diagnostic à la constitution d'une équipe* » il est stipulé : « *Que cette réflexion soit à l'initiative d'une collectivité locale ou d'un professionnel de santé, une étude initiale doit être réalisée. Au besoin, il reste possible de solliciter la participation financière de différents partenaires (ARS sur les fonds FIR, collectivité territoriale...) pour assurer l'intervention d'un prestataire externe.* ». Cependant d'après nos retours de terrain, la réalisation de cette étude initiale/ce diagnostic se fait par les professionnels de santé eux même accompagnés de la responsable de l'exercice coordonné en délégation départementale de l'ARS et l'enveloppe de 50 000€ accordée par l'ARS sur le FIR ne semble pas pourvoir ce poste de dépense. Une vérification de ces éléments semble être nécessaire pour s'assurer de leur véracité, auquel cas, une mise à jour des informations présentes sur le PAPS pourrait être envisagée.

## **2.2 Les freins au développement des MSP : des besoins de terrain**

Nous avons présenté plus haut la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et sa méconnaissance des acteurs locaux. Dans cette partie nous analyserons les retours de l'enquête et les entretiens réalisés auprès de professionnels exerçant en MSP afin d'identifier les freins au développement de cet exercice coordonné.

### 2.2.1 Les coordinateurs

Au cours d'un entretien avec une responsable de l'ARS, nous avons identifié 3 catégories de MSP. Tout d'abord les MSP qui ont ou vont signer l'ACI, ce sont souvent celles qui vont potentiellement répondre au mieux à ce qu'on attend d'une MSP. Ensuite, *« Il y a une partie des équipes qui n'adhèrent pas à l'ACI, on pourrait les catégoriser de moins bonnes équipes mais il y a aussi toute cette partie administrative qui est lourde, par exemple dans le Cantal où il y a très peu de médecins, où ce sont de toutes petites équipes, où ils n'ont pas le temps et où l'on voit qu'une partie de ces missions qui peuvent être dévolues à des coordinateurs »*. Enfin nous pouvons identifier la dernière catégorie qui correspond à une équipe qui n'a pas encore signé l'ACI et ne semble pouvoir le faire sans l'aide d'un coordinateur. La place du coordinateur semblerait être essentielle au bon développement des MSP.

Fin 2019, sur les 34 MSP que comptait l'Isère 16 avait un coordinateur salarié, pour les autres cette fonction était assurée par un ou plusieurs professionnels de santé de la MSP. Depuis la création de la formation PACTE de soins primaires, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a eu 4 promotions au cours desquelles 5 professionnels de santé et 3 coordinateurs de MSP Isérois ont été formés. Ce qui représente au final 6 MSP sur 34 avec une ou plusieurs personnes de formées à la coordination de MSP, soit moins de 18% des MSP labellisées. Pour information, l'accès à cette formation n'est possible qu'aux personnes exerçant en MSP et le nombre de personnes formées est défini par l'ARS. Concernant l'enquête, sur les 10 retours de MSP, 3 n'avaient pas de coordinateurs et l'identifiaient comme un besoin ou une limite au développement de leur exercice coordonné comme en témoigne ces quelques extraits (Question 10 et 11 Annexe 3) : *« Il manque vraiment un salarié qui passerait 1 journée par semaine avec notre MSP pour la faire avancer et faire le début de coordination et nous trouver un coordinateur/trice », « Pour moi l'ARS a été efficace, le problème c'est que c'est de plus en plus chronophage pour tenir les justificatifs administratifs [...] nous avons besoin d'une coordination accessible, à des tarifs non prohibitifs et efficace, sinon je vais faire coordinateur ! », « Tant qu'une MSP n'a pas de coordinateur/trice, je pense qu'il faut que l'ARS se mouille et coordonne le projet. Parce que nous travaillons bénévolement tant que nous n'avons pas les ACI. Et que pour avoir les ACI il faut plusieurs choses difficiles à mettre en place par des professionnels de santé qui n'ont pas de formation de chargé de mission. Donc beaucoup de temps perdu à chercher des infos, à essayer des choses qui ne fonctionnent pas, à convaincre les autres professionnels de santé de la future MSP qu'il va bien falloir dépenser un peu d'argent avant d'être financé par le fonds FIR et les ACI. Je pense qu'un*

*salarié de l'ARS devrait nous être détaché pour les 2 premières années une fois le projet de santé validé. J'en ai marre du travail bénévole. ». De plus, bien que certaines MSP aient déjà un coordinateur qui les accompagne dans le développement et la gestion de leur regroupement de professionnels de santé, le besoin semble toujours présent comme nous le mentionne ce retour d'une MSP «Il faudrait un coordinateur à temps plein qui assure la communication, le budget, 2 jours par semaine c'est trop peu».*

Ce besoin de coordinateur a aussi été identifié par plusieurs institutions. Pour rappel, la FemasAura accompagne les équipes avec l'ARS au développement de leur projet de MSP. Les facilitateurs de cette fédération reçoivent beaucoup de demandes concernant la coordination et l'identifient comme l'un des principaux besoins de terrain. Ils les conseillent souvent et disent *«aux équipes qu'il faudra prendre un coordinateur et ils répondent oui mais qui ? Où ? Quoi ? Quand ? Pour quoi ? Comment ? Est-ce qu'il y a un site officiel des coordinateurs ? »*. L'un des facilitateurs nous prévient également que la fonction de coordinateur *«peut être assurée par des professionnels de santé mais c'est un peu compliqué de porter la casquette professionnel de santé, leader et coordinateur c'est un peu le risque d'avoir un dictateur dans la MSP »*. Toujours concernant la fonction de coordination, un chargé de mission du *groupe immobilier* nous informe que selon lui *« il n'y a pas du tout le même niveau de compétence en fonction du profil, d'où on va, de qui on va prendre [...] Le langage soignant est intéressant parce qu'on sait ce qu'est un patient, la douleur, les difficultés de coordination. Après quelqu'un qui ne vient pas du soin ça apporte une nouvelle ouverture, j'ai rencontré des personnes qui venaient de master en management. Ça dépend vraiment de la dynamique locale. Ça fait croiser le regard, ça donne une nouvelle synergie mais des fois dans l'arbitrage pour savoir qui choisir ils ont besoin d'aide »*. Pour terminer, selon un professionnel de santé exerçant en MSP et représentant d'une institution : *« Nous on a une coordinatrice et il y a tellement de documents à remplir, qu'on ne pourrait pas monter une MSP maintenant, travailler dans le long terme sans coordinatrice. On peut monter probablement le projet sans elle mais dès que les financements arrivent, si on veut être dans les clous, faire les choses correctement je pense qu'il faut une coordination »*

Le coordinateur apparaît comme une fonction nécessaire au développement des MSP et est identifié comme un besoin de terrain en Isère. Cependant, bien que l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes finance la formation PACTE de soins primaires et quelques temps de coordination via l'enveloppe

FIR en attendant la signature de l'ACI, cela ne semble pas suffisant ou du moins cela ne répond pas aux attentes des professionnels de santé.

### 2.2.2 Le projet immobilier

Nous l'avons vu plus haut, d'après nos différents interlocuteurs, une MSP se définit à travers le projet de santé et le projet immobilier comme nous le rappelle un institutionnel du *groupe projet de santé* « *c'est toujours parallèle il y a toujours le projet immobilier et le projet de santé parce que les équipes veulent travailler aussi dans un cadre ensemble* ». Le bâtiment étant plus long à mettre en place, il peut avoir un impact sur la création et la mise en œuvre du projet de santé. Actuellement, aucune aide ou accompagnement n'est fait par l'ARS sur le projet immobilier, mise à part dans le cadre du FIR pour du petit équipement et mobiliers des parties communes. Selon ce même institutionnel, les professionnels de santé « *sont surtout pris par le projet immobilier où ils sont laissés un peu seuls face aux mairies, aux promoteurs immobiliers des fois un peu farfelus, des experts comptables qui viennent leur raconter les charges tout ça. Et ça il n'y a aucun accompagnement [...] Ce qui fait que ça fait focaliser, en tout cas ça prend toute la charge mentale au début et ça laisse peu de place au projet de santé et il n'y a pas de personne ressource au niveau de l'ARS,*»

Si nous reprenons l'enquête auprès des MSP, 4 sur 10 identifient le projet immobilier comme un besoin ou un frein au développement de leur structure comme en témoignent ces quelques extraits : « *Un nouveau local, plus grand, plus adapté notamment pour développer la participation habitante.* », « *Augmentation et aménagement des locaux pour accueillir le second recours sous la forme de consultations avancées depuis l'origine du projet (spécialités qui se déploient), accueillir une ophtalmologue, organiser la télé consultation/télé expertise, améliorer l'accueil des internes* », « *Frein immobilier pour extension* », « *les locaux* ».

Le projet immobilier semble revenir à plusieurs moments dans la vie d'une MSP, à sa création lorsqu'il est question de réunir l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire et plus tard lorsque le projet a grandi et qu'il faut accueillir de nouveaux professionnels. Il est aisé de rajouter des professionnels de santé au sein de l'association ou de la SISA de la MSP, il est plus compliqué de pousser les murs. Se pose alors la problématique de la taille de la MSP, comme nous le présente un interlocuteur du *groupe projet immobilier* «*Après la difficulté aujourd'hui sur les MSP*



*et pour moi c'est une vraie question, c'est de se dire que, quelle est la bonne taille pour une MSP. Il y a des MSP qui ont eu du mal à démarrer, qui ont eu des espaces de 400 à 500m<sup>2</sup> et quand la dernière pierre est posée elle est au taquet, pleine parce que le projet fait venir d'autres personnes voilà. Et à l'inverse certains ont vu trop grand et sont en difficulté. C'est pour ça que j'ai dit que les multi sites sont intéressantes parce que on peut faire dans un site, le centre névralgique et des satellites autour »* Cela fait écho à la taille de l'équipe, au nombre de professionnels de santé. Comme nous informe une responsable de l'ARS *«Un enjeu aussi c'est la taille critique des MSP, parce que c'est ce qu'on évoquait, trop petit c'est quand même compliqué, quand vous avez vraiment le minimum, 2 médecins 1 infirmiers, je crois qu'on en a qu'une seule sur la région comme ça, les enjeux ne sont pas les mêmes. Nous on estime que la taille critique c'est 15 professionnels de santé. On voit bien, on a des structures qui étaient énormes, on voit bien tout le monde n'a pas le même degré d'investissement dans la structure, tout le monde n'a pas la même vision. Il y a des structures à 40-50 ça ne marche pas du tout. Donc on estime entre 15 à 20 c'est le maximum.»*

Nous le constatons bien, le projet immobilier est au cœur du projet de MSP pour les professionnels de santé. Celui-ci soulève beaucoup de questions, d'organisation et de gestion pour des professionnels qui n'ont pas forcément le temps et les compétences. Il nécessite aussi une vision sur du long terme, être capable d'anticiper les besoins futurs de la population et l'évolution de la MSP. Hormis l'accompagnement réalisé par chaque institutionnel du *groupe projet immobilier* dans le cadre de leurs dossiers de financements, aucun accompagnement ou organisation inter-institution avec l'ARS n'est faite à ce jour.

