



**Master Pilotage des Politiques et Actions
en Santé Publique**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **Juillet 2011**

**Les maisons et pôles de santé
pluridisciplinaires : une réponse aux
besoins de renouvellement des soins
de premier recours ?**

Alexis VERVIALLE

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement M. Dubois et K. Dubois, qui ont assuré l'encadrement de mon stage. Je leur suis reconnaissant de m'avoir accueilli et accompagné tout au long de mon stage ainsi que de la confiance dont ils m'ont témoigné.

Je remercie également M. Loisel et M. Jourdain, enseignants à l'EHESP, qui ont assuré le suivi de ce mémoire professionnel.

Enfin je souhaite remercier vivement toutes les personnes rencontrées au cours de mes entretiens pour leur accueil, leur disponibilité et leurs réponses à mes questions, riches d'enseignement. Leurs éclairages ont été précieux pour la bonne conduite de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
Section 1 Etat des lieux de l'offre de soins de premier recours.....	3
1.1 La loi HPST : un nouveau cadre d'organisation des soins de premier recours	3
A. Une définition spécifique des soins de premier recours	3
B. L'ARS et le PRS : les piliers de la nouvelle organisation régionale de santé.....	4
C. La création des URPS.....	6
1.2 Des évolutions qui modifient les modalités d'intervention des professionnels du premier recours	7
A. Les évolutions des besoins de santé : vieillissement et pathologies chroniques .	7
B. Les évolutions liées aux professions de santé : entre désertification médicale et changement du modèle professionnel	8
1.3 Les dispositifs déjà existants de régulation de l'offre de soins	11
A. Les mesures sur la formation de médecine : le numerus clausus et l'examen national classant (ENC)	11
B. Les mesures à l'installation des médecins : entre inefficacité et controverses ...	12
C. La régulation des professions paramédicales.....	13
Section 2 – Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires : des outils pertinents pour la recomposition de l'offre de soins de premier recours ?	15
2.1 Cadrage du concept de maison et pôles de santé pluridisciplinaires	15
A. Historique des Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires	15
B. L'impact de la loi HPST sur les MSP/PSP	17
2.2 MSP/PSP : quels besoins, quels professionnels et quels territoires ?	18
A. Le lieu d'implantation des MSP, source de conflits territoriaux.....	18
B. L'étude des besoins de santé : un outil au service de la décision	19
C. L'échange entre professionnels de santé	20

2.3 Montages financiers, juridiques, et informatiques des MSP/PSP: un univers emprunt de complexité	21
A. Le montage financier : multiplicité et exclusivité des aides.....	21
B. La complexité juridique : une barrière à la création de MSP/PSP ?.....	23
C. Barrières informatiques : des innovations et des évolutions.....	24
2.4 L'organisation en MSP/PSP : réelle efficience ou simple regroupement ?	25
A. De l'amélioration de la qualité du travail des professionnels de santé	25
B. De la coordination pluridisciplinaire à l'ouverture aux étudiants.....	27
C. Les apports en termes de santé publique	28
 Section 3 - Quel accompagnement pour la mise en place et la pérennisation de ces nouveaux modes d'exercices ?	31
3.1 L'accompagnement des MSP/PSP	31
A. Définition et méthodes de l'accompagnement.....	31
B. Les acteurs de l'accompagnement de MSP/PSP	34
3.2 Préconisations en vue de l'amélioration de l'accompagnement des MSP/PSP	37
A. Préconisations à l'échelle du projet : la pertinence du projet avant les murs	37
B. Préconisations à l'échelle institutionnelle : partager les compétences.....	39
C. Préconisations à l'échelle politique : coopérer avec les réseaux et cadrer l'entrée de groupes privés sur le premier recours	41
 Conclusion	43
Bibliographie	45
Liste des annexes	47

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD : Affection Longue Durée
ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
CAPi : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPER : Contrat de Projet Etat-Région
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDR : Dotation de Développement Rural
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DETR : Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGE : Dotation Globale d'Équipement
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIACT : Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
ENC : Examen National Classant
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNADT : Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (Loi) Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISNAR IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MG : Médecin Généraliste

MRS : Mission Régionale de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSR : Maisons de Santé Rurale

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSIL : Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme Régional de Santé

PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RSI : Régime Social des Indépendants

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNIIL : Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Libéraux

SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

ZUS : Zone Urbaine Sensible

Introduction

« Nous voulons donc faciliter les regroupements, parce que nous sommes persuadés aujourd'hui que si les professionnels de santé doivent pouvoir avoir le choix, il faut aussi qu'on puisse leur offrir un exercice regroupé : cela répond à une vraie demande des professionnels, et pas seulement des jeunes. Nous voulons donc miser sur la création de maisons de santé pluridisciplinaires » énonce Xavier Bertrand, lors de ses vœux aux acteurs de la santé, le 11 janvier 2011. Cette déclaration fait écho à l'engouement voué à ces nouvelles formes d'organisation depuis quelques années.

De nouveaux enjeux épidémiologiques tels que le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, l'apparition de tensions dans la démographie médicale, et la volonté des pouvoirs publics de rendre plus efficient le système de santé, rendent indispensable cette réflexion sur la recomposition des soins de premier recours et particulièrement sur ces nouvelles structures d'exercice libéral.

De multiples mesures ont déjà été pensées, mais dont l'impact est limité. L'incitation financière est certes un levier d'attractivité sur les territoires, mais, isolée, elle ne permet pas un réel changement dans les attitudes. Il s'agit plutôt d'agir sur la qualité de vie, la qualité du travail et une organisation à même de satisfaire les besoins de coordination et d'échange des professionnels de santé. C'est ce que proposent les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires (MSP/PSP), présentés comme les modes d'exercices les plus à même de favoriser l'accès aux soins et de subvenir aux besoins de la population. La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST)¹ du 22 juillet 2009, fait du développement des maisons de santé une priorité.

La position que j'ai occupée au sein du cabinet de conseil Hippocrate Développement m'a permis d'aborder cette difficile question de l'organisation des soins de premiers recours. Phénomène politiquement et médiatiquement valorisé, j'ai pu accompagner les professionnels au quotidien dans la construction de leur maison de santé. J'ai pu voir, de part ma position externe, qu'il s'agit beaucoup plus d'un nouveau modèle de travail qu'un simple changement d'organisation, qui nécessite du temps et du dialogue.

Ce changement est d'autant plus important que la prise de décision en matière de MSP/PSP s'articule autour d'une multitude d'acteurs, la rendant complexe et protéiforme.

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

Elle s'effectue en premier, à l'échelle des professionnels de santé qui voient se transformer leur métiers et qui souhaitent voir évoluer leurs conditions d'exercice. Ensuite, elle se situe à l'échelle régionale, ou les ARS, dotées de missions très larges, doivent définir au sein des SROS ambulatoires l'offre de soins adaptée aux besoins de la population sur des territoires de proximité. Elle s'effectue enfin à l'échelle des collectivités territoriales, l'accessibilité des services de santé étant un facteur déterminant du développement économique et social d'un territoire. Cependant, de tels outils nécessitent un réel accompagnement et une volonté tenace des parties prenantes pour les mettre en œuvre. Aussi, il est légitime de se demander : **en quoi les dispositifs MSP/ PSP permettent-ils de répondre aux besoins de renouvellement de l'offre de soins de premier recours ?**

Il s'agira dans une première partie de faire un état des lieux de l'offre de soins de premier recours. Dans une seconde partie nous détaillerons les enjeux des maisons et des pôles de santé pluridisciplinaires et leur déclinaison sur le terrain, notamment depuis la loi HPST. Puis enfin nous proposerons des pistes de réflexion pour l'accompagnement et la pérennisation de ces outils.

Méthodologie

Tout d'abord, une analyse documentaire a été nécessaire afin de cerner le sujet et les différentes problématiques s'y afférent. Cette analyse a été développée et affinée par une veille informationnelle et juridique quotidienne durant le stage. Ensuite, des entretiens ont été menés pour cibler les difficultés et les opportunités rencontrées dans la constitution de pôles et de maisons de santé pluridisciplinaires. Ils ont été menés avec différents types d'acteurs (cf. annexe 1). Les acteurs institutionnels (ARS, URPS) pour comprendre les différents enjeux liés à la création de MSP/PSP. Ensuite, auprès des collectivités territoriales, pour comprendre le rôle des élus et leur influence sur les projets. Puis j'ai pu également rencontrer des interlocuteurs très diversifiés tels que la MSA ou les mutuelles, qui ont un rôle tout à fait important, notamment en termes d'accompagnement et de financement. Enfin, la méthode de l'observation directe m'a permis une bonne captation de l'information, le cabinet de conseil Hippocrate Développement réalisant une grande partie de son activité dans l'accompagnement et le suivi de projets de MSP/PSP. J'ai pu côtoyer de nombreux professionnels de santé, qu'ils soient déjà installés en MSP ou seulement en phase de projet, comprendre leur quotidien et voir leurs inquiétudes/souhaits par rapport à ces nouvelles formes d'exercice.

Section 1 Etat des lieux de l'offre de soins de premier recours

L'environnement socio-démographique et les avancées législatives influent sur l'organisation même des professionnels de santé, et amènent les différents interlocuteurs (institutionnels, professionnels de santé, usagers, élus) à s'interroger sur le devenir de ces métiers du premier recours. L'objectif de cette partie est de rappeler les dispositions de la loi HPST sur le premier recours (1.1), les enjeux auxquels doivent répondre ces professionnels (1.2) et les mesures déjà en place pour réguler l'offre de soins (1.3).

1.1 La loi HPST : un nouveau cadre d'organisation des soins de premier recours

A. Une définition spécifique des soins de premier recours

La loi HPST consacre le terme de « *soins de premier recours* ». L'établissement de cette définition législative permet une reconnaissance spécifique des soins de premier de recours dans le paysage sanitaire Français. Elle y inclue 4 grandes fonctions principales (article L. 1411-11 du code de la santé publique) :

- 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

Ce sont à l'ensemble des professionnels de santé d'assurer ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel. Les fonctions sont cependant assurées par les professionnels du premier recours, et « *en priorité les médecins spécialisés en médecine générale, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes* »². La loi HPST n'a cependant pas élaboré de liste de professionnels fixe, et n'a pas non plus identifié un panier de soins relevant des professionnels du premier recours.

De plus, répondant aux attentes exprimées lors des États généraux de l'organisation de la santé par les médecins généralistes, la loi HPST a créée la notion de « *médecin généraliste de premier recours* » les distinguant des médecins à exercice particulier.

² Direction Générale de l'Offre de Soins, *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS/PRS*, octobre 2010, 94 p.

B. L'ARS et le PRS : les piliers de la nouvelle organisation régionale de santé

La loi HPST crée les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. L'ARS regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM).

La politique de santé des ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS), qui est l'outil stratégique de planification de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il est composé :

- d'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux,
- des schémas ; un schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional de l'offre de soins (SROS) comprenant plusieurs volets, un schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS)
- Des programmes ; le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins, le PRGDR (programme régional de gestion du risque), PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme télémédecine)
- Des contrats locaux de santé

Les ARS définissent des territoires de santé qui doivent être « *pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* » (Art. L. 1434-16. du code de la santé publique). Au-delà des territoires de santé, les ARS ont identifié des territoires de proximité dits également de projets ou d'actions, qui peuvent dans certaines régions se recouper avec les territoires d'accès aux soins de premiers recours.

La loi HPST précise que les soins de premier recours sont définis dans le respect des exigences de proximité, et sont soumis aux mesures de planification par l'Agence Régionale de Santé, au sein du SROS ambulatoire (article L. 1411-11) : « *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau des territoires de santé et conformément au schéma régional d'organisation des soins (SROS)* ».

Le SROS ambulatoire indique, par territoire de santé, les besoins en implantations de professionnels de santé libéraux, de pôles de santé et tous les autres modes d'exercices libéraux. Il détermine également les priorités d'actions sur les zones les plus fragiles. C'est ce zonage qui fera foi pour les aides émanant des collectivités territoriales (communes et établissements publics de coopération intercommunale, départements et régions). L'objectif du SROS est également de définir des « *organisations cibles* », susceptibles de maintenir les professionnels de santé qui y exercent et d'en attirer de nouveaux :

- les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires
- l'organisation de médecins libéraux avec un établissement de santé de proximité (par exemple un réseau de santé), voire centres de santé lorsque l'offre libérale ne permet pas de répondre aux besoins.

Les SROS ambulatoires n'étant pas opposables, contrairement au SROS hospitaliers, ceux-ci sont encore des outils de dialogue entre les différents acteurs de la santé. Une grande partie des représentants des professionnels de santé libéraux avaient craint que ce volet du SROS possède un caractère opposable aux praticiens, notamment sur la liberté d'installation. Tenant compte de cette non-opposabilité, le guide d'élaboration des SROS préconise un fort degré de concertation entre acteurs de terrain, afin que les priorités soient partagées et que les projets aboutissent.

Cependant il n'est pas anodin de constater les nombreux dysfonctionnements dans l'écriture de ces schémas, les représentants des professions de santé estimant ne pas être assez associés aux groupes de travail préparatoires et aux démarches de réflexion (cf. Partie 3, les acteurs de l'accompagnement).

C. La création des URPS

Selon l'article L. 4031-3 du code de la santé publique, les Unions Régionales des Professionnels de Santé ont pour tâche d'aider « *à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional* », en collaboration avec les ARS, avec lesquelles elles peuvent signer des contrats pour « *assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence* ».

Les URPS permettent, et c'est le grand changement, à d'autres professions que les médecins libéraux de se faire représenter. Avant la loi HPST, seuls les médecins disposaient d'une représentation institutionnelle à l'échelon régional avec les unions régionales des médecins libéraux (URML). Dorénavant les professions représentées, en collèges professionnels, sont celles de médecin, de chirurgien-dentiste, de pharmacien, d'infirmier, de biologiste, de sage-femme, de pédicure-podologue, orthophoniste et d'orthoptiste. Dans certaines régions, les professions paramédicales s'étaient cependant organisées avant les URPS pour créer un espace de rencontre et disposer d'une structure organisée en dehors de leurs syndicats (l'association Cap Réseau en Bretagne par exemple).

Les URPS sont constituées de deux entités :

- une union régionale des professionnels de santé qui rassemble pour chaque profession de santé les représentants des praticiens exerçant à titre libéral, à l'image des anciennes URML ;
- une fédération régionale des professionnels de santé libéraux, qui regroupe l'ensemble des URPS d'une même région.

Leur rôle est étendu et multithématique, comme le précise le décret du 2 juin 2010³ : la préparation du projet régional de santé, l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins, l'organisation de l'exercice professionnel (nouveaux modes d'exercice et de rémunération etc.) les systèmes d'information, le développement professionnel continu, les CPOM et enfin toutes les actions en lien avec les soins, la prévention, la gestion des crises sanitaires et l'éducation thérapeutique.

³ Décret no 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux Unions Régionales de Professionnels de Santé

1.2 Des évolutions qui modifient les modalités d'intervention des professionnels du premier recours

A. Les évolutions des besoins de santé : vieillissement et pathologies chroniques

Selon l'INSEE⁴, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans. 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 serait 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.

En outre, on estime à 15 millions le nombre de personnes atteintes en France de maladies chroniques⁵, soit près de 20 % de la population et à 5 millions le nombre d' « aidants », proches ou familiaux non professionnels. La maladie chronique a pour définition, selon la Direction Générale de la Santé, une « *affection de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves* » telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'insuffisance respiratoire chronique, l'insuffisance rénale chronique, le diabète, le SIDA.