### **2.2.3 Le manque de professionnels de santé**

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes lutte contre la désertification médicale à travers le suivi du plan d'accès aux soins, elle aide les professionnels de santé à s'installer sur le territoire. Nous l'avons vu plus haut, les médecins généralistes sont libres de s'installer où bon leur semble, il n'existe pas de mesures coercitives aux mains de l'ARS mais bien des aides incitatives. Selon une responsable de l'ARS, l'agence *« travaille beaucoup sur ces aides incitatives et on sait quand même que ces aides malgré tout beaucoup, c'est ma perception, c'est un effet d'aubaine. Est-ce que ça générerait réellement des nouvelles installations dans des lieux désertiques ? Pas forcément et aujourd'hui on sait qu'il y a deux enjeux très structurant pour l'accompagnement, pour l'offre de soins de premier recours, c'est l'installation en pluri-professionnalité donc tout ce qui est accompagnement des*

*exercices regroupés, MSP et centre de santé qui est plutôt ça aujourd'hui l'enjeu de la lutte contre la désertification médicale et puis tout ce qui est les stages. » Pour rappel, une MSP ne peut voir le jour qu'avec 2 médecins et 1 paramédical au minimum, ces conditions peuvent être difficiles à atteindre pour certains territoires comme nous le précise un agent du groupe projet immobilier, « Le point souvent que j'entends dire aussi c'est les deux médecins généralistes qui sont exigés, j'ai des équipes ou des collectivités qui me disent des fois bah c'est déjà compliqué, déjà quand on en a un c'est déjà bien. »*

De plus, parmi les 10 MSP qui ont répondu à l'enquête, 4 étaient en recherche de professionnels de santé. Certains pour des médecins généralistes : « un à trois médecins pour étendre la MSP en pôle de soins avec des cabinets », « Que des médecins s'installent. Actuellement nous avons des médecins généralistes remplaçants » D'autres pour des spécialistes ou paramédicaux afin d'étendre leur offre de soins « Nous avons besoin de professionnels ! Médecin généraliste, pédiatre, kinésithérapeute... nous avons besoin d'une sage-femme et son autorisation d'installation a été bloquée », « recherche d'une sage-femme, d'un dermatologue, d'une psychomotricienne, d'une diététicienne, pour renforcer l'équipe ». L'une d'entre elles va plus loin en nous faisant part de ses problématiques, pour elle « le recrutement est difficile pour les médecins voulant exercer en rural, avec des horaires un peu larges, et la démotivation des jeunes médecins pour la participation (malheureusement non obligatoire) à la permanence de soins pose problème. » Pour compléter un agent du groupe projet de santé nous dit que « Pour en avoir un peu discuté, quand on se déplace dans nos structures (MSP), dans les zones défavorisées ou en campagne, ou effectivement le manque de médecin se fait cruellement ressentir malheureusement les aides ne sont pas forcément suffisantes, prenons l'exemple d'un couple avec un médecin, vous pourrez donner toutes les aides que vous voulez s'il n'y a pas de structure autre ou de travail pour le conjoint bah c'est compliqué quoi. On a beau avoir toutes les aides du monde, si à côté ça ne suit pas parce qu'il faut installer un conjoint une famille, ce n'est pas évident non plus. »

Le développement de l'exercice coordonné, notamment des MSP permettrait d'attirer de nouveaux professionnels de santé et ainsi lutter contre la désertification médicale. La politique d'accompagnement au développement des MSP devrait permettre indirectement d'attirer de nouveaux professionnels de santé, ce à quoi peut s'ajouter les aides incitatives. Cependant, cet exercice est soumis à un quota minimum de professionnels de santé et nous pouvons constater aussi que malgré la mise en place des MSP certains territoires restent encore dans le besoin.

## 2.2.4 Bénévolat et prévention promotion de la santé

Nous venons de voir les 3 besoins principaux identifiés par les MSP pour favoriser leur développement : La coordination, le projet immobilier et les professionnels de santé. Nous vous présenteront ici les besoins secondaires qui ont été émis par une ou deux MSP ou identifiés par une institution.

Tout d'abord, contrairement à l'ARS Bretagne, les postes de dépenses de l'enveloppe FIR de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ne permettent pas d'indemniser les professionnels de santé pour la rédaction du projet de santé ou sa mise en œuvre avant la signature de l'ACI. Ceci peut expliquer le ressenti d'un leader de MSP qui nous exprime en avoir « *marre du travail bénévole* ». Il a été souvent stipulé par les différentes institutions que les professionnels de santé n'avaient pas forcément le temps de s'investir dans un projet de MSP. Nous pouvons nous interroger à présent sur ce point, est-ce vraiment un manque de temps ? Ou est-ce lié à un manque de reconnaissance financière de leur potentiel investissement dans un tel projet ?

Ensuite, 2 MSP nous ont fait remonter leur désir de s'investir sur des projets de santé publique et leur difficulté à les mettre en place. L'une d'entre elle nous informe que « *Les professionnels de santé de la MSP sont intéressés pour mettre en place des actions de santé publique, d'ETP, des actions innovantes (par exemple, la télé expertise) mais le financement de l'ACI est insuffisant pour les mettre en œuvre. La recherche d'autres financements est faite, via des appels à projets. Des dossiers de demande de financement auprès de l'ARS ont été établis mais ils ont été refusés. Les motifs avancés étaient qu'ils n'étaient pas pertinents pour le territoire (car pas prioritaires) alors même que le diagnostic de santé du territoire met en exergue la nécessité de cette thématique et qu'elle fait partie du projet de santé de la MSP.* ». Quant à l'autre MSP, « *Sur l'aspect prévention : nous souhaiterions pouvoir pérenniser les financements : nous n'avons pas eu l'opportunité de faire des conventions pluriannuelles alors que nous avons 3 projets (médiation en santé, prévention auprès des jeunes, prévention auprès des plus précaires) qui mériteraient une pérennisation pour pouvoir travailler de manière sereine, pouvoir construire des projets stables.* ». De plus, d'après une des institutions interrogées pour certains items de l'ACI, les objectifs de santé publique ne sont « *pratiquement pas atteignables* ». Ces indicateurs semblent être selon ses dires définis par l'ARS. Étant donné que les MSP peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé, il semble dommageable pour le territoire et la dynamique d'équipe de voir leur investissement freiné.

### 2.3 Comparaison avec la politique d'accompagnement de l'ARS Bretagne

Dans cette partie sera présenté un tableau comparatif des politiques d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes. Cette comparaison est factuelle et ne cherche pas à évaluer l'impact d'une politique par rapport à une autre, elle ne prend donc pas en compte le contexte dans laquelle chaque politique s'inclut et a évolué (besoins populationnels, évolution démographique des professions de santé, organisation et collaboration entre institutions, relation entre les professionnels de santé et l'ARS...). Cette comparaison permet de présenter ce qui peut se faire ailleurs, pour éventuellement s'en inspirer. Des recommandations issues de celle-ci seront proposées dans la partie suivante.

A titre d'information, l'ARS Bretagne comptait 110 MSP dans sa région, fin 2019, avec 44 signataires de l'ACI (soit 40%), ce qui donne en moyenne 27,5 MSP par département. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes comme nous l'avons vu en partie I.2.c comptait, fin 2019) 250 MSP dont 137 signataires de l'ACI (54,8%), soit une moyenne de 20,8 MSP par département.

	<b>ARS Bretagne</b>	<b>ARS Auvergne Rhône Alpes</b>
<b>Prospection</b>	Présentation de la politique d'accompagnement aux professionnels de santé et aux élus lors de réunions.	Aucune
<b>Rédaction du projet de santé</b>	Subvention FIR entre 11 200€ et 20 000€ (en fonction du nombre de professionnels de santé et s'il y a ou non un projet immobilier) pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>Financer le recours à un cabinet de consultant, qui accompagnera l'équipe sur le plan méthodologique pour l'élaboration de son projet de santé ;</li> <li>Indemniser les professionnels de santé pour le temps passé en réunion avec le consultant pour l'élaboration de leur projet de santé.</li> </ul>	Accompagnement méthodologique et statistique. Conseil et orientation en fonction du Projet Régional de Santé (PRS)

	<b>ARS Bretagne</b>	<b>ARS Auvergne Rhône Alpes</b>
<b>Mise en œuvre du projet de santé</b>	<p>Subvention FIR de 15 000 maximum pour au choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser une charte de fonctionnement de la MSP à destination des patients</li> <li>• Organiser l'accès à des soins spécialisés</li> <li>• Élaborer des actions de santé publique</li> <li>• Constituer une SISA</li> <li>• Définir les modalités de coordination au sein de la MSP</li> <li>• Formaliser des protocoles</li> <li>• Réaliser des staffs pluri-professionnels</li> <li>• Passer la formation pour devenir maître de stage</li> <li>• Élaborer des procédures de transmission et/ou d'outils de coordination</li> <li>• Organiser des temps de formation internes à la structure</li> <li>• Organiser des temps de concertation</li> <li>• Définir les modalités de partage de l'information entre professionnels</li> </ul> <p>Appel à projet : Accompagnement financier et méthodologique pour développer un système d'information partagé (10MSP/an)</p>	<p>Subvention FIR de 50 000€ pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'équipement d'un système d'information partagé labellisé ASIP</li> <li>• La mise en route de la coordination (aide à la rédaction du règlement intérieur, frais de constitution de la SISA, contrat court de coordination, conseils divers)</li> <li>• Le petit équipement et mobilier des parties communes de la MSP + l'équipement du matériel d'urgence</li> </ul>
<b>Suivi des MSP</b>	<p>Accompagnement ponctuel en fonction de leurs besoins et questionnements. Rencontres conjointes ARS/CPAM une fois par an après la signature de l'ACI pour suivre les indicateurs. Rencontres conjointes ARS/CPAM avec l'appui, si besoin, de ESSORT pour accompagner les MSP non ACI vers une réflexion de la signature de cet accord.</p>	<p>Accompagnement ponctuel en fonction de leurs besoins et questionnements. Rencontre conjointe ARS/CPAM une fois par an après la signature de l'ACI pour suivre les indicateurs.</p>
<b>Formation Pacte de soins primaires</b>	Financement de la formation pour les coordinateurs (frais pédagogiques).	Financement de la formation pour les coordinateurs (frais pédagogiques).
<b>Instance décisionnelle</b>	<p>La CARPEC : Cellule d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné</p> <p>Composition : l'ARS, les URPS, le Conseil Régional, l'Assurance Maladie, ESSORT (fédération régionale AvecSanté), GECO Lib' (association regroupant les URPS)</p>	<p>Espace de Concertation Départemental et Comité Technique Régional d'accès aux soins</p> <p>Composition : Annexe 1</p>

---

### 3 – Recommandations et pistes de réflexion

---

Les MSP interrogées estiment, en moyenne, à 7,1/10 leur satisfaction vis-à-vis de la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ce qui laisse une marge de progression. Bien que la région fasse partie des plus actives sur le développement de l'exercice coordonné et que l'Isère soit le département avec le plus de MSP, nous l'avons vu précédemment, il existe toutefois des freins au développement de cette exercice en Isère. De plus, seul 18 MSP sur 34 avaient signé l'ACI fin 2019 et nous pouvons observer des territoires encore dépourvus de cet exercice coordonné comme dans la vallée du Grésivaudan, l'Oisan ou le sud-ouest du Nord Isère pour ne citer qu'eux. (Annexe 8) Il existe alors deux actions possibles : ne rien faire et continuer ainsi ou améliorer pour répondre au mieux aux besoins des territoires. Ces deux visions nous ont été présentées lors des entretiens, selon nos interlocuteurs soit il n'y a *« pas vraiment besoin d'améliorer quoi que ce soit, cela fonctionne très bien »*, soit *« comme tout accompagnement tout est perfectible. Quand on fait de la démarche qualité on identifie toujours les points positifs mais aussi certains points que l'on pourrait améliorer, nous tous et dans tous les domaines »*. Les recommandations présentées ci-dessous sont des pistes de réflexion qui pourraient améliorer la politique d'accompagnement existante, leur application reste à la main de l'ARS.

#### 3.1 Rendre identifiable par tous la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Nous l'avons vu pour développer les MSP en Isère, les différents organismes se sont organisés en équipes pour coordonner leurs actions. Rappelons que selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) une équipe est un *« Groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune »* ici les différentes institutions travaillent ensemble pour développer les MSP sur le département. Cependant nous l'avons constaté, bien que l'objectif semble être commun la définition de la MSP n'est quant à elle pas commune, ce qui peut amener à des visions différentes de l'objectif. Dans un premier temps il serait intéressant de revoir la définition d'un MSP de l'ARS, pourquoi pas en s'inspirant de celle d'avecSanté, qui la définit comme telle *« La maison de santé est donc un regroupement de professionnels de santé qui travaillent ensemble autour d'un projet de santé commun. »* Une fois la définition de la MSP établie il pourrait être envisageable de

réaliser un guide commun avec les différents partenaires de l'ARS pour présenter cet exercice coordonné, identifier les distinctions avec les autres (ESP, CPTS) et développer les politiques d'accompagnement. Ce guide pourrait s'inspirer de ce qui a été réalisé en Bretagne ou sur les CPTS en Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans un second temps, pour s'assurer de l'intégration par tous de la politique d'accompagnement de l'ARS, un travail de communication doit être réalisé. En ce qui concerne les partenaires, la politique d'accompagnement pourrait être présentée en ECD et en CTR et/ou faire l'objet d'un mail d'information où pourrait être joint le guide MSP. Ce même guide pourrait être envoyé aux professionnels de santé par le biais de partenaires comme les Ordres, les URPS ou la FemasAura. Par ailleurs, comme présenté dans la partie II.1.c une mise à jour du PAPS pourrait être nécessaire pour améliorer la lisibilité et la compréhension de la politique d'accompagnement. Plus généralement, une réflexion sur les moyens et outils de communication de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pourrait être envisageable. En effet, pour toucher un maximum de personnes sur tout type de sujet, il est préférable de diversifier l'offre de communication. Nous pourrions imaginer, comme dans d'autres régions, que l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrive sur les réseaux sociaux tels que Facebook ou LinkedIn. De plus, les informations pourraient être transmises de manières différentes et innovantes, en utilisant les vidéos, les lives, les MOOC (Massive Open Online Course), les newsletters, les infographies, PowerPoint/Prezi ...