Le double effet vieillissement de la population/maladies chroniques n'est pas sans conséquences sur l'offre de soins de premier recours, car c'est « la porte d'entrée » du système de soins, c'est donc à elle en premier lieu que vont s'adresser ces populations. En ce sens, le patient âgé nécessitera une offre de soins de proximité coordonnée entre les différents intervenants du secteur social, médico-social, sanitaire et le patient atteint d'une maladie chronique nécessitera suivi beaucoup plus approfondi. En effet, les maladies chroniques nécessitent un suivi au long cours, des bilans médicaux réguliers et des rappels sur les traitements et de l'hygiène de vie au travers de l'éducation thérapeutique notamment. Le mode d'exercice en cabinet ne permet pas ou peu (lors qu'il y a présence de réseaux en lien avec le diabète, par exemple) ce type de prise en charge globale et coordonnée.

⁴ INSEE, *Projections de population à l'horizon 2060*, Octobre 2010,

⁵ Direction Générale de Santé, *Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, 2007

B. Les évolutions liées aux professions de santé : entre désertification médicale et changement du modèle professionnel

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi important en France. Il a plus que doublé en 20 ans pour atteindre 199 987 médecins sur le territoire au 1^{er} janvier 2011.⁶ Mais leur répartition sur le territoire n'est pas homogène (cf. cartographie de l'ordre en Annexe 2). Selon une étude de la DREES⁷, le nombre de médecins devrait baisser de 10% au cours des prochaines années. Selon le scénario de référence, deux phases se distingueraient : jusqu'en 2018, les cessations d'activités seraient supérieures aux nouvelles installations, ce qui augmenterait le déficit de médecins. A partir de 2018, le nombre d'installations augmenterait plus rapidement que celui des cessations d'activité. En moyenne, ce scénario montre une baisse de la démographie médicale de 1.2%, mais si l'on tient compte d'une augmentation de 10% de la population, on constate une baisse de 10.6% d'ici à 2030. Parallèlement à cette baisse statistique, le vieillissement des praticiens est également alarmant: 30 % des généralistes ont désormais plus de 55 ans. Dans les départements ruraux, les généralistes de plus de 55 ans peuvent représenter jusqu'à 48 % pour le Gers, 51 % de la population pour les Pyrénées orientales, ou 45 % pour la Meuse.

Cette diminution massive du nombre de médecins possède plusieurs facteurs explicatifs, et notamment, *«un recul des vocations de médecin généraliste, un moindre attrait de l'exercice libéral, l'installation de plus en plus tardive des nouveaux praticiens avec l'installation dans le statut de remplaçant...»*⁸. Ce constat est d'autant plus vrai qu'une partie des médecins généralistes se dirige en dehors des soins de premier recours du fait de leur possibilité d'exercer en milieu hospitalier ou de passer des diplômes autres (DESC, capacité...).

Il existe donc un véritable changement du modèle professionnel qui modifie les pratiques quotidiennes d'exercice de la médecine. Ce changement s'exprime sous plusieurs formes. Tout d'abord, par une féminisation de la profession médicale : en 2011, les femmes représentent 41% des effectifs en activité régulière. Le choix d'installation est fortement corrélé avec celui du conjoint, qui est statistiquement parlant, diplômé en études supérieures et va chercher la proximité avec les grandes villes. Les conséquences sont, en partie, que les jeunes médecins recherchent peu de postes dans les zones

⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale Française*, 2011, 210 p.

⁷ DREES, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, 8p.

⁸ STROESSER E., *Médecine de proximité : vers une inéluctable désertification ?*, Maires de France, Mars 2010

rurales. L'exemple dans l'encadré ci-après montre bien les difficultés que peuvent connaître et la population, et les professionnels de santé.

La désertification des zones rurales : l'exemple de la commune de R.

La moyenne d'âge des médecins autour de R. présente un risque quant à la capacité de répondre aux besoins du territoire de santé en cas de départ à la retraite ou d'arrêt brutal d'activité. Dans un rayon de moins de 10 km, 2 médecins sur 4 seront à la retraite dans moins de quatre ans. La présence d'un seul médecin ne permet pas de garantir la continuité des soins tous les jours de la semaine. Pour les pratiques de soins curatifs, l'équipe des professionnels de santé apporte une réponse locale. Par contre, en ce qui concerne la prévention et l'éducation thérapeutique, la population ne dispose pas d'une offre de proximité. A titre d'exemple, un patient diabétique doit se déplacer à L. (80km) pour suivre un programme d'éducation thérapeutique dispensé par le réseau diabète. Les soins dispensés par des spécialistes se situent à 20 km sur le Pôle de Santé de K. La population âgée et peu mobile se trouve éloignée des consultations de spécialistes.

Données : Hippocrate Développement

Ensuite, ce changement se traduit par un faible attrait pour les zones rurales. En effet, les jeunes générations souhaitent avoir un confort de vie minimal, et vont chercher à avoir une palette de prestations proches de leur lieu de travail : « *les services sont d'ailleurs perçus comme quasi-indispensables à un exercice serein: école (72 %), épicerie, bureau de poste banque (45 %) ! En somme, des critères compatibles avec une bonne qualité de vie* »⁹. Pour le Comité National de l'Ordre des Médecins, l'abandon des zones rurales serait également lié aux problèmes « *d'organisation du travail et le poids des charges administratives* »¹⁰ dans ces territoires, d'où l'utilité de développer des modes d'exercices en commun pour gagner en temps médical.

Comme le rappelle F.X Schweyer¹¹, « *le fait d'être constamment mobilisé sur plusieurs théâtres d'opérations à la fois, comme être en consultation tout en répondant au téléphone, passer du temps à essayer d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, etc.* » augmente encore plus l'impression et la perception d'une surcharge de travail. Cette impression est d'autant plus forte que leur cursus étant hospitalo-centré, il existe un très grand écart entre la faculté médecine où l'on apprend le soin et la réalité du travail où le soin est partie intégrante d'un ensemble de tâches annexes (coordination, administration etc.).

⁹ LEMEUT P., *Interview de Yann Zieba, président de l'ISNAR-IMG*, avril 2011

¹⁰ CNOM, Op. cit.

¹¹ CANASSE S., *Réseaux de santé : vers une évolution de l'organisation des soins de proximité*, Revue du praticien de médecine générale, n°840, avr il 2010, 2 p.

Le tableau suivant résume les choix d'installation des praticiens :

<p>Les facteurs déterminants le choix du lieu d'exercice du médecin</p>	<p>Avant installation : Connaissance de l'environnement, sexe masculin, vie de couple Attentes professionnelles (pratique de groupe, maîtrise de la charge de travail, qualité des relations professionnelles...) Attentes en termes de qualité de vie (taille minimum de la communauté, infrastructures scolaires culturelles, emploi du conjoint)</p>	<p>Après installation : Caractéristiques personnelles (sentiment d'efficacité, de défis relevés.) Attentes professionnelles (charge de travail stable, qualité des relations professionnelles, satisfactions...) Conditions de vie (constitution d'un réseau social, équilibre vie professionnelle et vie familiale, appartenance à la communauté)</p>
<p><i>D'après Billodeau et al. 2006, Barer et Stodart, 1999 ; Simoens et Hurst, 2006</i></p>		

Le temps de travail serait également différent des médecins « seniors ». Le modèle du médecin de famille, assurant des soins en permanence au chevet du malade est en voie de disparition. Les jeunes médecins souhaitent, de plus en plus, une qualité de vie et des semaines plus courtes avec une organisation pluri-professionnelle¹². En outre, dans les zones rurales, l'organisation de la permanence des soins est un réel problème, notamment à cause de la charge de travail occasionnée et de l'insécurité créée par l'isolement.

Enfin, dernière caractéristique principale : le moindre attrait pour l'exercice libéral (cf. annexe 3). En effet l'enquête Insar-IMG effectuée auprès des jeunes internes révèle que la majorité des enquêtés souhaitent exercer essentiellement comme remplaçant ou collaborateur libéral (63 %). La moyenne d'âge des médecins généralistes qui s'installent n'a fait que se rallonger, se situant actuellement entre 33 et 34 ans. Une activité de remplacement est largement plébiscitée pour acquérir une connaissance des différents milieux avant d'avoir un projet professionnel plus défini. Le salariat également est en pleine croissance, possédant de nombreux avantages comparativement à l'exercice libéral: horaires stables, les congés payés etc. Les statistiques montrent que si les nouveaux médecins étaient 50% à choisir l'exercice libéral dans les années 1980, ils ne sont plus que 10% aujourd'hui. En 2008, 15 spécialités n'ont fait l'objet d'aucune inscription en libéral.

¹² INSAR-IMG, *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*, janvier 2011, 30 p.

1.3 Les dispositifs déjà existants de régulation de l'offre de soins

A. Les mesures sur la formation de médecine : le numerus clausus et l'examen national classant (ENC)

Pour faire face aux problèmes de démographie médicale, plusieurs mesures ont été engagées. Le plan de 2005 annoncé par Xavier Bertrand prévoit d'aligner les congés maternités des libéraux sur les salariés et de nombreuses aides à l'installation.

L'augmentation progressive du numerus clausus est une mesure également mise en œuvre (en 2000-2001 : 4100 élèves en 2010-2011 : 7400 élèves). Le numerus clausus définit le nombre d'étudiants entrants en deuxième année de médecine. Cette mesure possède cependant peu d'effets à court terme du fait de la longueur des études médicales et des départs à la retraite.

Dans la même lignée, la régionalisation du numerus clausus, quand à elle, avait pour but de favoriser le recrutement des étudiants en médecine dans les régions sous-dotées. Cependant, l'efficacité de cette mesure a été limitée par le fait que les étudiants étaient le plus souvent amenés à changer de région à l'issue des épreuves nationales classantes, pour effectuer leur internat. La loi HPST a permis de contrecarrer cet effet. Désormais, des affectations sont également effectuées après l'examen national classant (ENC). Ainsi, les internes vont être orientés vers les régions sous-dotées. L'objectif est qu'une grande partie d'entre eux, du fait de la réalisation de leur internat dans une région, vont s'y installer.

L'effet de ces mesures est limité car les jeunes professionnels ont toujours le choix de leur lieu d'installation à la sortie de leurs études. En outre, des régions aujourd'hui sur-dotées ne le seront pas forcément à l'avenir : par exemple, la région Provence Alpes Côte d'Azur pourrait être moins bien dotée à l'avenir du fait de son accroissement démographique et du vieillissement de sa population. De plus, les effets de cette répartition agissent au niveau régional, alors même que les inégalités se situent au sein même des régions. Enfin, la tendance des derniers ENC était au délaissement de la médecine générale, étudiants préférant les disciplines chirurgicales et médicales et reléguant les spécialités en médecine du travail, santé publique et gynécologie.

Outre ces mesures, les facultés de médecine proposent, pour certaines, l'accès à un stage de médecine générale ambulatoire en deuxième cycle, pour avoir un premier contact avec la médecine de ville, les autres stages étant systématiquement dans le domaine hospitalier. Enfin, une multitude d'aides sont proposées par les collectivités locales (Conseil Généraux et Régionaux notamment).

B. Les mesures à l'installation des médecins : entre inefficacité et controverses

L'avenant 20

L'avenant 20 prévoit la majoration de 20 % des honoraires pour les professionnels installés en zone déficitaire, sous deux conditions : travailler en cabinet de groupe et s'engager à exercer pendant trois ans sur le territoire. Globalement, c'est un échec compte tenu des sommes engagées, les caisses ayant appliqué l'avenant 20 continuant de voir chuter leur densité médicale. Christian Saout, président du CISS rappelle : « *Les politiques se trompent en croyant appâter avec des incitations financières des médecins dont les exigences portent bien plus sur la qualité de vie et le mode d'exercice moins isolé* »¹³.

Le contrat d'engagement de service public

Le contrat d'engagement de service public est issu de la loi HPST¹⁴. En contrepartie d'une allocation mensuelle, les étudiants ou internes signant un CESP s'engagent, à compter du terme de leurs études, à exercer leurs activités dans une zone géographique où l'offre médicale est insuffisante et où la continuité des soins est menacée, ce pour une durée égale à celle pendant laquelle l'allocation leur aura été versée. La direction de l'organisation des soins, a annoncé que 200 contrats sur un total de 400 offerts, soit une mesure également timidement adoptée.

Le contrat santé solidarité

Le contrat santé solidarité est également outil de la loi HPST. Son mécanisme est simple. Les médecins des zones sur-denses en offre de soins aideraient à la couverture des

¹³ SABOUH A., *Propositions de patients pour en finir avec les déserts médicaux*, impact-santé.fr, novembre 2010

¹⁴ Décret n° 2010-735 du 29/06/2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales

besoins de santé de la population dans les zones où cette offre est insuffisante. Mais ce principe qui n'a pas eu l'occasion d'être appliqué, notamment en raison du fait d'une « *contribution forfaitaire annuelle* » pour les médecins qui refusent de signer un contrat santé-solidarité, ce qui a provoqué un rejet total du contrat. Le projet de loi Fourcade actuellement en discussion à l'Assemblée Nationale prévoit d'ailleurs la suppression du côté coercitif du contrat santé solidarité.

C. La régulation des professions paramédicales

La question de la régulation des professions paramédicales se pose également. Parmi elles, les infirmières et les pharmaciens disposent déjà d'un mode de régulation des lieux d'implantation.

Infirmières

L'avenant n°1 à la convention de 2009, a instauré une incitation financière à l'installation des infirmiers libéraux dans les zones sous-dotées : en contrepartie de la signature d'un contrat de santé solidarité, les infirmiers libéraux conventionnés perçoivent une aide forfaitaire à l'équipement et la totalité de leurs cotisations sociales dues au titre des allocations familiales sont prises en charges. A l'inverse, les zones sur-dotées disposent d'une régulation des installations en conditionnant toute nouvelle installation au départ d'un infirmier libéral de la zone. Cependant, les syndicats libéraux critiquent fortement le dispositif, notamment l'utilisation de chiffres non actualisés et qui ne tiennent pas compte du nombre de remplaçants.

Pharmaciens

L'article L5125-3 du CSP rappelle que les créations de pharmacie « *doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines* ». A l'heure actuelle, peu de pharmacies sont créées, il s'agit surtout de transferts d'officines, le nombre de celles-ci étant déjà élevé sur le territoire. La profession dispose donc d'une répartition territoriale, qui même si elle est parfois contestée, essaie d'instaurer une régulation de l'offre en fonction de la demande.

Il existe donc une grande complexité à harmoniser la répartition des professionnels de santé sur les territoires (ruraux notamment), car une multiplicité de paramètres entrent en jeu dans la décision d'installation. En France, la partie précédente le montre, de multiples incitations financières par le biais de contrats ont été mises en place avec un bilan plus

que contrasté. Le caractère coercitif de tout projet de régulation provoquant des revendications libérales, notamment pour les médecins qui se réfèrent à la charte de 1927.

Des mesures telles que celle du médecin traitant par la loi du 13 août 2004 essaient de cadrer cette liberté d'installation et de créer une coordination dans le parcours de soins : le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien. Cette notion de coordination a été reprise dans la définition de la loi HPST du médecin de premier recours, dont les missions sont « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* ». Cependant force est de constater que la loi HSPT n'a pas été jusqu'au bout du processus : elle n'a définie ni le panier de soins que peut comporter le 1^{er} recours, ni la liste des professionnels y participant.

Une étude de l'IRDES¹⁵ dans un rapport publié en 2006 et intitulé « *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ?* » montrent les retours des expériences internationales. Il est important de remarquer que les politiques contraintes et les incitations financières ne suffisent pas. Ainsi, en Allemagne, depuis 1993, le conventionnement à l'installation est limité dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10 % à la moyenne nationale, sauf en cas de succession ou si un besoin exceptionnel est identifié, par exemple en zone isolée. Inversement, les zones situées à plus de 10 % au-dessous de la moyenne nationale sont ouvertes. Le rapport précise : « *Un des effets de cette politique a été de détourner les étudiants des filières médicales au profit d'autres filières universitaires, sans véritable amélioration de l'inégalité de répartition géographique* ». La mise en place de nouvelles organisations telles que les MSP et les PSP semble être en France le moyen privilégié par les pouvoirs publics pour réorganiser le premier recours. Quelle efficacité et quelles difficultés sur le terrain ?

¹⁵ BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, TAJAHMADI A, décembre 2006, *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature*, Questions d'économie de Santé, n°116, 6 p.

Section 2 – Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires : des outils pertinents pour la recomposition de l’offre de soins de premier recours ?

La première partie a montré les grandes évolutions (législatives, professionnelles, culturelles) auxquelles se confrontent les différents acteurs de la santé. Les défis tels le vieillissement de la population et les effets timides des mesures déjà existantes nécessitent la mise en place de nouvelles organisations qui prennent en compte ces spécificités. Il s’agit ici de montrer l’origine de ces outils, de leur nouvelle interprétation par la loi HPST (2.1) mais également à quels besoins ils répondent (2.2), à quels difficultés ils font face (2.3) et enfin quels sont ses apports en termes de santé publique (2.4). Chaque phase sera illustrée d’exemples et de situations vécues par les acteurs de terrain.

2.1 Cadrage du concept de maison et pôles de santé pluridisciplinaires

A. Historique des Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires

Dès les années 1920, certains médecins philanthropes ouvrent des « Maisons de santé » qu’ils dirigent comme de véritables entrepreneurs. Les congrégations religieuses leur fournissent un personnel infirmier compétent et gratuit. Sous le gouvernement du Front Populaire un réel projet politique de coopération médicale naît grâce à deux hommes politiques Henri Sellier et Paul Cibrie. Ils inventent le concept des centres de diagnostic. Une rémunération forfaitaire est déjà prévue pour les médecins. Cependant, le projet avorte au changement de majorité.

Ensuite dans, les années 1980 pour que des acteurs se mobilisent à nouveau en faveur d’un mode d’exercice médical collectif, à Saint-Nazaire, sous l’impulsion de Claude Evin. Il reprend l’une des cent propositions de la campagne présidentielle de François Mitterrand, les « *Centres de Santé Intégrés* ». Mais le projet est contrecarré par le Syndicat la confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF).

Ce n’est qu’à la fin des années 1990 que le contexte médical devenu alarmant amènent les professionnels de santé libéraux à s’organiser et à coopérer en s’orientant vers un mode d’exercice collectif. Les premières structures d’exercice médical collectif voient ainsi le jour spontanément, sans aucune impulsion des pouvoirs publics.

Le terme « maison de santé » se développe, surtout depuis les années 2000, utilisé par les professionnels de santé qui veulent se démarquer des « simples » maisons médicales. Il sera repris ensuite par le Sénateur Juilhard, puis entériné par le Professeur Chabot, en 2007, qui par l'intermédiaire d'un groupe de travail de la HAS sur le travail en coopération, résume le concept en ces termes : « *Une maison de santé, un pôle de santé, ou un centre de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels de soins de santé primaire, dont les médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.* »¹⁶. S'en suit un cahier des charges, édité par la même HAS, sur l'exercice coordonné et protocolé en maison, pôle et centre de santé. En décembre 2007, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), donne une autre définition à ces structures. L'article 44 de cette loi propose le lancement d'expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) dans ces structures.

En février 2008, le Gouvernement annonce une aide à cent MSP/PSP. Un cahier des charges est mis en place pour définir les critères nécessaires à l'attribution de ces aides. En 2009, la loi HPST complète les dispositions concernant les MSP. En 2010, Jean-Marc Juilhard dresse ainsi un état des lieux des maisons de santé pluridisciplinaires, identifie les obstacles à leur déploiement et formule des propositions de nature à les surmonter. Le rapport Hubert en novembre 2010 pointe également la fragilité juridique de ces structures d'exercices.

Le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire (CIADT) lance un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013. Afin de préciser et d'organiser le type d'aide qui va être proposée, une circulaire est établie par le ministre de l'Intérieur, la ministre de la Santé et le ministre de l'Aménagement du territoire et de l'Espace rural¹⁷. Elle instaure un cahier des charges précisant les critères sociaux pour pouvoir prétendre à un financement.

Le 26 octobre 2010, le sénateur Fourcade propose la création d'une nouvelle structure, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), destinée à faciliter l'exercice groupé et pluridisciplinaire des professions de santé ainsi qu'une nouvelle définition, plus claire, des maisons de santé. Cette proposition de loi est encore en discussion à l'Assemblée Nationale actuellement.

¹⁶ DE HAAS Pierre, septembre 2010, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Editions Le Coudrier, 173 p.

¹⁷ Circulaire NOR n°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

B. L'impact de la loi HPST sur les MSP/PSP

La définition d'une MSP fut introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008: « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. [Elles] sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.* »

La loi HPST a consolidé le statut des maisons de santé, en créant l'obligation de rédiger un projet de santé, qui porte l'adhésion de tous les professionnels de la structure, transmis à l'ARS : « *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* ». Cette définition permet de différencier clairement ce mode d'exercice des modes d'exercices déjà existants (cabinets médicaux, réseaux ...) et de clarifier les relations avec les tutelles. Les centres de santé sont également redéfinis par la loi HPST. Ils se différencient des MSP/PSP par le fait que les professionnels sont salariés dans une structure gérée par un organisme non lucratif, une collectivité locale ou par des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif.

Un statut législatif est également donné aux pôles de santé : ils « *assurent des activités de soins de premier recours (...), le cas échéant de second recours (...), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire (...)* ». Ces organisations, sont des MSP sans les murs, qui peuvent être constituées entre des professionnels de santé mais également des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico sociale. Un pôle de santé est un moyen de créer des échanges et de la coordination entre différents acteurs libéraux, à l'échelle d'un territoire.

L'autre innovation de la loi réside dans le fait que les maisons de santé peuvent désormais participer à des missions de service public au même titre que les établissements de santé. On retrouve parmi ces missions (quatorze en tout), la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions d'éducation et de prévention pour la santé ainsi que leur coordination, les actions de santé publique mais également l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, la formation des professionnels de santé et la recherche. Enfin, la loi HPST prévoit la possibilité pour les

maisons et pôles de santé d'être signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS s'ils souhaitent percevoir une dotation du FIQCS pour financer en leur sein l'exercice coordonné des soins.

2.2 MSP/PSP : quels besoins, quels professionnels et quels territoires ?

A. Le lieu d'implantation des MSP, source de conflits territoriaux

Comme souvent préconisé par les différents accompagnateurs, la démarche de réflexion liée aux MSP/PSP doit être impérativement portée par des professionnels de santé, sans forcément de délimitation géographique précise¹⁸. Cependant, cette précaution n'est pas toujours prise, et ce sont parfois les élus, dans une logique de développement de leurs communes, qui initient, voire forcent la mise en place de ces structures. S'en suit généralement des maisons de santé vides. En outre, les élections cantonales ont montré à quel point l'offre de santé était un élément déterminant de dynamisme d'une commune, chaque élu prônant l'efficacité de sa MSP sur son territoire.

Une étude du terrain des organisations existantes, des coopérations et des partenariats est donc essentielle. Mais également des mésententes voir des conflits qui peuvent exister au sein des différentes parties prenantes. Cette phase est le préalable, avec l'étude des besoins de santé, de toute démarche de regroupement. Les conflits naissant en cours de projet, ou après la mise en route de la MSP sont majoritairement liés à des désaccords antérieurs.

La relation élu/ professionnels de santé est également un facteur clé de succès. L'élu, comme le montre l'exemple précédent, possède un intérêt politique non négligeable dans la mise en place d'une telle élaboration. Un rôle accru de celui-ci est donc néfaste, mais l'inverse est également vrai. La non implication de ceux-ci est un danger, car ils ont un véritable rôle de facilitateur tout au long du projet que cela soit dans l'obtention de terrains ou le soutien financier (cf. financement des MSP). Il s'agit donc de les informer, à chaque grande phase du projet, des avancements et des choix qui ont été réalisés. L'exemple suivant montre les enjeux entre plusieurs communes voisines.

¹⁸ Direction Générale de l'Offre de Soins, op.cit.

L'exemple d'enjeux politiques forts : la maison de santé de N.

Depuis quelques années, l'ensemble des communes réfléchit sur le maintien d'une offre médicale. Les pouvoirs publics et autres collectivités territoriales (Département et Région) ont décidé que seules les maisons médicales pluridisciplinaires et intercommunales seront aidées et subventionnées (jusqu'à 80 %). « Sur le secteur, c'est la communauté de communes qui a pris en charge la réflexion à ce sujet et avec l'accord de la totalité des élus », expliquent les élus N. La communauté de communes du Pays a organisé pour cela des réunions avec les représentants des organismes sociaux, avec les autres collectivités, et avec la totalité des professionnels de santé de la communauté de communes. Or, la commune de M. vient de décider la construction par elle-même d'une maison de santé. « *Ceci de manière unilatérale, sans concertation aucune et en totale contradiction avec le vote des élus à la CCPM* », déplorent les élus de N.

Source : MSP Galilée

B. L'étude des besoins de santé : un outil au service de la décision

L'étude des besoins de santé a pour rôle de définir les priorités d'action sur un territoire donné. Elle pourra permettre, par exemple, de mettre en place des actions spécifiques en matière de diabète, de prévention des chutes ou d'obésité. Elle ne peut pas être qu'un item sur le document projet de santé. La problématique traitée, est la plupart du temps relayée par des professionnels de santé, qui se rendent compte de la récurrence des demandes. Mais l'étude doit également se baser sur des statistiques épidémiologiques pour vérifier que la problématique nécessite une prise en charge spécifique. Ces données épidémiologiques sont accessibles notamment via les ORS (Observatoires Régionaux de Santé) qui sont de véritables plates formes de données sanitaires. Des mesures évaluatives sont aussi indispensables car elles permettent de réinterroger continuellement la pertinence des actions mises en œuvre, et de les réorienter le cas échéant.

Cette étude est réalisée également par les ARS (ou sous traitée à des cabinets conseil) qui disposent d'outils épidémiologiques et statistiques d'aide à la décision. Cependant, il existe parfois un véritable décalage entre la vision des ARS, administrative et planificatrice, centrée sur les besoins de santé, pour qui le projet de santé est au centre du dispositif, et la vision des professionnels libéraux, pour lesquels la logique est orientée vers la patientèle et le projet architectural. L'échange d'information entre ces deux acteurs est pourtant plus qu'indispensable pour réaliser cette phase du projet de MSP/PSP. Car les professionnels de santé connaissent de façon plus directe les forces et faiblesses de

Alexis VERVIALLE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2011

leurs territoires notamment par retours des patients, leur carnet d'adresse professionnel et parfois même les relations développées durant leur formation initiales. Cependant ils ignorent parfois l'existence et le rôle de structures ressources (CLIC, réseaux...etc.) et manquent de recul, d'où l'intervention de l'ARS.

C. L'échange entre professionnels de santé

La participation des professionnels de santé au projet de regroupement est un sujet complexe. En effet, la formation médicale est encore très hospitalo-centrée et la position centrale que les médecins occupent dans les nouvelles structures d'exercice pose problème : « *Les infirmières qui s'y risquent sont découragées car les projets sont managés par des médecins qui les considèrent comme des exécutantes de leurs prescriptions. Pas facile de faire comprendre aux généralistes qu'il faut d'abord se parler et savoir ce qu'on veut faire ensemble* »¹⁹. La pluridisciplinarité n'est que très peu enseignée dans les cursus professionnels même si elle commence à être initiée (le nouveau programme d'IFSI prévoit dans son référentiel de compétence « l'organisation et la coordination des interventions soignantes »). Les professionnels de santé sont, en outre, très préoccupés par leur propre métiers, du fait de leur emploi du temps, mais connaissent assez peu les méthodes et les cœurs de métiers des autres. Un premier travail, en terme d'accompagnement de projet, consiste déjà à préciser les métiers, leur champ de compétence (« *un ostéopathe ne pratique pas la rééducation* ») et des spécialités de chaque profession. Cela permet, d'une part, de neutraliser les clichés qui peuvent exister entre les différentes professions et d'autre part, de créer des idées d'inter-professionnalité. Au sein d'une même profession, l'échange de pratiques est également enrichissant à plusieurs points de vue : études de cas cliniques, échanges autour des évolutions de la profession, difficultés professionnelles, procédures comptables et administratives...autant de sujets qui, pour les jeunes professionnels, sont indispensablement menés de façon collégiale et partagée.

L'échange est également difficile quand les professionnels n'ont pas les mêmes ambitions quand aux futurs murs de la maison de santé. En effet, les souhaits et les capacités d'investissement varient selon chaque professionnel : certains veulent réellement investir dans leur outil de travail, d'autres sont déjà bien implantés dans leur commune et ne souhaitent pas investir dans de nouveaux murs Il s'agit donc de créer une structure collective avec un ensemble de volontés individuelles, ce qui nécessite, des échanges approfondis et surtout une grande flexibilité dans l'élaboration du projet architectural.

¹⁹ TOUBA A., présidente du syndicat des infirmiers et des infirmières libérales (SNIIL), Colloque *Accompagner le changement dans les équipes de soins de premier recours*, avril 2001

2.3 Montages financiers, juridiques, et informatiques des MSP/PSP: un univers emprunt de complexité

A. Le montage financier : multiplicité et exclusivité des aides

Le financement d'une maison de santé met en jeu, une multitude d'acteurs et de collectivités. Même si la volonté politique est à la simplification par la mise en place de comités de sélection, et la future création d'un guichet unique, il n'en reste pas moins que les acteurs à mobiliser sont nombreux. Le tableau suivant, construit par la DGOS, récapitule les différentes sources de financement des projets de MSP.

Sources de financement des projets de maisons de santé pluri-professionnelles	
<p>Financements possibles pour toute MSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Financements essentiellement d'ingénierie et de fonctionnement, ponctuels ou pérennes</i> <ul style="list-style-type: none"> – Financement ponctuel via le FIQCS national Financement des études, de l'ingénierie (+ investissements ponctuels à titre exceptionnel), du fonctionnement 50 000 €/projet, 200 000 €/région – Financement ponctuel via le FIQCS régional à l'appréciation des DGARS – Financement pérenne via les NMR Alternative au financement à l'acte pour financement de nouveaux modes organisationnels ou des formes de prises en charge innovantes => financement d'une partie du fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> • <i>Financements ponctuels de dépenses d'investissement</i> <ul style="list-style-type: none"> – Financement des conseils régionaux et généraux – Financement des communes et groupements de communes. – Financement du FIQCS national (à titre exceptionnel) <p><i>NB : tous ces financements sont cumulables entre eux et avec les autres sources</i></p>	<p>Autres sources de financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Financements ponctuels de dépenses d'investissement</i> <p><u>1° Pour les structures en milieu rural :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Financement du plan de déploiement de 250 MSP en milieu rural (2010-2013) Financement entre 25 % et 35 % via la DDE et la DGE des dépenses d'investissement Peuvent être complétés par des financements FNADT national et européens (FEADER) Projets sélectionnés en comité de sélection (Préfet de région/DGARS/Conseils régional et généraux/URPS/représentant des maires et Président de l'EPCI à FP) – Financement dans le cadre d'un PER – Financement dans le cadre d'un CPER (2007-2013) <i>NB : ces financements ne sont pas cumulables entre eux mais le sont avec toutes les autres sources de financement</i> <p><u>2° Pour les structures en zone urbaine sensible :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Financement de l'ANRU <i>NB : financement cumulable avec les financements possibles pour toute MSP</i>

La centralité de la décision du DGARS dans l'attribution des financements, comme l'a voulu le législateur dans la loi HPST, est ici à remarquer. La décision de financement se fait sur deux critères simples. Le projet doit répondre à un cahier des charges national (cf. annexe 4). Le second critère, comme le rappelle le guide méthodologique d'élaboration des SROS/PRS, est un territoire dont l'offre de soins doit être confortée : « *les priorités d'actions seront ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée, et resserrées sur quelques projets structurants pour le premier recours* ». Cette concentration des aides pose la question du reste des projets qui, non éligibles en zones sous-dotées, ont une réelle volonté de changer leurs pratiques de travail et ont un réel projet de santé.