L'ensemble de ces actions pourraient permettre à cet exercice coordonné, ainsi qu'à la politique d'accompagnement de l'ARS d'être connus de tous ou du moins d'un plus grand nombre de personnes. Cela devrait faciliter par la suite son déploiement sur l'ensemble des territoires Isérois.

### **3.2 Développer la prospection**

Actuellement, les agents de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ne réalisent pas de prospection pour développer l'exercice coordonné, ceci par manque de temps. Bon nombre d'entre eux cumulent plusieurs missions et en Isère la responsable de l'exercice coordonné estime à 20% son temps consacré aux MSP. Pour autant et dans la continuité de la recommandation précédente, il semble nécessaire d'aller au-devant des professionnels de santé pour leur présenter l'exercice en MSP et la politique d'accompagnement de l'ARS, notamment dans les territoires en difficulté d'offre de soins ambulatoires. Pour cela plusieurs solutions sont possibles. La première consiste à recruter

un agent supplémentaire ou à réorganiser la répartition des missions au sein de l'ARS pour avoir un emploi temps plein sur le développement de l'exercice coordonné. Une partie du temps de cet agent pourrait alors être consacrée à la prospection, à la présentation de la politique d'accompagnement aux professionnels du territoire. Il serait aussi possible de la présenter aux élus comme cela devait être fait dans le cadre du Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) en Bretagne, pour que ceux-ci puissent à leur tour échanger avec les professionnels de santé de leur territoire sur cet exercice coordonné. L'autre solution consisterait à développer un travail de collaboration avec les délégués de l'assurance maladie pour qu'ils puissent présenter la politique d'accompagnement sur leur territoire. Ces présentations pourraient être accompagnées d'un support PowerPoint ou d'un document récapitulatif qui serait laissé aux professionnels de santé.

Au-delà de l'action de prospection auprès des professionnels de santé, il semble intéressant de travailler plus en amont. En effet, suite aux échanges avec des étudiants en médecine (internes et externes) de l'université de Grenoble, nous avons pu constater qu'ils ne connaissaient pas l'exercice en MSP. De plus, lors de leur formation aucun enseignement n'est réalisé à ce sujet. Nous pourrions imaginer une formation/information autour de l'exercice coordonné réalisé par l'ARS en collaboration avec d'autres partenaires comme la FemasAura. Ce temps de présentation pourrait se faire dans la cadre d'un « *colloque du jeudi* » lors de l'externat et d'un séminaire lors de l'internat. Selon un médecin qui exerce en MSP, « *Tous les internes qui passent en MSP après veulent travailler en MSP de toute façon, quasiment tous* ». Dans l'idéal, toujours d'après ce professionnel de santé, il faudrait permettre à chaque étudiant externe et interne de réaliser un stage en MSP et potentiellement une MSP qui vit l'ACI. Il apparaît donc essentiel de continuer à développer cet exercice coordonné, ainsi que la maîtrise de stage pour augmenter l'offre de terrain de stage. Un travail de réflexion pourrait être mené entre l'ARS, le département de médecine générale et le département de l'Isère pour permettre l'évolution du cursus des étudiants en médecine. De même, cette présentation et réflexion pourraient se faire pour l'ensemble des études de santé. Il pourrait même être intéressant d'effectuer ces séminaires/colloques en inter-professionnalité, à l'instar de ce qui peut être organisé à Rennes avec le séminaire « Apprenons à travailler ensemble » de l'Association Française de Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET).



### 3.3 Poursuivre et développer la coordination entre institutions et au sein de l'ARS

Nous l'avons vu ultérieurement, il semblerait qu'en Isère la collaboration/coordination entre l'ARS, la CPAM et le département permette de faciliter le travail en équipe et le développement des MSP. Pour accroître l'exercice coordonné, notamment les MSP, il serait donc opportun de poursuivre et améliorer la collaboration/coordination qui existe entre toutes les institutions qui contribuent au développement de cette pratique. Une fois que la nouvelle coordinatrice de la FemasAura aura pris ses fonctions, il serait intéressant de l'intégrer à la dynamique d'équipe déjà instaurée. De plus, nous pourrions imaginer, à l'image de ce qui peut se faire en MSP, de formaliser cette initiative Iséroise à travers un protocole de coordination. Cela permettrait d'identifier l'organisation existante, la répartition des missions/interventions et la coordination entre les différentes politiques d'accompagnement. Ce protocole pourrait être diffusé aux autres délégations départementales de l'ARS pour qu'elles puissent s'inspirer de la dynamique Iséroise si cela leur semble nécessaire. De plus, il pourrait aussi être communiqué aux autres partenaires de la délégation départementale d'Isère pour information. Ceci permettrait d'améliorer la lisibilité de l'organisation établie et l'interconnaissance puisqu'il semblerait, d'après un interlocuteur du *groupe projet de santé*, que depuis l'arrivée des CPTS les actions entreprises par l'ARS et la CPAM soient de moins en moins lisibles et compréhensibles pour les professionnels de santé.

Dans la continuité, pour améliorer et faciliter la transmission d'information et l'interconnaissance entre institutions, il peut être intéressant de mener une réflexion sur le développement d'outils ou de systèmes d'informations partagées. L'initiative lancée entre l'assurance maladie et l'ARS avec le SharePoint semble pertinente et doit être expérimentée sur la thématique des MSP. Cependant, comme évoqué plus haut, il n'est aujourd'hui pas possible de convier le département et la FemasAura sur cet espace de partage. Dans le but d'améliorer de façon optimale la collaboration/coordination entre les institutions Iséroises pour développer les MSP, il nous semble plus que nécessaire que ces deux organismes puissent avoir le même niveau d'information que l'ARS et la CPAM et puissent tracer sur un outil commun leurs interventions. Toujours concernant la transmission d'informations mais cette fois-ci interne à l'ARS, il serait intéressant de développer plus de lien entre les pôles prévention et promotion de la santé et offre de soins du siège ou en délégation. En effet, comme exposé plus haut, certaines MSP souhaitent s'investir sur des projets de santé publique qui répondent aux besoins de leur patientèle et se retrouvent stoppées dans

leurs démarches par faute de moyens puisque leurs dossiers de demande de subventions n'ont pas été acceptés. De plus, pour améliorer la cohérence territoriale, des liens entre les contrats locaux de santé et l'exercice coordonné pourraient être instaurés.

Pour terminer, différentes MSP et interlocuteurs nous ont fait part de problématiques concernant le projet immobilier. En effet, celui-ci peut être considéré comme un frein au développement des MSP. Or actuellement, aucun accompagnement global n'est fait à ce niveau. Il pourrait être intéressant de développer un collectif pour le projet immobilier qui serait similaire à l'organisation existante entre l'ARS, la CPAM, le département et la FemasAura pour développer les MSP, notamment sur le projet de santé. Nous pourrions imaginer un groupe composé de l'ARS, la FemasAura, le département, la région et la préfecture. Il pourrait aussi être envisageable d'attribuer cette nouvelle mission au collectif déjà existant afin de faciliter les liens entre projet de santé, projet immobilier et futurs besoins du territoire. L'objectif de ce collectif serait d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches (montage des dossiers de subventions, rencontre avec les élus, les promoteurs immobiliers ...), de suivre avec eux l'évolution du projet, de les guider dans leurs choix pour s'assurer que ceux-ci correspondent aux besoins présents et futurs du territoire et qu'ils soient en cohérence avec le projet de santé. Cela permettrait in fine, de soulager les professionnels de santé, de leur libérer du temps et de l'énergie pour qu'ils puissent se concentrer davantage sur le projet de santé et les besoins de leur patientèle.

### **3.4 Diversifier les postes de dépenses de l'enveloppe FIR**

Selon une responsable de l'ARS l'un des éléments de la politique d'accompagnement au développement des MSP qui mériterait d'être amélioré serait la politique de financement sur le fond FIR. Il pourrait être intéressant d'effectuer dans un premier temps une évaluation de cette politique de financement afin de savoir si les postes de dépenses actuels correspondent vraiment aux besoins de l'ensemble des MSP de la région et aussi s'assurer que ceux-ci permettent d'accompagner réellement les MSP vers la signature de l'ACI. En résumé : évaluer la cohérence, l'efficacité et l'efficience de cet accompagnement financier.

Dans un second temps, il pourrait être pertinent de se renseigner sur les politiques d'accompagnement financières des autres ARS afin de s'en nourrir pour améliorer et diversifier celle actuellement mise en place en Auvergne-Rhône-Alpes. A l'instar de ce qui se fait en Bretagne

il pourrait alors être envisageable d'investir plus précocement pour indemniser les professionnels de santé lors de la rédaction du projet de santé et ainsi limiter les problématiques liées au bénévolat. Il pourrait aussi être intéressant de travailler en collaboration avec l'assurance maladie pour s'assurer que l'accompagnement FIR contribue réellement à emmener les équipes vers la signature de l'ACI. Toujours en s'inspirant de la Bretagne, il pourrait être possible de financer les professionnels de santé pour qu'ils puissent apprendre à travailler ensemble, commencer à rédiger des documents essentiels pour pouvoir toucher ensuite les financements de la CPAM. De plus, les professionnels de santé Isérois semblent intéressés pour mettre en place des actions de santé publique, le financement FIR pourrait permettre d'initier les équipes à cette démarche avant la signature de l'accord. Notons également que le choix a été fait par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes de financer à hauteur de 50 000€ les MSP sans prendre en considération la taille des équipes. Pour plus d'équité il pourrait être pertinent d'adapter le financement pour certains items en fonction du nombre de professionnels de santé participant au projet de la MSP.

Dans la globalité, l'évaluation et l'évolution de la politique d'accompagnement financière doit permettre à l'ARS de répondre à ses objectifs, c'est-à-dire développer les MSP qui répondront réellement aux besoins de la population et aux enjeux de demain. Cela peut aussi permettre à la CPAM d'accompagner plus facilement les MSP vers la signature de l'ACI et ainsi répondre à ses objectifs. Mais à notre sens, cela permettra surtout de répondre au mieux aux besoins des équipes de MSP, pour qu'ils puissent évoluer à leur rythme, par étapes, vers l'exercice coordonné qui correspondra aux besoins de leur patientèle.

### **3.5 Accompagner le développement de la coordination de MSP**

Nous l'avons constaté ultérieurement la coordination est l'un des freins majeurs en Isère au développement des MSP avec le projet immobilier et le manque de professionnels de santé. Si l'ARS et la CPAM souhaitent voir le nombre de MSP et de signataires de l'ACI augmenter, il apparaît donc important de réfléchir et trouver des solutions pour pallier le problème de coordination. Des pistes semblent déjà émerger en Auvergne et en Bretagne. Avec la fusion des régions en 2015, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes s'est retrouvée sur l'exercice coordonné avec une région à deux vitesses. En effet, d'après une responsable, l'Auvergne semblait avoir plus de difficultés à développer les MSP sur ses 4 départements. Il a donc été fait le choix de travailler de manière plus équitable à l'ARS, c'est ainsi que le projet CDAUV a vu le jour. En partenariat avec la FemasAura et pour répondre aux problématiques de coordination en Auvergne, 2 coordinatrices ont été

embauchées pour 18 mois depuis janvier 2020 par la fédération pour que chacune d'elle accompagne 5 MSP sur un département (Cantal et Puy-de-Dôme), soit une journée par semaine avec chaque équipe. L'ARS finance la FemasAura pour ce projet sur 2 fonds distincts, une partie provient des enveloppes FIR accordées aux MSP (15 000€/MSP), l'autre partie, quant à elle, est issue d'un fond d'expérimentation. Cela permet à la fédération de rémunérer les coordinatrices et ainsi d'éviter les démarches administratives aux MSP. Ces coordinatrices ont pour mission d'aider des MSP labellisées à mettre en œuvre leur projet de santé afin de les guider vers la signature de l'ACI. Pour cela elles vont contribuer au développement du travail en pluri-professionnalité, à la rédaction et mise en place d'outils tels que les protocoles, le règlement intérieur et les statuts de la SISA. Elles peuvent aussi organiser pour les professionnels des réunions de concertation, les aider à choisir leur système d'informations partagées et à réfléchir à une coordination plus pérenne. Ce projet semble très intéressant et si son évaluation se révèle positive, il pourrait être pertinent de le généraliser sur l'ensemble de la région, notamment en Isère où le besoin s'en fait sentir.