Les comités de sélection en Région Bretagne

Le premier comité de sélection a été créé par la loi HPST, il était auparavant nommé cellule d'appui régionale. Il est co-présidé par le DGARS/ préfet de région. Le conseil régional, le conseil général et la préfecture de département y sont représentés. Le conseil de l'ordre et l'URML/Cap réseau y participent également. Ce comité donne lieu à l'attribution du FNADT régionalisé. La décision de l'attribution de la subvention est essentiellement prise par le DGARS et préfet de Région. Les autres acteurs suivent la décision du DGARS et du préfet de région et peuvent compléter par d'autres subventions (notamment la DETR, fusion de la DDR et de la DGE, gérée par la préfecture de département). Le deuxième, la commission spécialisée de l'offre de soins, attribue le FICQS national (200 000 euros pour la Bretagne) et régional (les 10 000 euros pour l'accompagnement des projets et des cabinets conseil). Elle possède plusieurs collèges : collectivités, usagers, conférences de territoire. C'est le DGARS qui a le processus de décision final.

Source : ARS Bretagne

Outre la centralisation des aides sur les zones sous dotées, il est à noter le manque de financements dans le fonctionnement de ces structures. En effet, la principale source de revenu pour mettre en œuvre des actions de santé publique et créer des moyens de concertation interdisciplinaire est l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR). Comme son nom l'indique, ce mode de rémunération n'est encore qu'expérimental (suivant les résultats, généralisable en 2012) et n'est accessible qu'à un nombre restreint de participants (en Bretagne seulement 8 projets). Ce manque de fonds bloque les professionnels qui ont l'envie et les compétences, et qui se sont regroupés en

maison ou pôle, dans le but de changer leurs méthodes de travail et empêche les structures de se projeter dans l'avenir.

Pour faire face aux manques de fonds publics, les MSP/PSP ont développé des stratégies de partenariats avec les des acteurs non institutionnels. La contractualisation avec ces structures et le contenu du contrat sont d'une importance capitale pour cadrer la collaboration, les financements, et l'évaluation de ce type de partenariat. On peut distinguer deux types d'acteurs. Les premiers sont les mutuelles de type Préviadiés, Harmonie Mutualité etc. qui peuvent financer des actions d'éducation thérapeutique, des actions spécifiques de santé publique, actions de prévention. Les seconds sont les laboratoires de l'industrie pharmaceutique (GSK...) qui y voient une opportunité de se faire connaître auprès de ces nouvelles structures et de leurs professionnels de santé. Ils disposent de moyens financier importants et peuvent proposer des formations (management d'équipe, conduite de réunions) ou des financements spécifiques aux projets (financement de réseaux de soins, de programmes d'accompagnement des patients etc.).

Il est à noter qu'il existe des projets de bâtiments entièrement privés, montés et financés par les libéraux. L'avantage est la rapidité des financements (pas de demande de subventions publiques) mais les risques sont élevés notamment dans la maîtrise d'ouvrage mais également dans le blocage que peuvent faire les élus sur un projet. De plus, à long terme, les financements privés ne peuvent couvrir les réunions pluridisciplinaires, la prévention et la coordination, qui ne sont finançables qu'au travers des subventions délivrées par l'ARS.

B. La complexité juridique : une barrière à la création de MSP/PSP ?

La complexité du montage de ce type de structures réside également dans le fait qu'il n'existe pas (encore) de statut juridique propre à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire. Même si la loi HPST donne une définition précise de ce que sont des maisons et pôles et de santé disciplinaires, elle n'a pas créée une nouvelle personne morale, dotée d'un nouveau régime juridique. En effet, les promoteurs de projets de MSP/PSP doivent composer avec des statuts juridiques très différents : associations loi 1901, sociétés civiles de moyen (SCM), sociétés civiles immobilières (SCI) et une multitude d'autres sociétés qui ne correspondent pas aux activités des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires. Ainsi, l'association peut recevoir des subventions mais ne peut les reverser à ses membres (même si c'est le statut utilisé actuellement par les maisons et pôles actuels en attendant la création d'une nouvelle société) sous peine de

requalification en société commerciale, la SCI et la SCM ont des objets spécialisés et ne sont pas des sociétés d'exercice.

La conséquence de cette diversité de statuts est la création de plusieurs sociétés ayant chacune un rôle. Dans une grande majorité des projets, une association est créée pour la perception de fonds publics, une SCI (ou plusieurs par profession) pour l'acquisition de biens immobiliers, des contrats d'exercices en communs pour les auxiliaires médicaux, une société d'exercice libéral pour la facturation des actes et une SCM pour le fournir à ses membres des moyens matériels (locaux, personnel, matériel médical, informatique). Le rapport Juilhard indique que cette multiplicité des sociétés « *oblige les promoteurs-professionnels de santé à des montages complexes, introduit des risques sociaux, fiscaux et de responsabilité professionnelle* »²⁰.

Pour pallier à cet assemblage de sociétés, la proposition de loi Fourcade propose de créer une société *ad hoc* nommée SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Elle serait susceptible de permettre la perception de subventions ou d'honoraires pour le compte des professionnels par la structure, la facturation des actes à l'assurance maladie, la redistribution de ces sommes entre les professionnels. En outre, une simplification des règles d'entrée et de sortie des professionnels au sein de la structure et une certaine souplesse dans la composition permettrait d'attirer les jeunes professionnels.

C. Barrières informatiques : des innovations et des évolutions

Actuellement, la loi interdit l'accès aux "dossiers patient" pour les paramédicaux et la majorité des professionnels de MSP/PSP fonctionnent avec leurs propres logiciels, comme si ils étaient en cabinet individuel. Un dossier partagé serait susceptible de déroger à l'article 226-13 du code pénal sur le secret professionnel. En revanche, l'article L1110 - 4 du code de Santé Publique prévoit un partage limité des informations à une équipe de soins dans un établissement de santé. Néanmoins, cette notion d'équipe de soins n'est mentionnée qu'au sein des établissements de santé, et le CNOM l'a considéré comme « *non acceptable* » pour les MSP/PSP²¹.

²⁰ JUILHARD Jean-Marc, CROCHEMORE Bérengère, TOUBA Annick, VALLANCIEN Guy, CHAMBAUD Laurent, SCHAEZEL Françoise, janvier 2010, « *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement* », Rapport IGAS, 52p.

²¹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, décembre 2008, « *Maisons de santé pluri-professionnelles et déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, 3p.

Le regroupement pluri-professionnel doit pourtant permettre l'échange de données médicales afin de pouvoir exercer une prise en charge globale et coordonnée du patient. Un système d'information commun est donc le gage d'un bon fonctionnement dans ces structures. Le projet de loi sur la SISA pourrait faire évoluer ce blocage pour élargir le partage de données aux MSP/PSP. Cependant, il ne se ferait pas dans les mêmes conditions que les établissements de santé, comme le rappelle l'ASIP santé (Agence nationale des Systèmes d'information Partagée de santé) : « *ce partage ne peut être étendu à l'ensemble du personnel de la structure et seuls les professionnels de santé qui ont à connaître l'information dans l'intérêt du malade doivent y accéder. Une traçabilité des accès et une gestion des habilitations sur les dossiers sont donc requises* »²².

Des expérimentations au sein de MSP/PSP sont actuellement en cours pour développer, en partenariat avec des éditeurs, des logiciels pluri-professionnels disposant de cette gestion des habilitations par profession et permettant des échanges de données entre professionnels sur un même patient. En outre, les éditeurs étendent les fonctions du logiciel à la consultation de documents, la facturation, la planification et le suivi d'indicateurs.

2.4 L'organisation en MSP/PSP : réelle efficience ou simple regroupement ?

A. De l'amélioration de la qualité du travail des professionnels de santé

Les maisons de santé pluridisciplinaires répondent mieux aux désirs actuels des médecins concernant l'organisation de leur travail. En effet, la mutualisation de leurs emplois du temps leur permettent de répondre aux exigences de la continuité des soins, notamment en milieu rural, tout en conservant des plages horaires de travail raisonnables. Une étude de l'IRDES²³ a montré que les maisons de santé pluridisciplinaires offrent une amplitude horaire plus grande que celle des médecins libéraux (entre 254 jours d'ouverture et 358 jours en MSP contre 162 et 211 en cabinet). Elles sont ouvertes toute l'année, 5,5 jours en moyenne par semaine et 11 heures 30 par jour. En outre, les données de l'Assurance Maladie montrent que les médecins des Maisons de Santé Pluridisciplinaires travaillent 9 jours de moins que les médecins en cabinet.

²² ASIP SANTE, mai 2011, *Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents*, 88 p.

²³ BOURGUEIL Y., CLEMENT M-C., COURALET P-E., MOUSQUES J., PIERRE A, octobre 2010, « *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne* », Questions d'économie de la santé, n°147

Même si l'exercice en maisons de santé engendre, par rapport à l'exercice isolé, des surcoûts de fonctionnement évalués à 4 400 euros par an et par médecin²⁴ (loyer plus cher et charges administratives plus élevées), le recours préférentiel des patients auprès des généralistes de la maison de santé est toujours plus élevé que pour les généralistes hors MSP. L'augmentation de l'attractivité est donc inhérente à l'intégration en MSP, du fait notamment de l'identification par la population comme lieu de soins de proximité ou est concentrée l'offre de soins. Par ailleurs, il existe une meilleure répartition de la charge de travail entre les médecins généralistes au sein de la MSP. Ainsi, la proportion des actes effectués par un autre généraliste que le généraliste traitant est de 28 % en moyenne et varie de 12 % à 43 % selon les maisons de santé. Dans cet esprit, le rapport sur le bilan des maisons de santé remis à Mme Bachelot en 2009 préconise la possibilité de pouvoir choisir la maison de santé comme « *cabinet traitant* » afin de faciliter les démarches administratives.

S'ajoute à ces aspects organisationnels, ceux de la démographie médicale. Du fait du départ d'un collègue, un médecin peut se retrouver isolé un territoire rural. Seul face à l'afflux de patients, il peut rapidement tomber en « *burn out* ». Les MSP/PSP permettent d'anticiper cette situation de stress professionnel, de recruter des professionnels de santé et d'organiser la collaboration. L'attractivité d'une structure croît d'autant plus que son activité est protocolisée et coordonnée.

Par ailleurs, les MSP/ PSP permettent un recentrage sur les activités de soins grâce à la réorganisation des tâches médicales et la possibilité d'avoir un secrétariat commun. Cette externalisation du secrétariat, voir de la comptabilité et de toutes les tâches administratives chronophages est ce qui rend l'exercice en maison de santé plus intéressant qu'en cabinet, ou, une fois la « journée de soins » terminée, le temps administratif et comptable empiète sur la vie personnelle des professionnels de santé.

Enfin, la création de nouveaux locaux liée à la maison de santé permet plusieurs avancées : la mise aux normes d'accueils notamment pour les personnes en situation de handicap, des entrées spécifiques pour les urgences, la mise en place de salles d'attentes conformes aux normes d'hygiène et de sécurité (toilettes, couloir de circulation différenciés lors de pandémies) et également la mise en place de la télémedecine. De plus, la mutualisation des moyens permet de réaliser des investissements impossibles à

²⁴ FEDERATION FRANÇAISE DES POLES ET MAISONS DE SANTE, *Note concernant les frais des médecins généralistes en maisons de santé*, Etude menée à partir de 16 maisons de santé

réaliser en cabinet individuel : salles de repos, salle de réunions de concertation, matériel diverse (électrocardiogramme, défibrillateur).

On constate donc une retombée positive sur la performance du des soins de premier recours : cette nouvelle organisation du travail, plus souple pour les médecins notamment, permet une meilleure accessibilité aux soins grâce à une plus juste répartition des patients entre généralistes et une plus grande souplesse dans l'organisation.

B. De la coordination pluridisciplinaire à l'ouverture aux étudiants

Au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, les médecins et les autres professionnels de santé font le choix d'approfondir davantage leur coopération, notamment en se concertant sur les cas qui soulèvent interrogations et hésitations afin de prendre la meilleure décision. Le temps de coordination (Module 1 « *missions cordonnées* ») est rémunéré par le FICQS via les nouveaux modes de rémunération. La somme attribuée est versée à la structure qui est libre de répartir le forfait entre ses professionnels de santé. Les médecins les plus jeunes sont particulièrement enthousiastes face à ce mode d'exercice qui leur permet de se sentir moins isolé et qui est rémunéré. Des réunions de travail sont alors organisées afin d'échanger sur une multitude de problèmes : relationnels, médicaux, administratifs, institutionnels etc. L'exemple suivant montre la diversité des possibilités.

Les réunions trimestrielles au pôle de B.

Plusieurs thèmes logistiques sont abordés sur la vie interne de l'établissement : les comptes de l'association, la participation de stagiaires au fonctionnement du pôle dans le cadre de leur formation (internes, externes, étudiants en pharmacies), les dates des futures réunions... Ensuite, un participant préalablement déterminé, développe un sujet transversal, intéressant un maximum de professionnels, en faisant rapidement une synthèse de la littérature médicale ou paramédicale. Il explique ensuite comment ce sujet peut être intégré dans le fonctionnement du pôle de santé. Enfin, les professionnels prennent par la suite le temps d'évoquer les cas de patients posant des difficultés dans leur prise en charge en ambulatoire. Les professionnels de santé essaient alors d'apporter les réponses aux difficultés, dans le souci de la pluridisciplinarité que propose le pôle.

Source : Pôle de B.

La coordination au sein des MSP/PSP peut aller encore plus loin grâce à l'article 51 de la loi HPST : « *Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'art. L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ». L'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et disposent d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole. À titre d'exemple, dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra évaluer les données cliniques et biologiques du patient, adapter les prescriptions si besoin, par exemple reporter une cure de chimiothérapie, mais aussi adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de l'état clinique du patient. Ce type de mécanisme étant encore timidement appliqué vu la complexité d'élaboration du protocole et de l'exigence des ARS et de la HAS pour sa validation, mais est amené à se développer.

En outre, les MSP/PSP sont des terrains de stage idéaux pour acquérir des compétences et travailler dans des conditions proches du milieu hospitalier. En effet, les étudiants peuvent côtoyer une multiplicité de professionnels de santé, y compris hors de leurs connaissances étudiantes (avec des métiers comme ergothérapeutes, diététicien) et enrichir leurs expériences en diversifiant leurs méthodes de travail. De plus, le bâtiment de la maison de santé prévu par les professionnels possède, en général, plus d'espace qu'un cabinet classique, avec des salles de consultation annexes pour que l'étudiant puisse exercer tout en étant suivi par son maître de stage. L'accueil d'étudiants paramédicaux est également une disposition avantageuse au sein des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires. Elle permet de se confronter au monde libéral mais également de travailler en pluridisciplinarité, au sein d'un espace organisé et coordonné. Ces stages encouragent un changement sur la vision du professionnel libéral, isolé, travaillant jour et nuit.