Les deux coordinatrices employées par la FemasAura vont profiter de la dernière session de la formation PACTE de soins primaires organisée dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Nous l'avons vu plus haut, peu de coordinateurs sont formés en Isère, il existe un quota régional défini par l'ARS de personnes à former par session et il est nécessaire d'exercer dans une MSP pour pouvoir prétendre à cette formation. Cela ne facilite pas l'émergence de nouveaux coordinateurs et ne semble pas permettre de répondre aux besoins des équipes qui sont en recherche. Le choix pourrait être fait en région d'augmenter les quotas pour former plus de monde, tout en veillant à l'équité entre les départements et les MSP. De plus, il semblerait que la formation ne soit pas tout à fait adaptée pour des MSP déjà labellisées et qui tendent vers l'ACI puisque les 4 modules enseignés sont les suivants : prise de fonction du coordinateur, projet de santé, dynamique collective et démarche qualité. La SISA et l'ACI ne paraissent donc pas être abordés. Une réflexion plus large, en collaboration avec le ministère des solidarités et de la santé, l'EHESP et AvecSanté, pourrait être nécessaire pour revoir les conditions d'accès et les modules enseignés, ceci afin de répondre au mieux aux attentes du territoire et aux besoins de coordinateurs.

Par ailleurs, nous avons été informés que les équipes avaient des difficultés pour choisir leur coordinateur. Pour les aider dans cette décision l'ARS ou une autre institution de l'équipe pluri-institutionnelle pourrait les accompagner à travers des temps d'échange afin d'évaluer leurs besoins et leur proposer diverses solutions qui s'adaptent au mieux à leur organisation. Il pourrait être envisageable de travailler avec eux sur une fiche de poste pour la coordination et

ensuite potentiellement la diffuser via le moyen de communication et l'institution la plus adaptée dans l'objectif de faciliter le recrutement. De surcroît, si une MSP ne trouve pas de coordinateur, ne souhaite pas en avoir ou souhaite gagner du temps en coordination, il existe désormais une plateforme web entièrement dédiée à la coordination au sein des MSP et CPTS : Plexus Santé. Née en 2019 de professionnels de santé exerçant dans une MSP en Bretagne, cette plateforme a pour objectif de répondre à un besoin non pourvu pour le moment. Elle est complémentaire des systèmes d'informations partagées puisqu'elle accompagne les équipes ou coordinateurs dans la gestion des projets et la gestion financière. Elle facilite les liens entre MSP et CPTS, améliore la collaboration entre MSP avec la bibliothèque nationale de protocoles et permet aux usagers de mieux s'informer sur les projets réalisés au sein de sa MSP. Si cette nouvelle plateforme permet réellement de faciliter la coordination des équipes de MSP et CPTS, il pourrait être opportun qu'une instance en face sa promotion.

### **3.6 Poursuivre et développer l'accompagnement à la rédaction du projet de santé et le suivi des MSP**

Comme présenté en partie II.1.a, l'accompagnement des équipes réalisé en délégation départementale de l'Isère pour la rédaction du projet de santé semble être grandement apprécié. Il apparaît donc normal de poursuivre sur cette dynamique. De plus, les professionnels de santé exerçant en MSP apprécient la disponibilité et la réactivité de l'agent de l'ARS. Comme nous l'a rappelé une responsable ARS, le facteur humain occupe une place importante dans la dynamique territoriale. Une réelle relation d'aide semble s'être mise en place entre l'agent de la délégation départementale 38 de l'ARS et les porteurs de projets MSP. D'après les retours cette relation apparaît comme étant adaptée aux besoins du territoire et bénéfique pour le développement de cet exercice coordonné.

Nous l'avons aussi constaté ultérieurement le développement de l'exercice coordonné semblerait attirer de nouveaux professionnels de santé sur un territoire. En complément des propositions faites sur la prospection, il semblerait donc intéressant d'accompagner les professionnels à la rédaction du projet de santé même s'ils ne remplissent pas les conditions nécessaires à la création d'une MSP. Ainsi, promouvoir le développement des équipes de soins primaires, par exemple, pourrait créer une dynamique territoriale permettant de faciliter le recrutement de médecins et ainsi l'évolution vers une MSP. Cet accompagnement semble déjà exister puisqu'il existe 2 ESP en Isère et qu'un agent du groupe immobilier accompagne quelques petites équipes dans la

construction de leur projet de santé. Il pourrait être opportun d'inciter davantage au développement de ces ESP notamment sur les territoires en manque de médecins, de réfléchir à accompagner financièrement avec des indemnités les professionnels qui se lancent dans la rédaction du projet de santé et proposer un accompagnement méthodologique et statistique similaire par les délégations pour toutes les équipes.

Pour finir, concernant le suivi des MSP labellisés, celui-ci ne paraît pas proactif de la part de l'ARS mais plus ponctuel en fonction des demandes des équipes, excepté pour les équipes ayant signé l'ACI puisqu'une réunion conjointe avec la CPAM est organisée chaque année afin de suivre les indicateurs. Si les MSP labellisées non ACI sont en accord avec le principe, il pourrait être convenu d'organiser une réunion annuelle du même type que celle faite après la signature de l'ACI. Cette réunion pourrait avoir plusieurs objectifs, le premier serait de prendre des nouvelles des professionnels de santé et d'observer la dynamique d'équipe mise en place. Le second serait de recueillir leurs besoins et entendre leurs problématiques pour potentiellement trouver avec eux des solutions. Le dernier serait de les accompagner vers l'ACI en les invitant à produire des indicateurs et des outils ou documents officiels qui leur permettraient plus facilement d'effectuer les démarches de signature avec la CPAM et l'ARS. Cela permettrait, entre autre, à l'ARS d'effectuer un suivi à la fois qualitatif et quantitatif des MSP sur son territoire. Il semble d'ailleurs tout à fait envisageable de réaliser ce suivi en partenariat avec d'autres instances comme la CPAM et le FemasAura.

## Conclusion

Pour conclure, l'émergence depuis quelques années de nouvelles organisations des soins ambulatoires, avec notamment le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles permet de répondre à de nouveaux besoins et enjeux. Ces nouvelles façons de penser et d'exercer les professions de santé libérales permet d'améliorer la prise en charge des patients, de développer des actions de santé publique et de répondre à l'évolution démographique et aux besoins qui l'accompagnent, particulièrement avec le vieillissement des populations et l'augmentation des maladies chroniques. De plus, elle permet aussi de lutter contre la désertification médicale en attirant de nouveaux professionnels. Ces exercices coordonnés offrent aux professionnels de santé libéraux la possibilité de revoir leurs conditions de travail et leur manière d'exercer leur art. L'ensemble de ces constats semblent faire consensus au niveau de l'ARS et des institutions qui contribuent au développement de ces nouvelles pratiques. Il apparaît donc essentiel de poursuivre et accroître le développement, entre autre, des MSP. C'est pour cela que l'ARS a mis en place une politique d'accompagnement.

Nous avons eu l'occasion de présenter les besoins exprimés par des MSP labellisées en Isère et quelques recommandations qui selon notre recherche pourraient permettre d'améliorer ce qui est déjà en place. Ces analyses peuvent être critiquables/critiquées, il pourrait être envisageable de reproduire ce travail à l'échelle régionale pour s'assurer de ces conclusions. Dans la globalité, ce que nous pouvons retenir c'est qu'il est important de remettre en question ce qui est établi et qu'il semble nécessaire de continuer à investir pour développer ces exercices coordonnés. Il faudrait notamment créer des postes en délégation pour permettre aux agents de faire de la prospection, améliorer l'accompagnement et le suivi réalisés tout en garantissant la même qualité. Au vu des objectifs nationaux qui sont de doubler le nombre de MSP et de créer 1000 CPTS sur le territoire français d'ici à 2022, il nous apparaît judicieux d'y apporter une attention particulière puisqu'ils sont essentiellement quantitatifs. Ils peuvent tout à fait être remis en question si l'on s'attarde sur la qualité. En effet, l'objectif est-il d'avoir plus de 400 MSP en Auvergne-Rhône-Alpes ou est-il préférable d'en avoir moins mais qu'elles soient opérationnelles avec un projet de santé mis en œuvre et une signature de l'ACI effective ? Par ailleurs, il est possible de s'interroger sur la pertinence de cet indicateur, ne serait-il pas intéressant de le compléter par d'autres indicateurs comme par exemple l'évolution du nombre de professionnels de santé par MSP ? Ensuite, d'après nos différents échanges avec l'ARS et d'autres institutions Iséroises, il semblerait préférable qu'une

CPTS voit le jour autour d'une ou plusieurs MSP. Est-il alors pertinent de précipiter la création de CPTS notamment là où aucun exercice coordonné n'est présent ? Ne faudrait-il pas investir davantage et structurer l'organisation autour du développement des MSP avant de celle des CPTS ? De plus, comme une de nos interlocutrices nous l'a fait remarquer, il semble nécessaire de faire attention aux effets de mode et à leur interprétation : *« Dans les années 2000 les réseaux étaient très à la mode, dans les années 2010 on a vu apparaître les MSP et en fait on a l'impression à un moment donné dans la perception des professionnels les MSP c'est fini maintenant on passe aux CPTS. Nous on a quand même beaucoup communiqué auprès de nos interlocuteurs et des acteurs que non pour nous une CPTS pourra se faire que dès lorsqu'il y aura déjà une structuration de base du premier recours, de l'exercice de ville donc qu'il ne fallait pas abandonner les projets de MSP. Et ça ce n'est pas forcément très entendu de la part des élus notamment, on a beaucoup d'élus qui nous sollicitent en disant nous on ne veut plus monter une MSP, on veut une CPTS. Ils ont l'impression que tous les enjeux sont là. Donc oui il y a encore des choses à faire et qu'il y a un peu de politique et de communication derrière tout ça. »*

En définitive, le développement des MSP semble toujours être une priorité mais apportera avec lui d'autres problématiques qu'il est important d'anticiper. Par le fait que l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire soit regroupé dans un même lieu ou une même ville cela vient à rompre avec l'organisation passée qui voulait un médecin par commune. Un travail de pédagogie est à réaliser avec les élus, notamment cette année suite aux élections municipales, pour les amener à réfléchir à une échelle plus grande pour la prise en charge de la santé de leurs habitants. Il pourrait tout à fait être envisageable, intéressant et pertinent de repenser, pour les élus locaux, l'accompagnement du développement de la médecine de ville à l'échelle de l'Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI). D'autre part, une attention devrait aussi être portée sur l'accès aux MSP des personnes éloignées, dans l'incapacité de se déplacer et où les visites à domicile se font rares. Des solutions semblent émerger comme la télémédecine, le développement des multi-sites pour les MSP ou des permanences réalisées dans les villes avoisinantes de la MSP. Au même titre que les expérimentations en cours de réflexion en Isère sur le transport sanitaire des patients vers les maisons médicales de garde, il pourrait être intéressant de se questionner aussi sur les transports sanitaires vers les MSP.



---

## Bibliographie

---

### Articles/Ouvrages

1. Autès, M., & Dufay, M.-G. (2009). Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. *Sante Publique*, Vol. 21(hs1), 17-25.
2. Bartoli, A., Sebai, J., 2015. L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. *Gestion 2000 Volume 32*, 17-37.
3. Bourgueil, Y., 2010. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales* 11-20.
4. Chevillard, G., & Jerber, M. (2016). Bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural (2010-2013), 82.
5. Crismer, A., Belche, J.-L., & Vennet, J.-L. V. der. (2016). Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Sante Publique*, Vol. 28(3), 375-379.
6. Fournier, C., Frattini, M.-O., & Naiditch, M. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé, 8.
7. Frattini, M.-O., Naiditch, M., 2015. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. *Sante Publique S1*, 87-94.
8. Mottaz, A.-M., 2012. Accompagnement, Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en soins infirmiers.
9. Paillard, C. (2015). Relation d'aide Dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2<sup>e</sup> éd., p. 330). Noisy-le-Grand : SETES.
10. Schweyer, F.-X (2008). Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale. In Observatoire national de la démographie des professions de santé, *La médecine générale, Rapport 2006-2007* (Vol. 1, p.89-135). Paris : DICOM.
11. Schweyer, F.-X. (2004). Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence. *Lien social et Politiques*, (52), 35.
12. Véran, O. (2013). Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. *Les Tribunes de la sante*, n° 39(2), 77-85.
13. Vezinat, N. (2017). Dispensaires 2.0. *La Vie des idées*.
14. Vezinat, N., 2019. La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying. *Journal de gestion et d'économie de la sante* N° 1, 11-31.

## Textes législatifs

1. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.pdf, Pub. L. No. Circulaire NOR N°EATV1018866C (.). Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_du\\_27\\_juillet\\_2010\\_relative\\_au\\_lancement\\_plan\\_d\\_equipement\\_en\\_maisons\\_de\\_sante\\_en\\_milieu\\_rural.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf)
2. Code de la santé publique – Article L1411-11, n.d. , Code de la santé publique. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930722&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
3. Code de la santé publique - Article L1431-2, n.d. , Code de la santé publique. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038885836&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>
4. Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur>
5. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004. , 2004-810. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000625158&categorieLien=idhttps://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
7. 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. , 2011-940 § (2011). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. , 2016-41 § (2016). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
9. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, 2019. , 2019-774. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id>

## Dossier/Rapports

1. Berland, Y., Anthony, A., Jean, B., Gilles, E., Olivier, L., & Yvette, R. (2002). Mission « Démographie des professions de santé » (No. Rapport n°2002135) (p. 114). Consulté à l'adresse <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>
2. DREES (2017). Désert médicaux. Comment les définir ? Comment les mesurer ? Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
3. HAS (2014). Organisation des parcours. Consulté à l'adresse [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_integrat\\_25\\_09\\_2014.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_integrat_25_09_2014.pdf)
4. Le défenseur des droits (2018), Rapport annuel d'activité 2018. Consulté à l'adresse [https://www.anas.fr/Rapport-annuel-d-activite-2018-du-Defenseur-des-droits\\_a1322.html](https://www.anas.fr/Rapport-annuel-d-activite-2018-du-Defenseur-des-droits_a1322.html)
5. Mesnier, T (2018). Assurer le premier accès aux soins. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
6. Observatoire Régional de la Santé (2016). Évolution des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes
7. ONDPS (2008-2009). Le renouvellement des effectifs médicaux. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le\\_tome\\_3\\_consacre\\_au\\_renouvellement\\_des\\_effectifs\\_medicaux.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf)
8. Pribile, P., Nabet, N.(2018). Repenser l'organisation territoriale des soins. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf)
9. Santé Publique France, & DREES. (2017). Etat de santé de la population en France : rapport 2017. Consulté à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Etat-de-sante-de-la-population-en-France-rapport-2017>

## Références Internets

1. 9,5 millions d'habitants à l'horizon 2050 – INSEE. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2869709#consulter>
2. Affections de longue durée – Ameli.fr. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
3. AvecSanté. Consulté à l'adresse <https://www.avecsante.fr/>
4. Cartographie médicalisée des dépenses de santé – Caisse Nationale Assurance Maladie (2017). Consulté à l'adresse [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_Cartographie\\_des\\_depenses\\_et\\_des\\_pathologies\\_Vdef.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies_Vdef.pdf)
5. CartoSanté – AtlaSanté. Consulté à l'adresse <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
6. Consulter la base – FINESS Consulté à l'adresse <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/actionRechercheSimple.do>

7. Découvrir l'Isère – Département Isère. Consulté à l'adresse <https://www.isere.fr/decouvrir-lisere>
8. Dossier de presse : Ma Santé 2022 – Ministère des solidarités et de la santé (2018). Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
9. Dossier de presse : Renforcer l'accès territorial aux soins – Ministère des solidarités et de la santé (2017). Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces\\_aux\\_soins\\_dp\\_vdef\\_131017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf)
10. Equipe – CNRTL. Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9quipe>
11. Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle et diplôme en 2013 – INSEE. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383438>
12. Espérance de vie en 2019 – INSEE. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
13. État de santé de la population – France, portrait social - INSEE. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
14. FemasAura. Consulté à l'adresse <http://femasaura.fr/>
15. Guide d'utilisation de la matrice de maturité d'une équipe Pacte - HAS. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/17\\_04\\_2018\\_mm\\_boite\\_outils\\_\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/17_04_2018_mm_boite_outils__vd.pdf)
16. Incidence ALD 2017 – Assurance Maladie. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/incidence-des-ald-en-2017.php>
17. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
18. Loi HPST : les clefs pour comprendre – Ministère de la santé et des sports (2009). Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)
19. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Consulté à l'adresse <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/>
20. Prévalence ALD 2017 – Assurance Maladie. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
21. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
22. Statistiques locales – INSEE. Consulté à l'adresse <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=home>
23. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 – Ministère des solidarités et de la santé. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf)

---

## Liste des annexes

---

### **Annexe 1 : Composition CTR et ECD**

#### **Composition de l'espace de concertation départemental (ECD)**

Délégation départementale de l'Agence régionale de santé (concernée par un projet sur son territoire), conseil départemental, préfecture, CPAM, MSA, représentant d'URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...), ordres professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), fédération des maisons et pôles de santé, groupement des centres de santé...

#### **Composition du comité technique régional d'accès aux soins (CTR)**

Siège de l'Agence régionale de santé, conseil régional, Assurance Maladie, URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...), ordres professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), fédération des maisons de santé pluri-professionnels, groupement des centres de santé, représentants des universités, représentants des syndicats d'étudiants et d'internes...

## Annexe 2 : Guide d'entretien

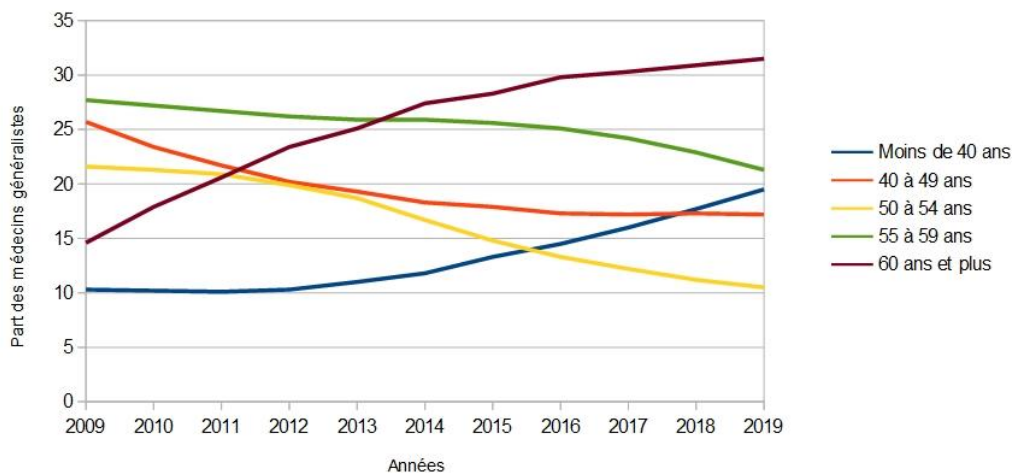
1. Pouvez-vous vous présenter ? Votre fonction, depuis quand vous l'occupez, vos missions
2. Pouvez-vous me présenter la structure et le pôle dans laquelle vous exercez ?
3. Pour vous qu'est-ce qu'une maison de santé pluri-professionnelle ?
4. Connaissez-vous la politique d'accompagnement au développement des MSP de l'ARS AURA
  - a. Si oui, pouvez-vous me la présenter ?
  - b. Si incompréhension ou non, pour vous, que font l'ARS Aura et ses agents pour développer les MSP sur le territoire ?
5. Identifiez-vous des points positifs à cette politique d'accompagnement ou aux actions de l'ARS ?
6. Identifiez-vous des axes d'amélioration à cette politique d'accompagnement ou aux actions de l'ARS ?
7. En dehors de cette politique d'accompagnement, connaissez-vous d'autres missions/actions faites par l'ARS qui contribue au développement des MSP ? (Actions plus indirectes)
8. Pouvez-vous me présenter votre politique d'accompagnement au développement des MSP ? Que faites-vous pour contribuer à leur développement ?
9. Travaillez-vous en collaboration avec d'autres instances ou acteurs sur cette thématique ?
  - a. Si oui, comment et que faites-vous ensemble/séparément ?
10. Avez-vous d'autres choses à ajouter ? Des informations complémentaires ?

### Annexe 3 : Guide d'enquête

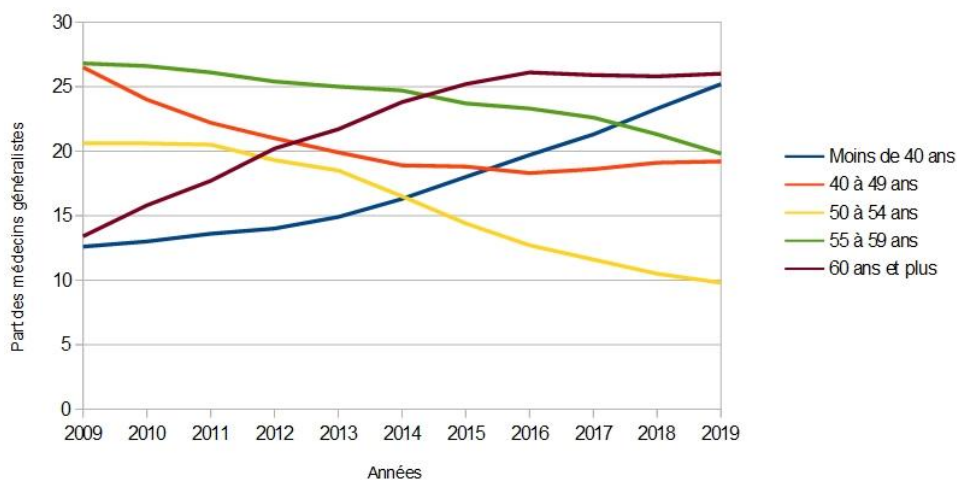
1. Où se situe votre MSP ?
2. Quel est le nombre et le type de professionnels de santé impliqués dans votre MSP ?
3. Quelle est la date de labellisation de votre MSP ?
4. Avez-vous signé l'ACI ?
  - a. Si oui, à quelle date ?
5. Avez-vous un coordinateur ?
  - a. Si oui, quel est son temps de travail par semaine ? Quelle est son ancienne profession ? Et quel est son statut (auto-entrepreneur, salarié ...) ?
6. Pour vous, qu'est-ce qu'une maison de santé pluri-professionnelle ?
7. Connaissez-vous la politique d'accompagnement du développement des MSP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ?
  - a. Si oui, pouvez-vous me la présenter ?
  - b. Si non, pour vous que fait l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour vous accompagner dans le développement de votre projet de MSP ?
8. Identifiez-vous des points positifs à cette politique d'accompagnement ou aux actions de l'ARS ?
9. Identifiez-vous des axes d'amélioration à cette politique d'accompagnement ou aux actions de l'ARS ?
10. Quelles-ont été ou quelles-sont les limites, freins au développement de votre MSP ?
11. Quels-sont vos besoins actuels pour développer votre MSP ?
12. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous votre satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement réalisé par l'ARS pour le développement de votre MSP ?
13. Avez-vous d'autres choses à ajouter ou des informations complémentaires ?

## Annexe 4 : Graphiques sur la démographie médicale en France, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Isère.