C. Les apports en termes de santé publique

Les apports en matière de santé publique sont nombreux. Tout d'abord les maisons de santé présentent souvent une gamme d'offre de soins étendue par rapport à un cabinet classique : des actes comme les sutures de plaies, les pansements lourds, les poses de plâtres peuvent être réalisées au sein même de la MSP. De plus, cette gamme de soins peut être élargie grâce possibilité de développer des consultations avancées régulières de spécialistes médicaux et non médicaux (cardiologue, diététicien par exemple). Les MSP permettent donc ici d'agir sur la qualité des soins, en offrant des soins et des spécialités

auparavant non accessibles sur un territoire. Il ya donc aussi un impact sur l'accès aux soins : un patient, au lieu de se déplacer de 40 km pour aller voir un cardiologue (en général, au CHU le plus proche), pourra aller consulter celui-ci lors d'une consultation avancée dans la maison de santé proche de son domicile.

Les MSP et PSP donnent en plus la possibilité au travers de subventions FICQS versées par l'ARS (Module 2 « *éducation thérapeutique du patient* »), de réaliser des actions d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques (diabète, cardiovasculaires, asthme...). Elle consiste en l'acquisition, pour le patient ou son entourage, de compétences pour gérer sa maladie de façon plus autonome, prévenir les complications, maintenir une bonne qualité de vie. L'éducation thérapeutique peut se faire de façon individuelle ou collective en petits groupes dans un cadre multidisciplinaire et multi-professionnel. Cependant, comme on l'a vu dans la partie précédente, le nombre de projet et les montants dédiés à l'éducation thérapeutique sont encore réduits. En outre, les exigences en termes d'objectifs sont très précises et très élevées, notamment une file active de 50 patients minimum à l'issue de la première année de fonctionnement du programme et des indicateurs de suivi d'activité et de résultat (notamment ceux utilisés par les CAPI et d'autres tels que le contenu du programme, pourcentages de patients qui le terminent etc.). L'exemple suivant montre les apports des MSP/PSP en termes de santé publique.

Interview du Docteur de Haas, généraliste en MSP et président de la FFMP

Une large place est faite à la prévention et à l'éducation des patients. Avant de prescrire un médicament à un diabétique, le généraliste commence par exemple par l'orienter vers la diététicienne qui adaptera son régime alimentaire. La pluridisciplinarité permet de mettre en place des protocoles communs, d'initier des pratiques innovantes telles que l'alerte de relance informatique des patients pour les vaccins et examens de dépistage. Elle favorise la délégation de tâches. Les prises de sang, les vaccins, les pansements sont systématiquement effectués par une infirmière. Le temps gagné sur ces actes infirmiers et sur les actes administratifs permet aux médecins de consacrer leurs 40 à 45 heures de travail hebdomadaire à une activité de soins décisionnelle. L'esprit d'équipe qui nous anime est un plus pour la prise en charge des patients. Le mode de fonctionnement de la maison de santé est collégial, rythmé par des réunions régulières qui permettent d'échanger sur les dossiers. La proximité quotidienne favorise également des échanges informels.

Source : BIMSA, 2008, N° 184

Enfin, la prise en charge des urgences, dans l'architecture des MSP, est souvent prévue par une salle d'urgence dédiée, pour ne pas perturber le flux de patients habituels. Vu la concentration de personnels de soins dans ce type de structures, la prise en charge de l'urgence peut être assurée dans l'attente du SAMU. En dehors de ce type de mécanismes, les possibilités offertes par les maisons de santé sont larges : participation à des programmes de santé publique (dépistage des cancers, études épidémiologiques), participation à des réseaux de santé (gériatrie diabète, obésité suivant les priorités du territoire), interventions d'acteurs sociaux et médicaux sociaux (la protection maternelle et infantile, du service social, du CLIC).

La santé publique étant également un sujet étudié sous l'angle économique, les améliorations apportées par les MSP/PSP permettent-elles une baisse des dépenses de santé ? Des études sont en cours de réalisation sur l'impact de ces structures sur la consommation de soins. Une étude Belge²⁵ réalisée en 2008 par l'Assurance Maladie (INAMI) a comparé le coût et la qualité du système de financement à l'acte et du système forfaitaire dans le cadre des maisons de santé. Elle met en exergue le fait que les dépenses payées au forfait sont plus élevées que celle du paiement à l'acte, mais que cette augmentation est compensée par le moindre recours aux soins de seconde ligne : baisse des consultations en médecine spécialisée, baisse des hospitalisations, baisse de la consommation de médicaments.

La section 2 a permis de démontrer les apports et les problématiques des MSP/PSP au lendemain de la loi HPST. Il s'agit maintenant d'identifier quel peut être l'accompagnement de ce type de projets, et comment rendre pérenne des organisations qui soulèvent autant d'attentes en termes de réorganisation des soins de premier recours.

²⁵ CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE, 2008, *Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique*, KCE reports

Section 3 - Quel accompagnement pour la mise en place et la pérennisation de ces nouveaux modes d'exercices ?

Si les mesures d'aide à la mise en œuvre des MSP/PSP sont multiples, les acteurs de terrain sont parfois confrontés à des situations complexes et qui comportent des risques. Ce constat pose la question de l'accompagnement de ces projets de pôles et de maisons de santé pluridisciplinaires. Dans un premier temps, il s'agira de définir la notion d'accompagnement et de préciser ce qu'elle induit (3.1), puis de proposer des pistes d'amélioration de cet accompagnement (3.2).

3.1 L'accompagnement des MSP/PSP

A. Définition et méthodes de l'accompagnement

Le colloque organisé le 28 avril à Paris par la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) ayant pour thème « *accompagner le changement des équipes de soins de premiers recours* » a montré à quel point il était difficile de donner une définition de la notion d'accompagnement. En effet, le sujet de l'accompagnement des pôles et maisons de santé est relativement récent, il n'existe pas de définition reconnue et partagée par tous. Chaque acteur intervenant sur le sujet des MSP/PSP utilise donc le mot « accompagnement », signifiant des choses parfois entièrement différentes l'une de l'autre, l'accompagnement délivré par une ARS étant différent de l'accompagnement par un médecin conseil ou par un cabinet juridique. Cette démarche de réflexion est en cours actuellement puisque la FFMPS a rédigé une charte éthique et un cahier des charges de l'accompagnement des soins de premier recours (cf. annexe 5 document de travail).

En l'absence de définition communément admise, nous entendrons par accompagnement, la définition telle que l'utilise Claude Lemoine, psychologue du travail : accompagner, c'est apporter "un dispositif et des moyens techniques et relationnels qui aident le bénéficiaire à progresser par lui-même"²⁶. Cette notion englobe deux dimensions : méthodologique, l'accompagnant devant fournir un cadre et des outils pour réussir le changement, mais également psychologique, l'accompagnant devant soutenir l'accompagné pour lui permettre de trouver son autonomie dans le projet pour qu'il puisse s'autoriser le changement. Dans le cadre des maisons et pôles de santé pluridisciplinaire, les besoins en accompagnement sont nombreux puisque, la section 2 l'a montré, les

²⁶ LEMOINE C., 2009, *Se former au bilan de compétences*, 3ème édition, Dunod, 164 p.

dispositifs en sont en constante évolution. On distingue trois phases dans l'accompagnement des MSP/PSP :

- la phase préalable

Cette phase permet, sur un territoire de santé défini, de connaître les particularités démographiques (vieillesse, structure d'âge), socio- professionnelles (niveau de revenu, professions) et épidémiologiques (causes principales de mortalité) d'une population déterminée. Elle doit permettre de collecter des informations pour évaluer l'opportunité d'un regroupement pluri-professionnel. Cette phase est construite avec les professionnels de santé qui recensent les partenariats qui fonctionnent déjà avec les autres structures du territoire (CLIC, hôpitaux, AMDR..). C'est une phase où les professionnels apprennent également à se connaître entre eux, notamment sur leur fonctionnement quotidien. Une connaissance du contexte politique local est un critère également important à maîtriser, notamment sur le degré d'implication des acteurs politiques dans le futur financement de la maison de santé (bâtiment, ingénierie, fonctionnement).

- la phase de projet

Elle consiste en la rédaction du projet de santé de la structure. Selon le cahier des charges conçu par la DGOS, il comporte deux parties. La première concerne le projet professionnel : un exercice pluri-professionnel avec au moins deux médecins et un paramédical, une organisation du travail en commun, et l'accueil de professionnels en formation (infirmiers, deuxièmes cycles...etc.). La deuxième partie concerne l'organisation de la prise en charge des patients : la prévention, la coordination au sein et à l'extérieur de la MSP, la continuité des soins (en dehors des horaires de la permanence des soins) et le dispositif d'information. Le projet de santé est l'élément central de la structure, il est l'expression de ce que veulent construire les différentes professions qui se regroupent. Les montages financiers, juridiques et architecturaux ne sont que la représentation concrète de qu'est le projet de santé. Cette phase est également décisive parce que c'est à ce moment que les professionnels de santé vont se projeter dans leur future organisation : ce qu'ils vont mettre en commun (matériel, secrétariat...), sur quoi ils vont coopérer (éducation thérapeutique, prévention) avec qui (Hôpital, réseau diabète...) et comment (conventions, protocoles de soins, transferts de tâches).

- la phase de mise en œuvre

Elle traduira l'ensemble des projets professionnels et du projet de santé, ainsi que les volontés de chacun dans l'architecture (locaux, bâtiments...) de la future construction. Le choix de la maîtrise d'œuvre est d'une grande importance, surtout que l'architecture d'une maison de santé est un marché émergent, et peu de sociétés sont spécialisées dans ce type de structure (contrairement au marché des établissements de soins). Une bonne coordination maîtrise d'œuvre/professionnels de santé est gage de réussite.

① PHASE PREALABLE	② PHASE DE PROJET	③ PHASE DE MISE EN ŒUVRE
<p>Quels sont les besoins (besoins de soins ou de santé) sur le territoire, les attentes et motivations des professionnels ?</p> <p>Quelle est la situation de l'offre de soins au regard des projections démographiques ?</p> <p>Combien de professionnels de santé seraient susceptibles d'intégrer la MSR à court terme et à moyen terme ?</p> <p>Quelle serait à première vue l'implantation de cette MSR ?</p> <p>▶ DIAGNOSTIC PRÉALABLE D'IMPLANTATION</p> <p><i>Si le diagnostic est favorable, l'accompagnement peut se poursuivre et passer en mode projet</i></p>	<p>Quels sont les objectifs stratégiques et opérationnels du projet de MSR ?</p> <p>Quelle organisation commune est-il prévu de mettre en place ?</p> <p>▶ PROJET DE SANTÉ</p> <p>Comment chaque professionnel prévoit-il de participer au fonctionnement de la MSR ?</p> <p>Quelle structure semble être mieux à même de concilier les intérêts individuels et collectifs ?</p> <p>▶ MONTAGE JURIDIQUE</p> <p>Quels sont les besoins financiers du projet ?</p> <p>Des devis ont-ils été produits ?</p> <p>Quels sont les financements disponibles ?</p> <p>Quelles recettes sont attendues ?</p> <p>▶ DOSSIER DE FINANCEMENT</p> <p><i>Si les autorisations sont données et les moyens réunis la mise en œuvre peut commencer.</i></p>	<p>Le maître d'œuvre est-il choisi ?</p> <p>Le permis de construire est-il délivré ?</p> <p>Les travaux projetés sont-ils en phase avec le projet de santé ?</p> <p>▶ PROGRAMME IMMOBILIER</p> <p>Les travaux se déroulent-ils comme prévu ?</p> <p>Les matériels, logiciels et équipements communs ont-ils été achetés ?</p> <p>Le personnel commun est-il recruté ?</p> <p>▶ FICHES DE POSTE ET CONTRATS DE TRAVAIL</p> <p><i>Si les travaux sont achevés et si l'aménagement est réalisé l'ouverture au public peut avoir lieu.</i></p> <p>▶ TABLEAUX DE SUIVI ET QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION</p>

Source : MSA

B. Les acteurs de l'accompagnement de MSP/PSP

Les Agences Régionales de Santé

Le rôle premier de l'Agence Régionale de Santé est d'évaluer les critères de réussite des projets et de les appuyer sur le plan méthodologique. Son accompagnement se concentre sur les zones fragiles démographiquement. La condition *sine qua non* pour que l'ARS accompagne un projet de MSP/PSP est que les professionnels de santé soient dotés d'un projet de santé construit et réfléchi. En dehors des aides financières l'ARS peut apporter un soutien en fonction de la phase du projet : conseils comptables, financiers et juridiques, étude des besoins, recherche de cofinancements, systèmes d'information, développement de nouvelles activités via les NMR (coordination, éducation thérapeutique). Des dispositifs type cellule d'appui « territoire et santé » déjà mis en place dans quelques régions, sont en cours de développement, afin d'apporter un suivi au plus près des projets sur le terrain. Les ententes sont variables selon les projets et les agences. Dans certaines régions, le montage de maisons de santé étant ultra-institutionnalisé, la relation ARS/ professionnels de santé est professionnelle et constructive. Sur certains projets, les ARS sont encore vues comme les « tutelles », voir les « planificateurs » et l'entente est faite de tensions et d'incompréhensions mutuelles.

Les URPS

Les URPS sont le lien entre le terrain et les institutions (ARS notamment). Elles élaborent des préconisations et sensibilisent les médecins aux nouveaux modes d'exercices. Leur rôle est de donner de l'information et accompagner les projets (méthodologiquement, notamment par la mise en relation des professionnels). L'URPS ne possède aucun rôle dans le financement des maisons de santé. Elle à juste un rôle d'accompagnement. Certaines problématiques sont privilégiées, comme en Bretagne où l'URPS accompagne les projets informatiques ou la mise en place de groupes qualité. Les ententes interinstitutionnelles ARS/URPS sont également compliquées. Les collaborations montrent que qu'il existe un problème de participation, les représentants des URPS se sentant peu investis dans l'élaboration des SROS et dans les projets d'accompagnement.²⁷

²⁷ K.PIAGENAUX, mars 2011, *SROS ambulatoire en Ile-de-France : l'URPS fait déjà sécession*, Le quotidien du médecin, p.8

La FFMPs

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé pluridisciplinaires est une association loi 1901 qui regroupe plusieurs fédérations régionales. Créée en septembre 2008 pour, notamment, apporter une aide aux professionnels de santé des maisons de santé et autres regroupements dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation des soins de proximité, de la maîtrise de stage, de la formation, de la recherche l'évaluation des pratiques professionnelles.

La fédération est composée de professionnels de santé qui ont déjà monté leur MSP/PSP. Ils sont donc précurseurs et ont déjà connu, de part leur expérience personnelle, les difficultés et obstacles inhérents au montage de ces structures. Leur compétence en accompagnement est donc double : en tant que professionnels de santé, ils connaissent l'organisation propre aux structures pluridisciplinaires (réunions de concertation, prévention..). En tant que promoteurs, ils ont l'expérience dans le montage, notamment architectural, et des points de vigilance à avoir (taille des locaux, possibilités d'extensions) et des couts (secrétariat commun, salles de réunion).