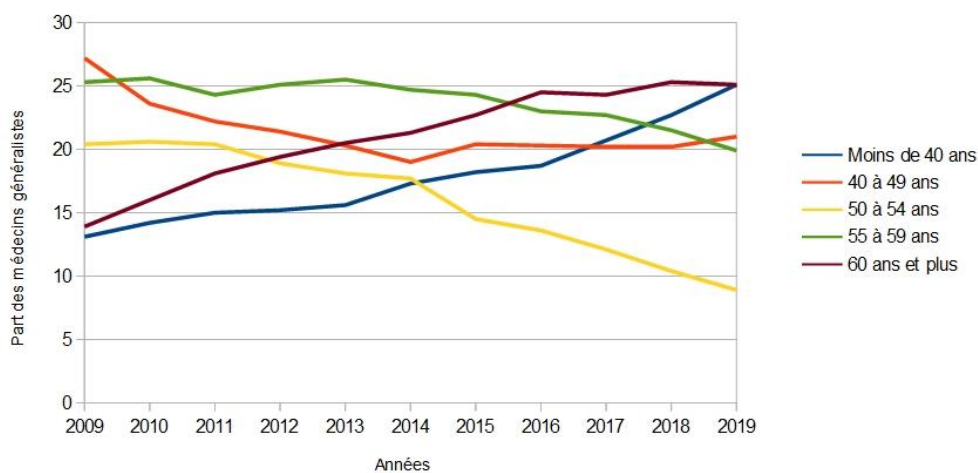
Evolution de la répartition par tranche d'âge des médecins généralistes en France



Evolution de la répartition par tranche d'âge des médecins généralistes en Auvergne-Rhône-Alpes

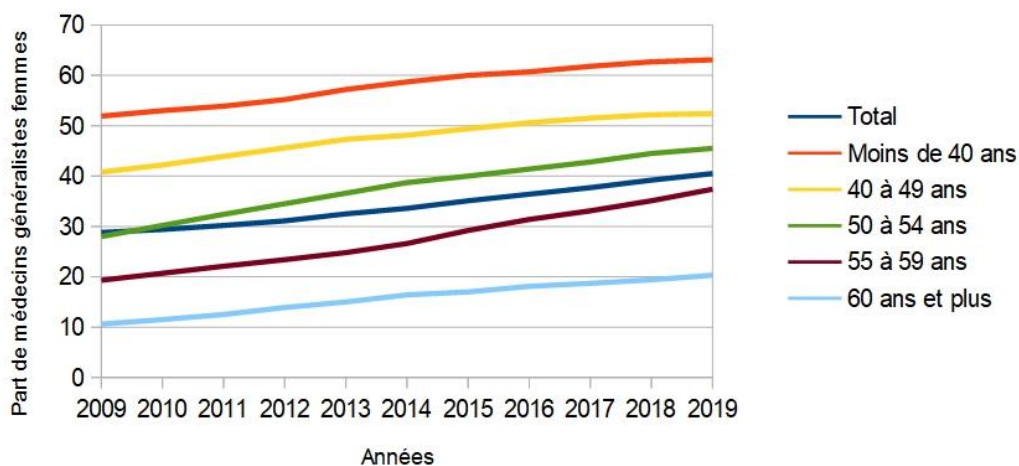


Evolution de la répartition par tranche d'âge des médecins généralistes en Isère

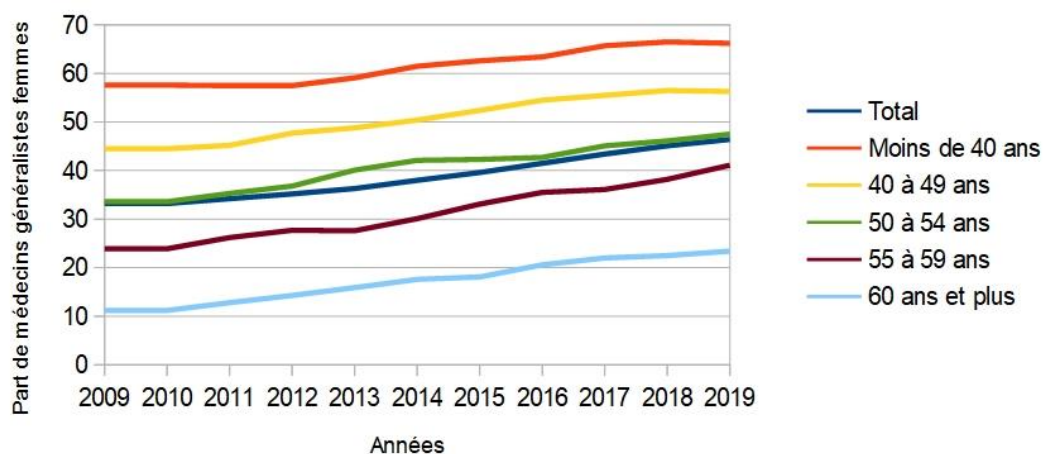




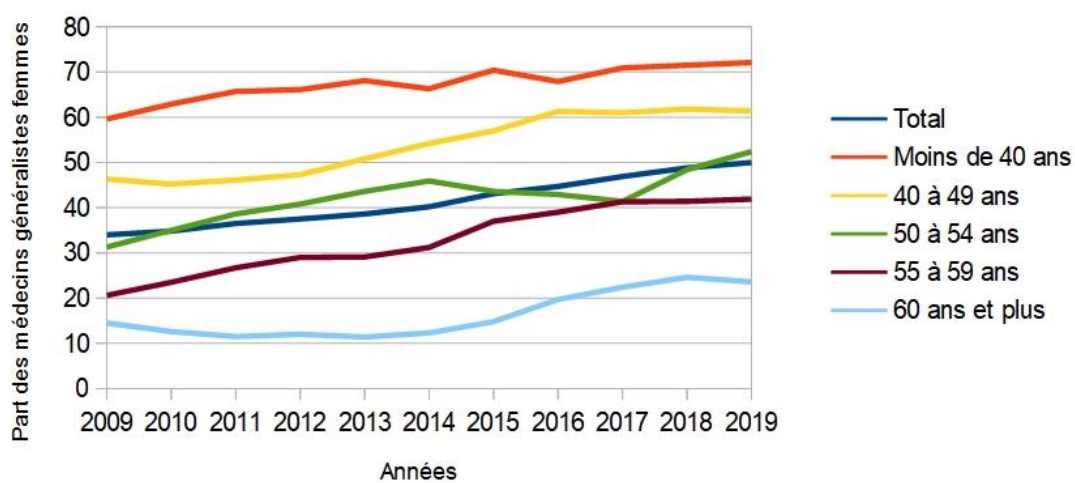
Evolution du taux de féminisation par tranche d'âge des médecins généralistes en France



Evolution du taux de féminisation par tranche d'âge des médecins généralistes en Auvergne-Rhône-Alpes



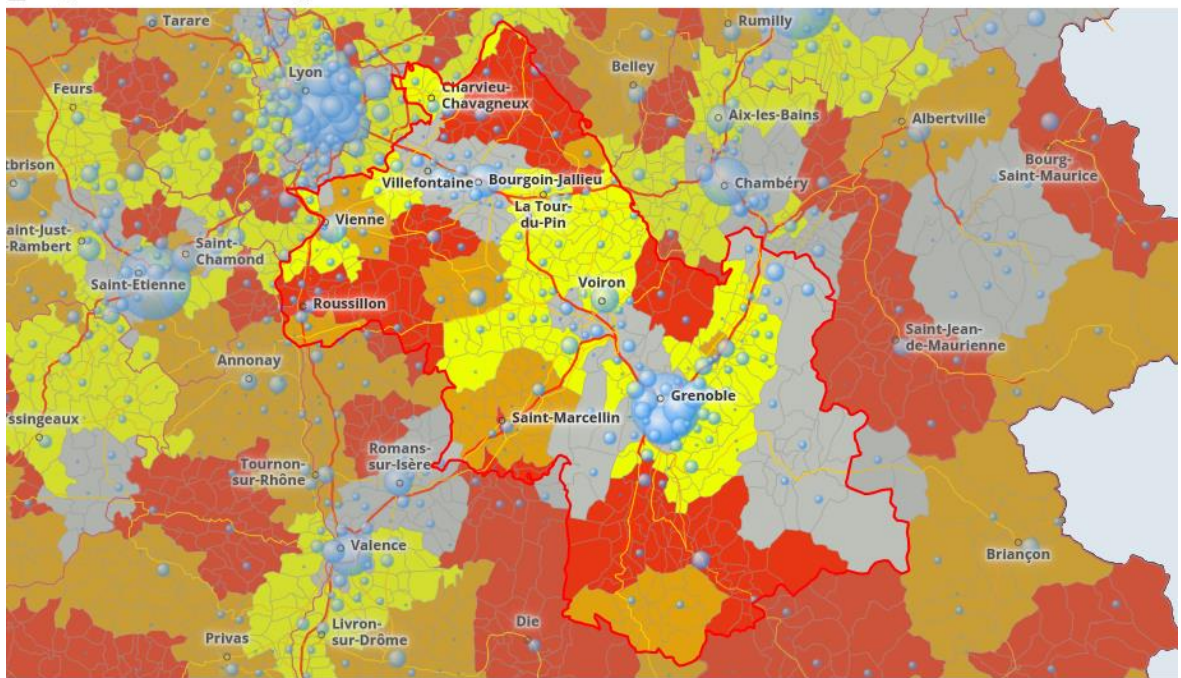
Evolution du taux de féminisation par tranche d'âge des médecins généralistes en Isère



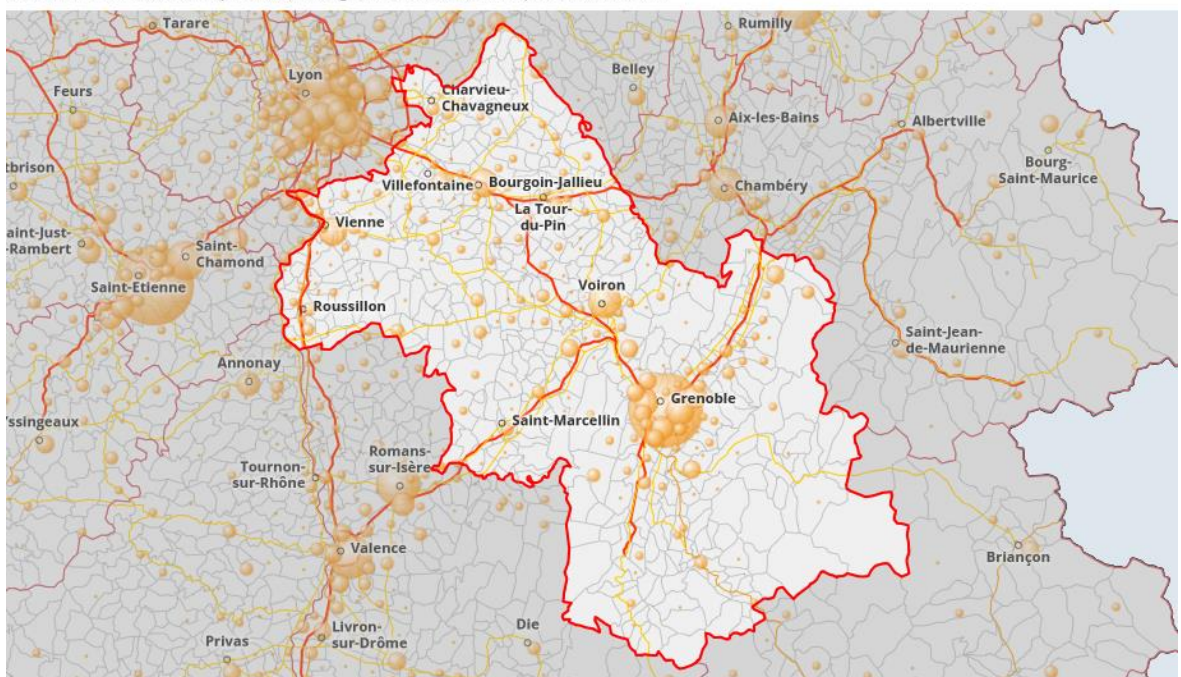
## Annexe 5 : Cartographie des professions libérales de santé

1] Nombre de médecins généralistes libéraux par tranche d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS

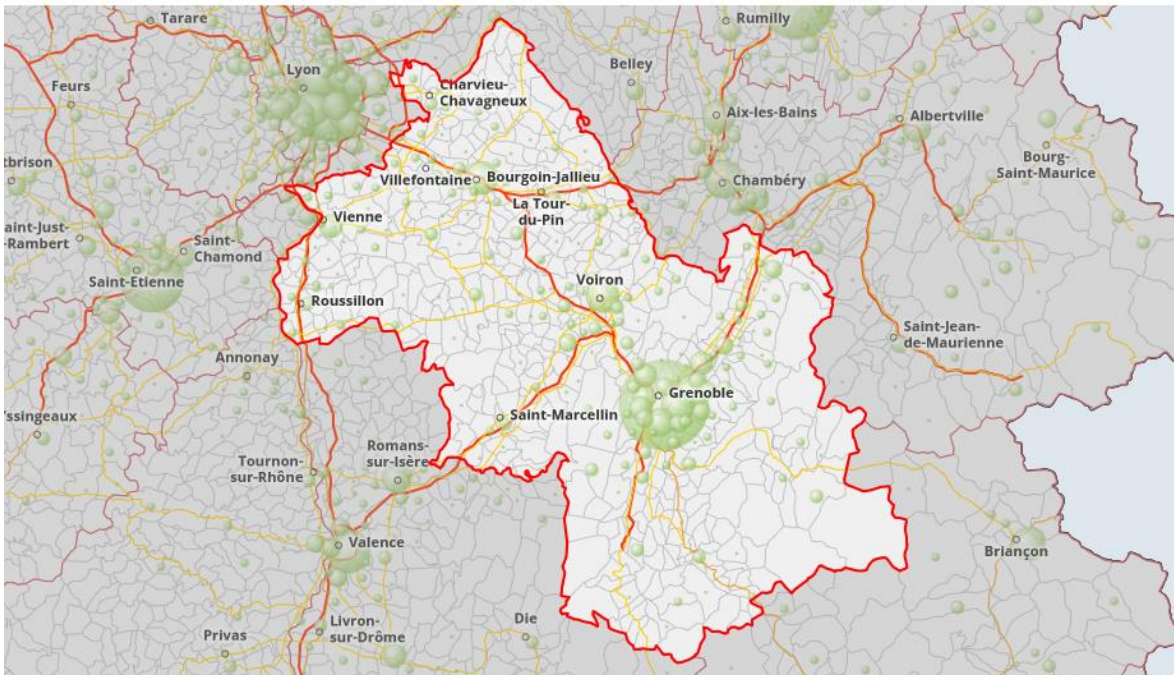
2] Zonage conventionnel des médecins généralistes 2018 - Source : ARS - DGOS



Nombre d'infirmiers libéraux par tranches d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS

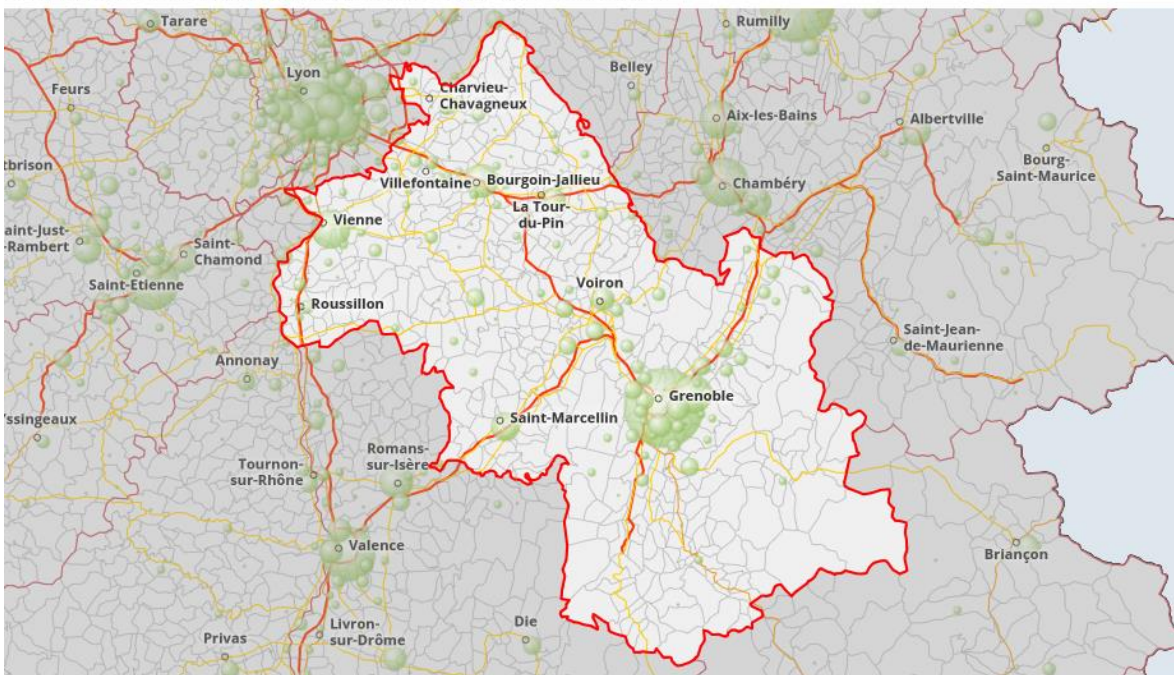


Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux par tranche d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS



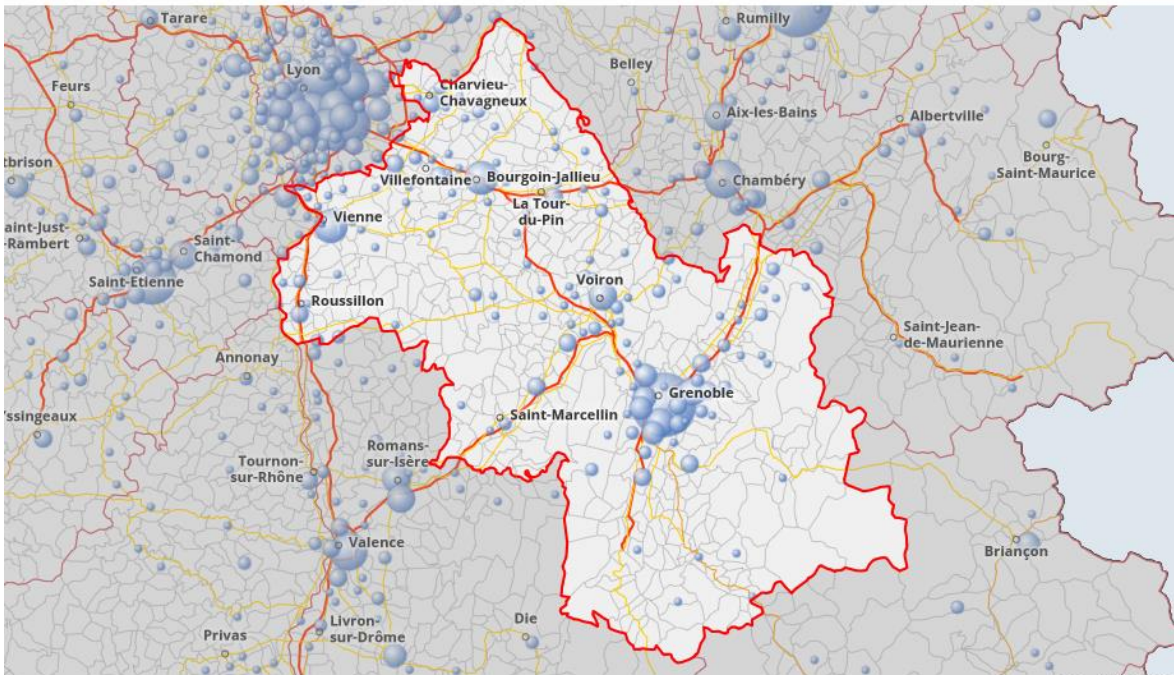
 = 120

Nombre de dentistes libéraux par tranche d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS



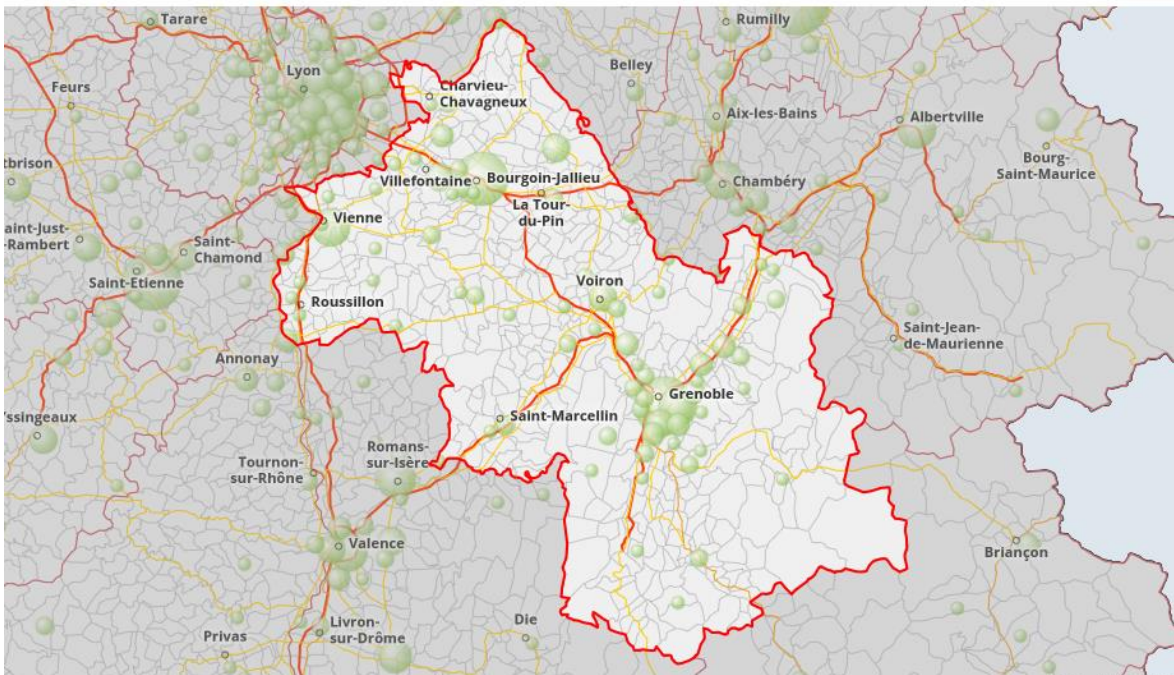
 = 51

Nombre d'orthophonistes libéraux par tranche d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS



 = 40

Nombre de sages-femmes libérales par tranche d'âge en activité au 31/12/NN, 2019 - Source : FNPS

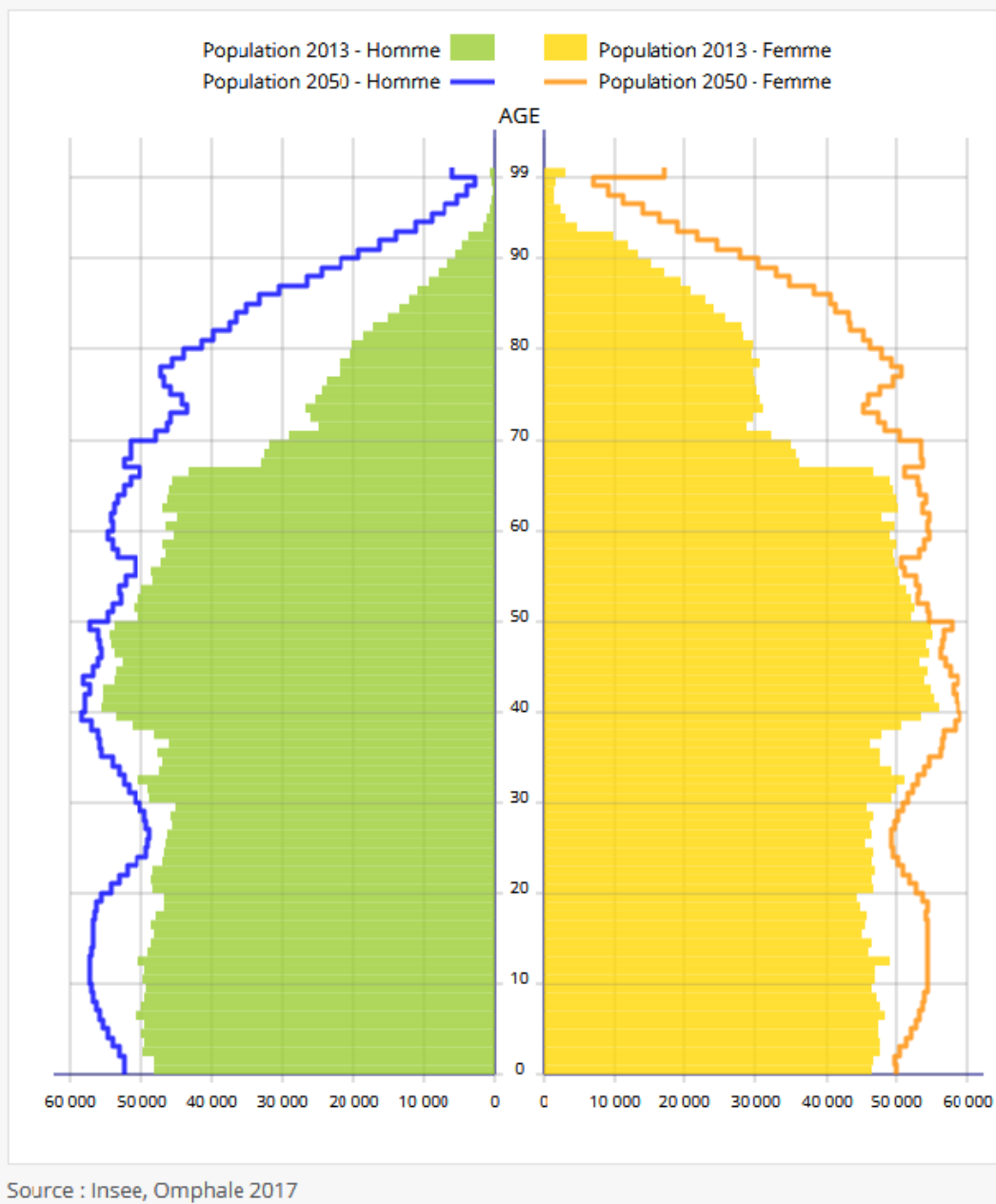


 = 12

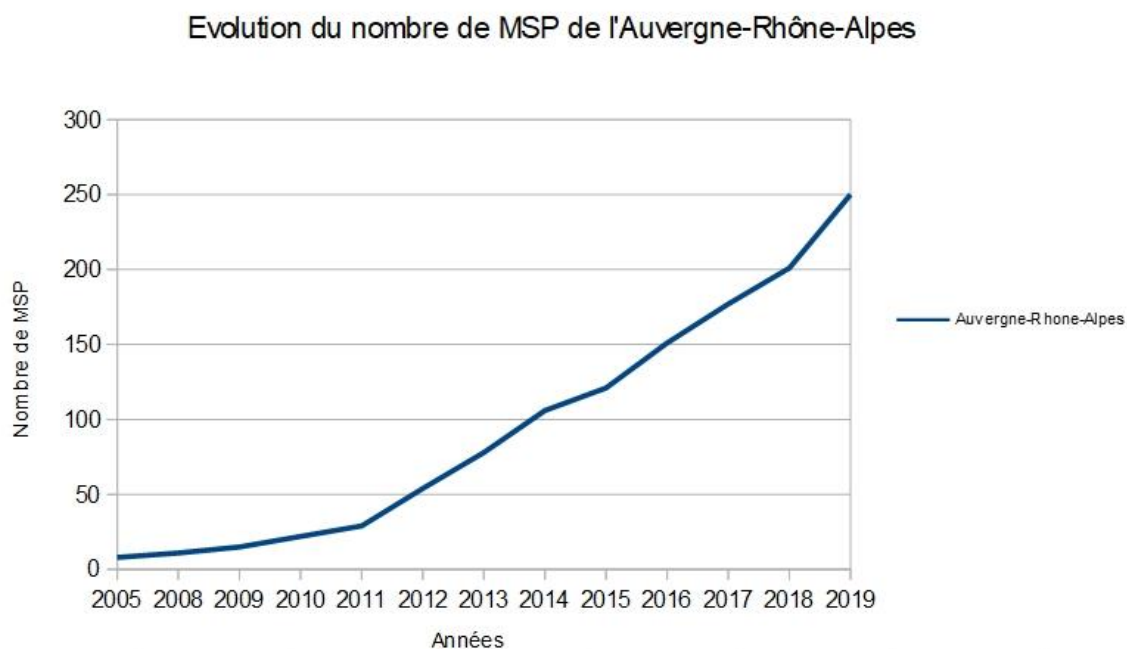
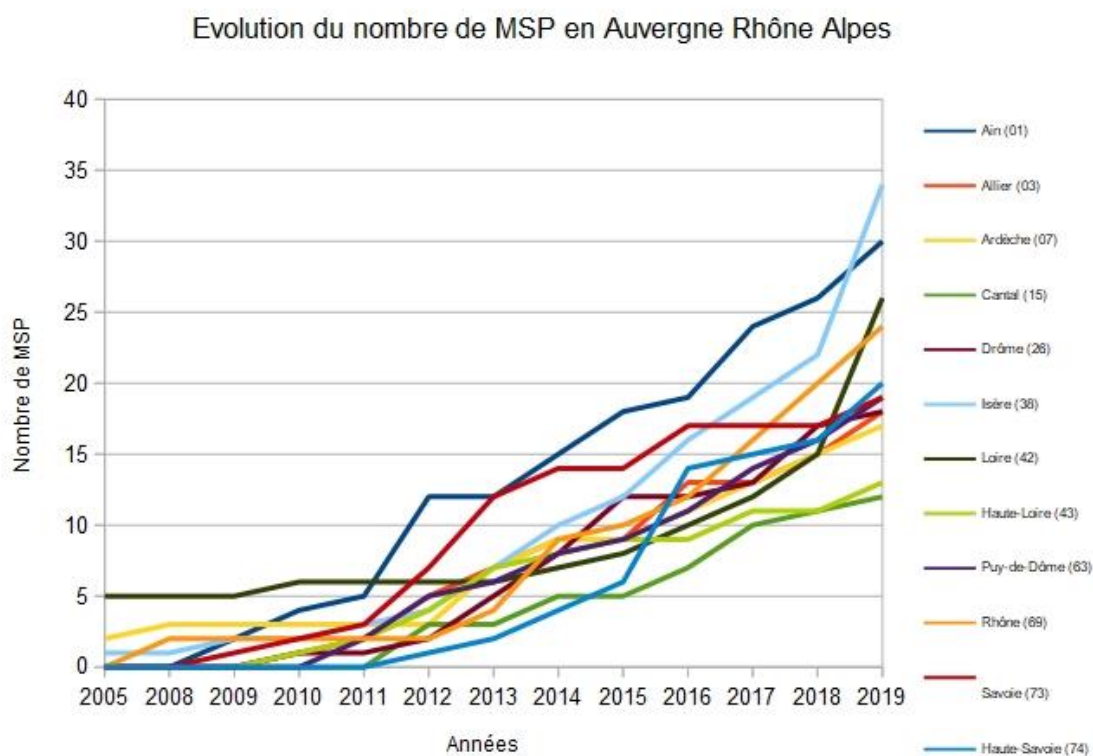
## Annexe 6 : Accroissement de la population à tous les âges en Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4 - Un accroissement de population à tous les âges

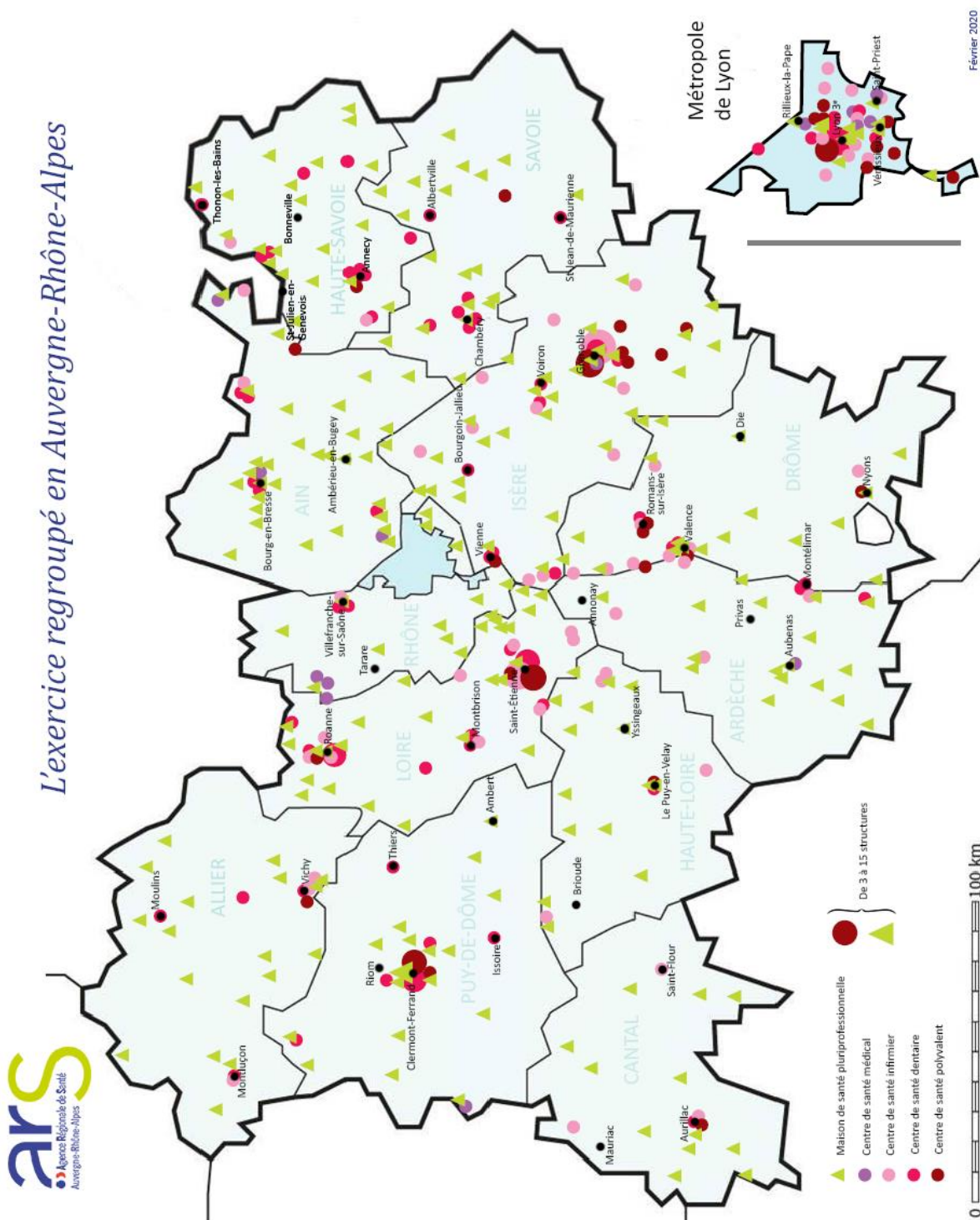
Pyramide des âges d'Auvergne-Rhône-Alpes en 2013 et 2050



## Annexe 7 : Graphique de l'évolution du nombre de MSP en Auvergne-Rhône-Alpes



Annexe 8 : Cartographie de l'exercice regroupé en Auvergne-Rhône-Alpes



SENTIER	Aymeric	06/07/2020
<p align="center"><b>Master 2</b></p> <p align="center"><b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b></p>		
<p align="center"><b>Le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles : un accompagnement adapté effectué par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ?</b></p>		
<p align="center"><b>Promotion 2016-2017</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Depuis une dizaine d'année l'exercice coordonné des soins ambulatoires émerge en France avec notamment l'apparition des Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Ces regroupements semblent répondre aux besoins de la population et des professionnels de santé, ainsi qu'aux enjeux de demain. Au vu des annonces faites par le ministère des solidarités et de la santé concernant le doublement des MSP et la création de 1000 CPTS d'ici à 2022 sur le territoire français, il apparait que ces nouveaux modes d'exercice semblent être des priorités de l'état. Pour aider le développement des MSP sur le territoire, l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes a mis en place une politique d'accompagnement. Cette politique est segmentée entre une première phase plus méthodologique/statistique afin d'aider à la rédaction du projet de santé et une seconde, post-labellisation, qui comprend un financement FIR pour les équipes afin qu'elles puissent signer l'accord conventionnel interprofessionnel. Ce travail s'attardera à questionner l'adéquation entre les besoins du territoire et la politique d'accompagnement de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour développer les MSP.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Maisons de santé pluri-professionnelles, politique d'accompagnement, agence régionale de santé, développement, coordination</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		