La MSA

La Mutualité Sociale Agricole est un organisme mutualiste qui gère le régime obligatoire de protection sociale du monde agricole et rural. Partant du constat d'une faible attractivité des territoires ruraux à l'égard des professionnels de santé, la MSA a créé son propre label de maison de santé : les MSR ou Maisons de Santé Rurales. Elles répondent au cahier des charges des maisons de santé et sont implantées dans des zones particulièrement désertifiées. Outre ce dispositif, un travail d'accompagnement opérationnel est proposé par les caisses locales de la MSA. Celles-ci apportent aux professionnels de santé et élus un appui logistique, technique et/ou financier et ce, en partenariat avec les collectivités territoriales. Il existe différents niveaux de commande : réalisation d'un diagnostic de territoire sur l'offre médicale et sociale, conduite du projet, coordination dans sa phase de réalisation sont les principales missions des caisses. D'autres organismes mutualistes commencent à investir la question comme la mutualité Française ou Prévadiés.

Les cabinets conseil

Le monde du conseil étant très large et très diversifié, les consultant(e)s en montage de MSP/PSP viennent de milieux très éparses : anciens directeurs de structure, diplômés de grandes écoles de gestion (Centrale, Dauphine...), médecins de santé publique, anciens directeurs de cabinets ministériels, consultants dans le domaine de l'industrie et de l'informatique, consultant en développement local etc.

On peut distinguer sur ce marché deux grands types d'expertises : l'expertise centrée sur les pratiques de l'entreprise (industrie, informatique) ou le cabinet possède des compétences en gestion de projets et en conduite du changement dans les organisations. Leur apport méthodologique est précieux : ils maîtrisent les coûts, les délais et les techniques de négociation et ont une parfaite connaissance de la conduite de projets d'ampleur. Leur bonne connaissance en gestion de la qualité (ISO 9001 notamment) et en management des processus est un atout. Ils identifient les besoins, décomposent l'activité, et les mettent sous contrôle afin de les faire concorder avec les objectifs stratégiques de la maison ou du pôle de santé. Les grandes étapes de leur intervention se découpent en général en trois phases : analyse de l'existant, accompagnement à la création d'une nouvelle organisation, et mesure des performances. Ils se situent en outre dans la mouvance du « *new public management* », qui prône la modernisation du management des institutions et des administrations dans le but d'en améliorer le rapport coût/service. L'inconvénient parfois décrié par les promoteurs est le manque de connaissances de ces intervenants dans le domaine sanitaire et de ces particularités (schémas régionaux, forte tutelle de l'Etat...). Cependant, ils disposent d'une certaine complicité avec les professionnels libéraux, eux même se considérant parfois comme des « *entrepreneurs de la santé* ».

La deuxième typologie des cabinets conseil est composée de compétences des professionnels de santé (médecins de santé publique essentiellement). Souvent pluridisciplinaires, ils agissent dans la santé dans son ensemble : évaluation des politiques et programmes de santé publique, projets locaux d'organisation des soins, accompagnement dans des programmes de prévention. Leur approche est centrée « santé publique » : implication active des usagers concernés par la prestation, qualité de la prise en charge, besoins de santé de la population. L'avantage de ce type de cabinet est que les professionnels ont été eux même confrontés aux difficultés des professionnels de terrain, ont une bonne connaissance des problématiques de santé publique (prévention, évaluation, planification). L'inconvénient étant que les promoteurs de MSP, souvent professionnels libéraux convaincus, peuvent ne pas se retrouver dans

les conseils et mesures prodiguées, axés sur les besoins de santé et les priorités des schémas régionaux et pas assez dans l'opérationnel (montages juridiques, comptables architecturaux etc.).

Une autre distinction peut se faire dans le niveau d'intervention de ces cabinets conseils. Certains cabinets interviendront en amont du projet : c'est l'exemple des cabinets conseil spécialisés dans le développement local et l'aménagement du territoire qui produisent des diagnostics locaux de santé au service d'une collectivité (communauté de commune, département, région). Ils ont pour but d'analyser les forces et faiblesses du territoire (démographie médicale, état de santé des populations) l'état des coopérations et de hiérarchiser les projets de MSP/PSP à investir. D'autres cabinets interviendront en phase de pré-étude (étude de faisabilité et d'opportunité du projet et rédaction du projet de santé) à une maison ou un pôle et étudieront spécifiquement le territoire d'un futur PSP ou MSP. Enfin, des cabinets se positionneront sur le montage purement organisationnel des maisons de santé : animation de réunions, négociations avec les élus, montages juridiques et comptables et réalisation architecturale.

Il existe donc une multitude d'acteurs dans l'accompagnement de projets de MSP/PSP. Cependant il est facile de constater que cet ensemble est assez peu cohérent et que chacun des acteurs essaie de s'accaparer l'accompagnement des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires. En fait, il s'agit plus de la défense des compétences de chacun et de ses intérêts propres, qu'une réelle politique d'accompagnement, coordonnée, entre les acteurs des soins de premier recours. La partie suivante propose des pistes d'amélioration à différentes échelles, de l'accompagnement de ces structures.

3.2 Préconisations en vue de l'amélioration de l'accompagnement des MSP/PSP

A. Préconisations à l'échelle du projet : la pertinence du projet avant les murs

La première préconisation à faire dans le cadre de l'élaboration de ce type de structures est une étude approfondie du contexte local et notamment l'analyse des besoins de santé et des volontés des professionnels de santé. En effet, dans les territoires très ruraux, les maisons de santé ne sont pas forcément pertinentes, voire rarement pertinentes car le nombre de professionnels de santé y est trop réduit et construire un bâtiment avec le risque d'avoir des murs vides n'est pas une solution. En outre, les professionnels plutôt âgés, qui ont toujours vécu dans leur cabinet et qui sont proches de la retraite, n'ont pas forcément la volonté d'intégrer une nouvelle structure qui bouleverserait leur manière

d'exercer la médecine. Les solutions sont plus organisationnelles qu'architecturales : la mise en place de protocoles de coopération de type infirmiers/médecins sur des pathologies chroniques ou une sortie d'hospitalisation coordonnée permettent de gagner du temps soignant et de gagner en qualité de prise en charge, ces avancées pouvant être mises en place sans la création d'un lieu unique « maison de santé ». **Les maisons de santé sont des structures de soins uniques, bien identifiées, mais leurs apports sont davantage liés aux renouvellements des pratiques professionnelles qu'elles engendrent (protocolosation, coopération, prévention), qu'à la création d'un bâtiment unique.** Ce constat est d'autant plus vrai que l'implantation des maisons de santé est parfois plus liée aux volontés des élus qu'à une réelle logique d'accès aux soins, et que les coûts d'un bâtiment sont parfois élevés. Les réseaux et pôles de santé sont des solutions également à privilégier si elles permettent la mise en place de ces nouvelles pratiques et ce nouveau mode d'exercice, contre l'isolement et le travail individuel non coordonné. L'exemple de l'expérimentation « *Pays de Santé* » créée par la MSA va dans ce sens : offrir aux praticiens libéraux une palette de services à la carte leur permettant de les soulager dans leur pratique quotidienne (la recherche de remplaçants, la constitution de dossiers médico-administratifs, le regroupement des achats, ou encore l'éducation thérapeutique de patients en ALD). Ainsi, au sein de chaque pays de santé, un coordinateur est chargé de détecter les besoins et les attentes des médecins comme des patients, et de mettre en œuvre et animer les services mis à disposition. Le dispositif connaît un certain succès et mérite d'être mis en perspective avec tous les autres modèles, si l'on règle la question du financement du coordinateur (qui doit le payer ? collectivité, ARS, professionnels ?).

Sur la pérennité des projets des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, il s'agit également **d'étudier la création de nouveaux métiers.** En effet, les professionnels de santé ne peuvent porter, à eux tout seuls, toutes les formalités de l'exercice de groupe. Tous les promoteurs professionnels de santé ont montré que la gestion de ce type de structure est chronophage et épuisante. Il faut mettre en place de nouveaux métiers, afin de s'occuper des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement,...) et des tâches médico-sociales ou para médicales (questionnaires, éducation du patient) de ces structures. La maison de santé de Fruges, dans la région Nord pas de Calais, par exemple, a déjà mis en place un poste de directeurs/coordonateur, le poste de directeur étant celui de responsable hiérarchique des employés (secrétaires, personnels d'entretien) et celui de coordinateur, celui de facilitateur de démarches (organisation de réunions, relations externes etc.) sans lien hiérarchique sur les professionnels de santé. Encore une fois, la question du financement se pose. Qui doit payer ce poste ? Les libéraux, pour qui le coordinateur est mis à

disposition ? Les collectivités, qui se doivent d'offrir des services publics de qualité ? L'ARS, responsable de la qualité des soins sur ses territoires ? Les expériences montrent qu'il en va différemment selon les territoires et les projets, mais une clarification du poste et de son financement est à réaliser.

L'importance de travailler en commun (professionnel /institutionnels/élus/patients) peut paraître évidente mais est également un facteur clé de succès. En effet, des projets entièrement privés ou entièrement soutenus par des fonds publics peuvent être créés mais on peut légitimement se poser la question de la pérennité de ces structures. C'est en effet le mixte fonds publics/fonds privés qui donne une richesse et de la dynamique aux maisons/pôles de santé pluridisciplinaires. Un projet entièrement privé n'offrant que peu de possibilités concernant l'éducation thérapeutique, la prévention et la coordination pluridisciplinaire mais un projet entièrement public laissant les professionnels de santé dépendants financièrement et limitant leur capacité d'initiative. Un bon équilibre est à trouver dans ces structures. Cet équilibre passe également par une concertation des acteurs du territoire mais également de la population et de son ressenti sur la nouvelle structure, celle-ci en étant la principale bénéficiaire. **En effet, la population est plus spectatrice que actrice de ces structures, pourtant, connaître son ressenti sur le fonctionnement et sur les nouvelles pratiques développées au sein des MSP pourrait être profitable.** En effet, au sein des Patient Centered Medical Home (PCMH) équivalents des maisons de santé aux Etats-Unis, des comités de patients sont en réflexion, car le ressenti des patients sur ces nouvelles organisations était que les praticiens s'occupaient plus de la mise en place de leur nouvel outil de travail que des soins de leur patients²⁸. Au même titre que les établissements de santé, l'idée pourrait être de créer une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) adaptée à la taille de l'organisation et à la disponibilité des professionnels de santé de la MSP.

B. Préconisations à l'échelle institutionnelle : partager les compétences

Les libertés d'organisations que possèdent les ARS se retrouvent dans les directions de l'offre de soins de premier recours, qui prennent en charge de façon très différentes les problématiques des pôles et maisons de santé. Certaines ARS, comme l'ARS Pays de Loire, ont créé des plates formes d'appui aux soins de premier recours avec un comité régional de concertation et des comités d'accompagnement territoriaux ambulatoires

²⁸ PAULINE W. CHEN, juillet 2010, *Putting Patients at the Center of the Medical Home*, New York Times

(CATS) au sein des délégations territoriales. D'autres, comme en Basse-Normandie, ont rédigé une Charte Régionale, signée, en 2008, par l'ensemble des financeurs et acteurs en santé du territoire et mis en place des protocoles d'accompagnement et des instances qui valident les projets tout au long de leur parcours : un pré-projet, validé ou non (par rapport aux principes élaborés par la Charte) par un Comité Opérationnel Départemental (COD). Si le projet est validé en COD, il passe ensuite pour instruction au Comité Technique d'Ingénierie (CTI). Ce comité gère un fonds dédié à l'ingénierie de projet. Enfin, les demandes de subventions sont présentées en Comité des Financeurs (CDF) qui valide ou non le budget prévisionnel. Sur des régions proches géographiquement, on a donc des organisations très différentes les unes des autres alors que les problématiques sont les mêmes : désertification à l'intérieur des terres, zones sur-dotées sur le littoral, vieillissement des professionnels de santé généralisé etc. Le problème réside dans le fait que les ARS sont autocentrées et n'ont que très peu d'échanges entre elles, ou de manière très ponctuelle (séminaires, colloques). **Des rencontres inter-ARS pourraient permettre l'échange des expériences et des solutions pour la mise en place de nouvelles organisations des soins de premier recours.** En effet, il paraît évident que des régions sont plus avancées que d'autres en termes d'accompagnement et de procédures dans le montage de MSP/PSP. Echanger, sans pour autant standardiser, permettrait de cibler les organisations, les instances et les outils qui fonctionnent, et d'élaborer « des guides d'organisation interne » sur les soins de premier recours, à la manière des guides d'élaboration des SROS/PSRS.

Concernant l'implantation des maisons de santé, se fier aux zonages est un critère qui permet certes de hiérarchiser les subventions, mais qui peut porter atteinte à des projets ambitieux ou il existe une réelle dynamique et de réels besoins. Si un projet n'est pas soutenu par le comité de sélection des financeurs, des solutions notamment avec les collectivités ou les établissements de santé peuvent être apportées en termes d'investissements. Ainsi à Mouthe, en Franche-Comté, un projet de reconstruction de l'hôpital local s'est adossé à une maison de santé. Le loyer payé par l'association des professionnels de santé de la MSP a été calculé pour que l'hôpital puisse amortir son investissement. De même, de nombreuses maisons de santé ont créé, des bâtiments avec un étage avec des loyers à vocation sociale (personnes âgées). On voit donc l'importance de communiquer autour de ce type de projet car créer **une maison de santé c'est aussi et surtout décloisonner des acteurs qui ne se connaissent pas (ex : médecine de ville/hôpital)**. Sans aller jusqu'à une coopération aussi accrue, une rencontre entre professionnels permet mieux comprendre les difficultés de chacun et par la même, de mieux les prendre en compte. Car souvent, les outils existent (fiches de liaisons, protocoles) mais étant déconnectés du terrain, ils deviennent rapidement

obsolètes. La mise en place d'un pôle ou d'une maison de santé est l'occasion de communiquer et de mettre des actions concrètes en place. Cette communication est d'autant plus facile qu'elle est facilitée par l'existence d'un groupe identifié de professionnels et non plus des professionnels isolés qui ont chacun des revendications différentes les unes des autres.

C. Préconisations à l'échelle politique : coopérer avec les réseaux et cadrer l'entrée des groupes privés sur le premier recours

On se rend compte que les problématiques identifiées pour les pôles et maisons de santé ont été rencontrées par d'autres acteurs des soins de premier recours notamment les réseaux de santé. Ceux-ci, ont selon la loi, « *pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* ». Il est aisé de remarquer la proximité des missions des réseaux de santé avec les maisons et pôles de santé. Ainsi, une partie de la définition du réseau de santé a été reprise par le cahier des charges des MSP/PSP : continuité des soins, interdisciplinarité, accès aux soins. Une coopération accrue entre ces acteurs du premier recours est donc indispensable, d'autant que les réseaux de santé ont une expérience et un vécu beaucoup plus fort que les MSP/PSP. En outre, ils possèdent pour la plupart une expertise spécialisée (gériatrie, périnatalité, diabète etc.) voir multithématique, et leur intervention peut typiquement s'intégrer dans les réunions pluridisciplinaires et les actions de santé publiques des MSP/PSP. **La mise en place et l'engouement des MSP/PSP ne doit pas effacer les réseaux de santé, leur expertise et les actions qu'ils mènent au sein des territoires de proximité.** Au contraire, ces structures doivent travailler en collaboration étroite au service des soins de premier recours. Cette coopération est d'autant plus pertinente que le versement de fonds publics pour les réseaux de santé et les MSP/PSP est le même : le fond FIQCS via les CPOM. Les objectifs d'un CPOM d'un réseau de santé ou d'une MSP sont les mêmes : déterminer les orientations du projet de santé, améliorer l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins, la coordination entre les secteurs, l'efficacité organisationnelle et le développement des systèmes d'information. Un travail commun entre ces organisations, et notamment la création d'une « fédération » du premier recours pourrait permettre de rester vigilant dans l'utilisation de ces outils de gestion qui font peser de nombreuses obligations pour les signataires en échange d'un financement non durable (la durée maximale du CPOM est de 5 ans).

Une autre dimension à intégrer dans la réflexion sur les politiques publiques des soins de premier recours : **Quelle place pour les groupes privés dans ce type d'organisation des soins de premier recours ?** Dans un communiqué de presse du 24 Mars 2011, la Générale de santé annonce sa nouvelle stratégie : « *la nouvelle dynamique stratégique envisagée prévoit une réorganisation de l'offre de soins sur les territoires de santé se traduisant par un projet de création de pôles de santé, le développement de filières de soins intégrées proposant aux patients un parcours coordonné* ». On voit donc que le manque de financements publics laisse la place à des groupes dont l'efficacité dans le domaine sanitaire n'est plus à prouver.

On peut même considérer, en grossissant le trait, que les maisons de santé sont des « cliniques » du premier recours : les praticiens exercent à titre libéral sans aucun lien de subordination. Ils exercent à titre individuel ou dans le cadre d'une société d'exercice avec d'autres professionnels de santé au sein de la maison de santé. Ce qui est exactement le cas du statut de la majorité des praticiens au sein d'une clinique.

En outre, la caractéristique principale de ce type d'exercice est que les groupes privés ont un atout indéniable en termes d'accueil des praticiens : démarches personnalisées d'accueil, aide à la mise en place d'une politique de communication, fiches personnalisées, etc. Dans l'exercice courant, les groupes peuvent apporter des conseils et éclairages sur les différents types d'installation et d'association, les obligations comptables, les assurances professionnelles. En somme, ce que recherchent les jeunes généralistes libéraux qui souhaitent s'installer sans à avoir une multitude de formalités administratives à régler et pouvoir se recentrer un maximum sur l'activité de soins.

Reste à régler la question de l'éthique du futur investissement des soins de premier recours par ces groupes de santé privés. L'implantation des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires n'étant pas inscrite dans un schéma des soins ambulatoires opposable, il paraît logique de poser la question de la pertinence des implantations. Les groupes privés investiront-ils dans les zones rurales et suburbaines où les besoins en termes de MSP sont les plus importants ? Autre question : le premier recours étant la porte d'entrée du système de santé, ne risque-t-on pas de créer un fléchage des parcours de soins (maison de santé privée / clinique MCO / clinique SSR) ? L'avenir dira dans quelle mesure ce type d'activité va être investi et encadré.

Conclusion

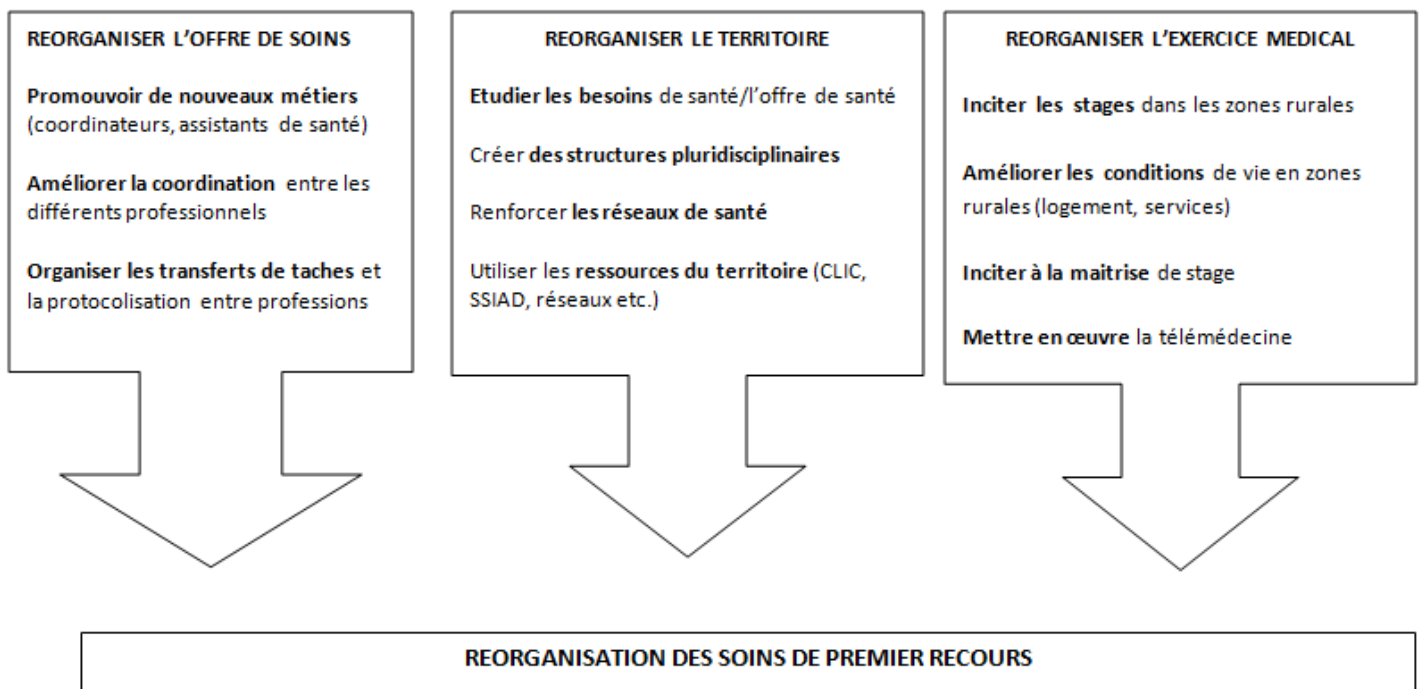
Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires sont des outils précieux, de part les changements de pratiques qu'ils occasionnent : plus de dialogue entre professions, de nouvelles manières de soigner, des tâches partagées entre des métiers habituellement cloisonnés. Ils permettent de mettre en place des nouveaux modes d'exercices qui recentrent le patient au centre du dispositif de soins et rendent plus attractif l'exercice en milieu rural, notamment pour les jeunes professionnels. Mais, plus que cela, ils sont l'occasion de repenser le système de soins : ces nouvelles organisations mettent à nu l'inadaptation des modalités d'exercice actuelles des professionnels, comme le paiement à l'acte, qui, pour certaines pathologies, apparaît comme inapproprié pour une prise en charge de qualité des patients.

Force est de constater qu'il existe de nombreux ajustements pour parvenir à une véritable réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours. En effet, ces structures impliquent des évolutions sur les plans juridiques, informatiques et des financements. Mais aussi et surtout le plus grand défi est celui du changement des esprits à plusieurs échelles. A l'échelle politique, les MSP/PSP ne doivent plus être vus comme une perte ou un gain de professionnels de santé pour une commune, mais comme une réponse aux besoins de la population à l'échelon d'un territoire. A l'échelle institutionnelle, ces outils doivent être utilisés comme un levier d'amélioration de la qualité des soins en cohérence avec les aspirations des jeunes professionnels et non comme un moyen de régulation de l'offre de soins parmi d'autres. Enfin, au sein de la communauté des professionnels, des changements doivent également s'opérer notamment dans la connaissance des métiers de chacun, afin de pouvoir créer de réelles équipes de soins de premier recours.

L'accompagnement de ce type de projets doit également évoluer : les acteurs, quels qu'ils soient, sont encore trop dispersés. L'apparition de comités d'accompagnement ARS/URPS est déjà un premier point d'avancement et la mise en place de guichets uniques via un site internet permettra d'uniformiser les conseils aux professionnels libéraux. Il reste encore à structurer le rôle et le niveau d'interventions des différentes parties prenantes de l'accompagnement.

Les MSP/PSP s'inscrivent dans un environnement global en évolution qui pourra permettre leur développement : la télémédecine, grâce à la possibilité de faire un diagnostic au sein de la maison ou du pôle de santé, avec un avis de spécialiste à distance, est une avancée à prendre en compte. La création de nouveaux métiers de la santé comme une profession d'assistant de santé/coordonnateur pour rendre viable l'organisation des MSP/PSP à long terme est également à considérer. D'autres mesures en cours de réflexion notamment la mise en place une année de formation pratique dans ces territoires fragiles (sans pour autant allonger la durée totale des études) afin que les futurs médecins connaissent et apprennent le travail en milieu rural.

La réorganisation des soins de premier recours ne passe pas uniquement par les MSP/PSP, qui sont des outils en plein développement. Elle passe avant tout par une réelle politique de santé envers les soins de premiers recours, qui comprend un ensemble de mesures tant à l'échelle organisationnelle que professionnelle. Le schéma ci-après résume les différents niveaux d'intervention pour réorganiser les soins de premier recours.



Bibliographie

ASIP SANTE, mai 2011, « *Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents* », 88 p.

ATTAL TOUBERT K. /VANDERSCELEN M., février 2009, « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : nouvelles projections nationale et régionales* », enquête de la DRESS, n°679, 8 p.

BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, TAJAHMADI A, décembre 2006, « *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature, Questions d'économie de Santé* », n°116, 7 p.

BOURGUEIL Y., CLEMENT M-C., COURALET P-E., MOUSQUES J., PIERRE A, octobre 2010, « *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne* », Questions d'économie de la santé, n°147

CHABOT J-M., 2009, « *Loi HPST Analyse & Arguments* » Pratique médicale, Global Média Santé, 174 p.

BOURGUEIL Y, CLEMENT M-C., COURALET P-E., MOUSQUES J., PIERRE A., 2009/07-08, « *Les Maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux* », Santé Publique, suppl. n°4, p.S79-S90.

DAGAND H., septembre 2010, « *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ?* », Editions ETD, 83 p.

DE HAAS P., 2010/05-06, « *L'irrésistible ascension des MSP vers une reconnaissance institutionnelle. Réseaux, santé et territoire* », n°32 p.50-52.

DE HAAS Pierre, septembre 2010, « *Monter et faire vivre une maison de santé* », Ed. Le Coudrier, 173 p.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, octobre 2010, « *Guide méthodologique pour l'élaboration des SROS – PSRS, Version 1* », 94 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, septembre 2010, « *Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2 « Élaboration d'un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST* », 55 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, OBSERVATOIRE NATIONAL DES PROFESSIONS DE SANTE, avril 2008, « *Délégation, transferts, nouveaux métiers, comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ?* », Recommandation HAS, 61p.

HOLUE C., VALLANCIEN G, janvier 2010 « *Un nouvel élan des maisons de santé* », Le concours médical, n°2, pp. 48-50

JUILHARD Jean-Marc, CROCHEMORE Bérengère, TOUBA Annick, VALLANCIEN Guy, CHAMBAUD Laurent, SCHAETZEL Françoise, janvier 2010, « *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement* », Rapport IGAS, 52p.

LEGMANN/ LE BRETON / LEROURVILLOIS, novembre 2010, « *Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} Janvier 2010* », Conseil national de l'ordre des médecins, 167p.

LEPRETTE V., mars 2011, « *Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en ile de France : motivation des porteurs de projet et difficultés rencontrées* », Thèse pour le Doctorat de Médecine, spécialité Médecine générale : Université René Descartes Paris 5, 123 p.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, décembre 2008, « *Maisons de santé pluri-professionnelles et déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, 3p.

OSSELIN M., décembre 2010, « *Difficultés rencontrées par les promoteurs de maisons de santé pluridisciplinaires dans l'élaboration et l'adaptation d'un projet architectural en fonction d'un projet professionnel* », Thèse pour le Doctorat de Médecine, spécialité Médecine Générale : Université de Médecine de Rennes 1, 136 p.

VERBAERE I., septembre 2010, « *Désertification médicale. Les maisons de santé appelées à la rescousse* », La gazette des communes, n°31, pp.16-21

Liste des annexes

ANNEXE 1 : PERSONNES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENSII

**ANNEXE 2 : DENSITE REGIONALE DE MEDECINS PAR RAPPORT A LA MOYENNE
NATIONALE EN 2006 ET EN 2019.....III**

**ANNEXE 3 : EVOLUTIONS RESPECTIVES DES ACTIVITES LIBERALE ET SALARIEE
DE 1986 A 2007.....IV**

**ANNEXE 4 : CIRCULAIRE ET CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES MAISONS DE
SANTE.....V**

**ANNEXE 5 : CHARTE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET CAHIER DES CHARGES DE
L'ANALYSE TERRITORIALEVI**

ANNEXE 1 : PERSONNES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENS

Acteurs /Etapes	Objectifs Opérationnels	Personnes ressources	Mode de contact	Localisation
<i>Institutionnels</i>				
<i>ARS Bretagne</i>	Connaître les enjeux régionaux / le fonctionnement des MSP/PSP	Mme Prigent	Entretien	ARS Siège Rennes
<i>ARS Basse Normandie</i>	Connaître les enjeux régionaux/ le fonctionnement des MSP/PSP	Mme Guichet	Entretien	ARS Siège Caen
<i>ARS Pays de Loire</i>	Connaître les enjeux régionaux / le fonctionnement des MSP/PSP	M. Pouget	Entretien	ARS Siège Nantes
<i>Conseil Régional Bretagne</i>	Aménagement du territoire	M. Rault	Entretien	Siège CR Bretagne
<i>SGAR</i>	Aménagement du territoire	M. Agreke	Entretien	Siège Rennes
<i>CDC</i>	Aménagement du territoire	M. Després	Entretien	CDC La Guerche de Bretagne
<i>MSA</i>	Accompagnement de projets	M. Auray	Entretien	MSA Loire Atlantique

<i>Professionnels</i>				
<i>Ordre des médecins (CD 35)</i>	Avis, recommandations	M. Morali	Entretien	Rennes
<i>URPS</i>	PDS, SI, CPOM, SROS	Mme Briantais	Entretien	Rennes
<i>Promoteurs</i>				
<i>Pôle Ti Lann</i>	Expériences - fonctionnement quotidien	M. Thual	Visite sur place	Bréhan
<i>FFMPS</i>	Méthode, démarche projets	Professionnels déjà installés, institutionnels	Colloque : <i>Accompagner les équipes de soins du premier recours</i>	Paris
<i>Enseignants EHESP</i>	Politiques publiques, 1 ^{er} recours, démographie	M. Schweyer	Entretiens	Rennes EHESP
<i>Autres professionnels</i>	Expériences/ Expertise	Professionnels de santé, institutionnels	Conférences et ateliers aux <i>Transmédicales</i>	Faculté de Médecine de Rennes

ANNEXE 2 : DENSITE REGIONALE DE MEDECINS PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE EN 2006 ET EN 2019

LA DENSITÉ MÉDICALE

DENSITÉ DE MÉDECINS PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

EN 2006

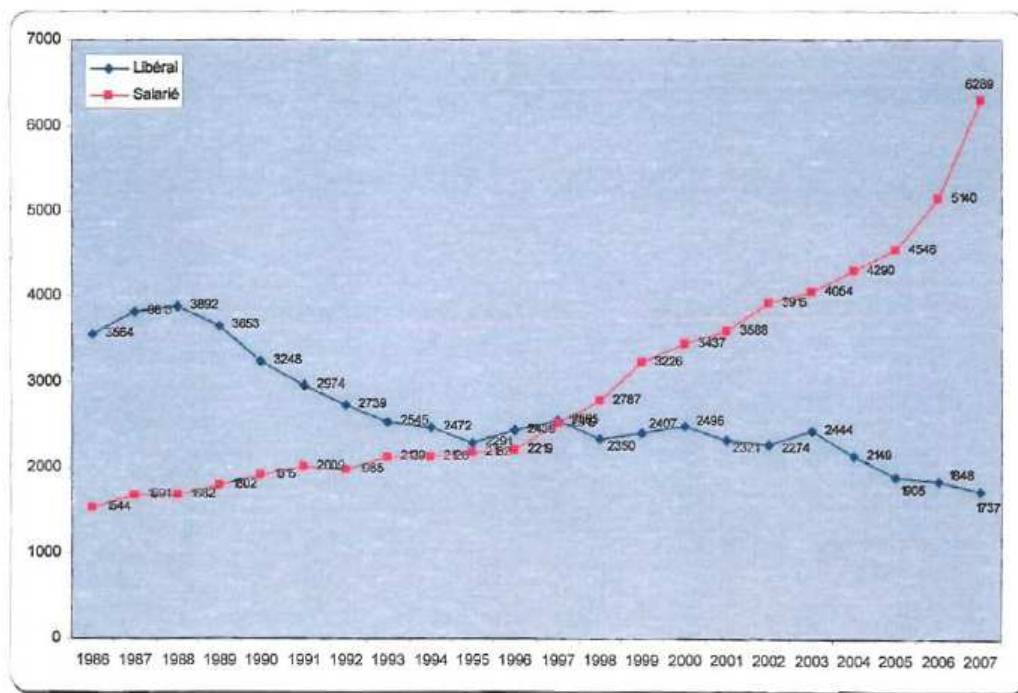


EN 2019



IDF / SOURCES : INSEE, DREES

**ANNEXE 3 : EVOLUTIONS RESPECTIVES DES ACTIVITES LIBERALE ET SALARIEE
DE 1986 A 2007**



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ANNEXE 4 : CIRCULAIRE ET CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES MAISONS DE SANTE



Paris, le 27 JUIL. 2010

Le Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et
des collectivités territoriales

La Ministre de la santé et des sports

Le Ministre de l'espace rural et de
l'aménagement du territoire

à

Madame et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les préfets de
département

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

Objet : Lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Réf. : Circulaire NOR N°EATV1018866C

P.J. : - Cahier des charges national des maisons de santé
- Conclusions du CIADT du 11 mai 2010.

Le Président de la République, lors de la clôture, le 9 février dernier, des Assises des Territoires Ruraux a annoncé le lancement d'un plan de développement de maisons de santé pluri-professionnelles en faveur des territoires ruraux, répondant ainsi à l'une des plus fortes attentes exprimées à l'occasion de ces assises. La question de l'accès aux soins apparaît en effet comme la première préoccupation des habitants des territoires ruraux en termes de services.

Il s'agit d'un objectif prioritaire qui nécessite pour sa réussite votre mobilisation et la cohérence de vos démarches.

Le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010 a décidé du lancement d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013

1. Le contexte – les enjeux

Les maisons de santé, définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires¹, contribuent à assurer l'accès aux soins de la population. Elles constituent une forme d'exercice renouvelée, autour de la coordination des professionnels, dans le cadre d'un projet de santé, conforme au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Les maisons de santé s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé portée par le directeur général de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé ; à ce titre, le directeur général de l'ARS est en charge d'assurer l'accompagnement des promoteurs des maisons de santé pluridisciplinaire, avant même la formulation d'une demande de financement éventuelle.

Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles est en effet l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité des prises en charge des patients.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires comporte des dispositions qui visent à permettre un développement cohérent de ces structures.

L'implantation des maisons de santé pluri-professionnelles doit être précisée dans le volet du SROS relatif aux soins de premier recours. Celui-ci devra s'appuyer sur les diagnostics stratégiques effectués par les ARS, en lien avec les professionnels de santé, les collectivités territoriales, leurs EPCI et les préfets, en tenant compte des besoins identifiés et de l'état de l'offre en termes de démographie médicale dans les bassins de vie ou les groupements de bassins de vie (si l'échelle est plus pertinente).

La signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les porteurs des maisons de santé et le directeur général de l'ARS est le gage de la bonne intégration des maisons de santé dans l'offre de soins de premier recours.

Le maintien d'une offre dans les territoires où la démographie médicale est fragile sera privilégié. Il convient en effet de cibler le développement de maisons de santé dans des territoires dont la démographie médicale nécessite d'être confortée, et non dans les zones totalement dépourvues de médecins, les chances de réussite des projets dans ce dernier cas étant très compromises.

Ces schémas seront établis en 2011 ; il convient donc de mettre en place des mesures transitoires pour la sélection des projets (voir ci-dessous).

¹ Art. L6323-3 du CSP : « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. (...) Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. »

2. Les financements

Les financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi que ceux afférents au fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique...) pourront être assurés par les Agences Régionales de Santé (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins dans le cadre de financements plafonnés à 50 000 € par projet) et éventuellement par les collectivités territoriales ou leurs groupements.

Pour couvrir **les dépenses de fonctionnement**, les maisons de santé pourront également proposer leur participation aux expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé prévues à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Pour ce qui concerne l'**investissement**, les collectivités territoriales et EPCI à Fiscalité Propre, maîtres d'ouvrage peuvent faire appel à des financements de l'Etat. Le taux maximal de l'intervention de l'Etat est fixé à 25 %. Dans les territoires prioritaires identifiés dans le volet ambulatoire du SROS ainsi que dans les zones de revitalisation rurale, ce taux peut atteindre 35 %.

Il est essentiel que les financements au titre de la Dotation Globale d'Equipeement et de la Dotation de Développement Rural, dotations dont la gestion est déconcentrée et qui relèvent de la responsabilité des préfets de départements, soient orientés en priorité en faveur sur ces opérations. Ceux-ci proposeront la prise en compte de cette priorité à la commission départementale d'élus qui, en application de l'article L. 2334-35 du CGCT, fixe les catégories d'opérations prioritaires et les taux minima et maxima de subvention au titre de la DGE. Les circulaires relatives à la mise en œuvre pour l'année 2011 de la DGE et de la DDR préciseront cette orientation.

Par ailleurs au plan national, une enveloppe de crédits du Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire pourra être mobilisée en faveur de certaines opérations prioritaires (territoires enclavés, collectivités subissant des difficultés financières spécifiques, projets innovants, etc...). Les financements au titre du FNADT seront accordés aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles selon la procédure habituelle des subventions de la section générale par décision du Premier ministre lors des programmations.

La contribution de fonds européens pourra être sollicitée.

3. Procédure en vue d'obtenir un soutien financier de l'Etat à l'investissement.

Le dossier de demande de financement finalisé, qui comprend à la fois un volet investissement porté par une collectivité territoriale ou un EPCI à fiscalité propre et un volet projet de santé porté par les professionnels de santé, est déposé concomitamment auprès de l'agence régionale de santé et auprès du préfet de département.

4. La concertation préalable pour le choix des maisons de santé à financer

L'intervention conjointe des préfets et des directeurs généraux des agences régionales de santé rend nécessaire une étroite concertation pour garantir la cohérence de ce plan et des différentes interventions.

Aussi, le programme national sera mis en œuvre au niveau régional au travers d'un comité de sélection associant l'ARS et les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels. Ce comité a pour mission de sélectionner les projets qui bénéficieront d'un financement de l'Etat pour l'investissement.

- Dans les régions où existent des comités de sélection régionaux réunissant les financeurs (ARS, Etat, conseil régional, conseils généraux) et éventuellement, en fonction du contexte local, des représentants des professionnels, il est important de ne pas remettre en cause ces dynamiques régionales qui ont démontré leur efficacité. Par contre, il convient de la compléter afin que soient présents le conseil régional, les conseils généraux, les préfets de département, les représentants des professionnels de santé (URPS) et un représentant des maires et des présidents d'EPCI à FP par département

- Lorsque ce n'est pas le cas, le préfet de région et le directeur général de l'agence régionale de santé devront créer et présider un comité de sélection associant le conseil régional, les conseils généraux, les préfets de département, les représentants des professionnels de santé (URPS) et un représentant des maires et des présidents d'EPCI à FP par département.

Dans tous les cas, des comités départementaux peuvent être mis en œuvre, articulés avec le comité régional, composés du conseil général, du préfet de département, des représentants des professionnels de santé (URPS) et d'un représentant des maires et des présidents d'EPCI à FP dans le département.

Le secrétariat du ou des comités de sélection est assuré par l'ARS.

Le préfet de région et le directeur général de l'agence régionale de santé devront aussi favoriser la formalisation des engagements réciproques des différents partenaires

5. Critères de sélection

Pour 2010, dans l'attente du volet ambulatoire du SROS et afin de pouvoir lancer dès cette année le programme national maison de santé, les projets de MSP retenus doivent

- être conformes au cahier des charges national des maisons de santé du ministère de la santé,
- s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS. Pour 2010, dans l'attente du SROS, les projets devront s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

6. Calendrier

Vous réunirez les comités régionaux de sélection dès réception de cette circulaire.

Nous vous demandons de nous faire part pour le 30 octobre 2010 des projets 2010 d'ores et déjà sélectionnés par le comité de sélection régional et des objectifs fixés pour 2010, 2011 et 2012.

Les prévisions 2011 et les objectifs 2012 actualisés en termes de nombre de projets devront nous parvenir pour le 31 décembre 2010. A partir de ces éléments, un cadrage national sera réalisé pour le déploiement sur 2011 et 2012.

Vous adresserez au 31 janvier n+1 un bilan annuel année n de la mise en œuvre de ce plan. Les modalités précises d'élaboration de ce bilan vous seront communiquées ultérieurement.



Brice HORTEFEUX

Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Michel MERCIER

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

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

I - Financements essentiellement affecté au fonctionnement

I - 1) *financement ponctuel via le FIQCS*

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

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

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

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

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

Ce soutien est destiné à financer :

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

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

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

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

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

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

II Financements affectés à l'investissement en milieu rural

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

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

I I- 2). Les pôles d'excellence rurale (PER)

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

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

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

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

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

Socle minimal obligatoire pour toute MSP financée

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

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

I – DU DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

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

II - DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE

II 1) – le projet professionnel :

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

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

A – La prévention

La MSP propose :

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

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

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

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

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

D – La continuité des soins

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

E – Le dispositif d'information :

La maison de santé s'engage :

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

ANNEXE III

LE PROJET DE SANTE

DES MAISONS DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE

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

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

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

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

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

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

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

¹ Article L. 6323-1 : « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. »
Article L. 6323-3 : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1432-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

II / LE CONTENU DU PROJET DE SANTE

1) Le diagnostic préalable des besoins

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

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

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

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

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

b - les missions et activités de la structure

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

2) Le projet de santé de la structure

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

A - Le projet professionnel

Le management de la structure

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

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

L'organisation de la pluri-professionnalité

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

La mise en œuvre du dispositif d'information

Le projet décrit :

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

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

Le développement professionnel continu – La démarche qualité

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

L'accueil d'étudiant - La recherche

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

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

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

L'accès aux soins

Le projet indique :

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

La continuité des soins

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

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

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

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

La coopération et la coordination externe

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

La qualité de la prise en charge

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

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

Le projet indique, le cas échéant,

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

ANNEXE 5 : CHARTE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET CAHIER DES CHARGES DE L'ANALYSE TERRITORIALE



Texte écrit dans les suites du colloque « Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours » qui s'est tenu le 28 avril 2011 à Paris, organisé par la FFMPs

Charte de l'accompagnement d'équipe

- L'accompagnement est mené pour faire émerger des solutions aux problèmes identifiés à partir des attentes et besoins de professionnels de santé et des élus locaux, non pour coller des schémas préalablement produits ailleurs que dans l'espace local
- L'accompagnement favorise l'émergence de décisions dans l'équipe et ne prend pas les décisions à la place de l'équipe
- La confidentialité est de règle pour les éléments humains de l'accompagnement, y compris au sein de l'équipe accompagnée
- L'accompagnement peut favoriser la mobilisation d'une équipe de soins non encore constituée
- Le contrat d'accompagnement est écrit d'une manière lisible pour des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Le contrat d'accompagnement est réalisé après un ou des entretiens préalables avec des professionnels de santé s'il vise à un accompagnement de la dite équipe
- Le contrat d'accompagnement est réalisé après un ou des entretiens préalables avec des professionnels de santé et des élus territoriaux s'il vise à une organisation territoriale des soins
- Le contrat d'accompagnement indique un but, des objectifs généraux et opérationnels
- Le contrat d'accompagnement fixe la durée de l'accompagnement et les étapes intermédiaires avec un agenda de mise en œuvre
- Les décisions relevant du sanitaire appartiennent à l'équipe de soins, et aux éventuels représentants des usagers de la santé



Le cahier des charges d'une analyse territoriale ou d'opportunité

Contexte

- Une analyse sanitaire et médico-sociale territoriale est décidée avec la mise en place d'un comité de pilotage comprenant des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Le comité se réunit avant le lancement de l'étude, puis pour valider le diagnostic et pour décider des solutions retenues

Le contrat

- Il décrit les communes ou le bassin de santé sur lesquels va porter l'étude
- Il décrit les attentes les plus précises possibles face à l'accompagnement
- Le contrat indique un but, des objectifs généraux et opérationnels
- Il précise les conditions de retrait en cas de non respect du contrat

L'étude

- Elle décrit les communes sur lesquelles porte l'étude
- Elle décrit les caractéristiques du secteur : aspects géographiques, économiques, populationnels, organisation de l'espace
- Elle décrit la situation de l'accès aux soins de la population en soins de premier recours, de second recours et de plateaux techniques en différenciant les niveaux des établissements : proximité, recours, hyperspécialisé
- Elle décrit les flux populationnels et leurs consommations de soins
- Elle donne un diagnostic de la situation et une présentation des enjeux à court, moyen et long terme
- Elle devra prendre en compte les différentes professions des soins de premier recours : médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, psychologues, ...
- Elle devra élargir la réflexion aux acteurs du champ médico-social et notamment ceux qui interviennent au domicile des usagers
- Elle doit proposer plusieurs hypothèses d'organisation des soins de premier recours sur le territoire concerné, en tenant compte des motivations des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Chacune des hypothèses proposées doit comprendre une description des avantages, inconvénients et coûts, et un agenda de mise en œuvre

VERVIALLE

Alexis

5 juillet 2011

PPASP

Promotion 2011

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires : une réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Science Po RENNES

Résumé :

Les maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires sont présentés aujourd'hui comme les outils privilégiés pour faire face à la désertification médicale et aux inégalités de répartition géographique de l'offre de soins. Dans un contexte de réorganisation des soins de premier recours par la mise en place des SROS ambulatoires, ces structures permettent d'attirer des jeunes professionnels sur les territoires ruraux, tout en rénovant l'organisation quotidienne des professionnels libéraux. Cependant, les montages juridiques et informatiques de ces structures restent complexes, et les financements dédiés au fonctionnement sont encore limités. De ce fait, de nombreux acteurs, institutionnels et privés, s'investissent dans l'accompagnement, mais sans grande cohérence d'ensemble. Ces outils nécessitent donc une réelle appropriation et doivent être affinés pour pouvoir relever le défi que représente la réorganisation des soins de premier recours.

Mots clés :

COOPERATION, SOINS DE PREMIER RECOURS, MAISON DE SANTE, POLE DE SANTE, DEMOGRAPHIE MEDICALE, NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, TERRITOIRES RURAUX, EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE, SROS AMBULATOIRE

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