



EHESP

**Master Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **12 septembre 2018**

**Les politiques d'accompagnement des
Agences régionales de santé dans la
mise en place des maisons de santé
pluriprofessionnelles**

Salomé DIDIER

Remerciements

A Monsieur Arnaud CAMPEON pour votre investissement en tant que directeur de Master, votre disponibilité au quotidien et votre bienveillance.

A Monsieur Michel LOUAZEL pour vos enseignements de qualité que j'ai beaucoup appréciés, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail en m'aidant, m'orientant et me conseillant au mieux.

A Matthieu DUBOIS pour ta précieuse confiance.

A toute l'équipe du Cabinet Hippocrate Développement pour m'avoir intégrée de la meilleure manière qu'il soit.

Eléna et Ségolène B. pour votre énergie et votre bonne humeur communicatives au quotidien.

Delphine pour ton dynamisme et ta rigueur professionnelle dont je m'inspire grandement.

Lolita pour ta douceur ; Ségolène V. pour ta spontanéité ; Hélène pour notre déplacement en Centre-Val-de-Loire qui marque le début d'une chouette aventure. Merci pour votre soutien, votre aide quotidienne. Je crois en cette belle équipe que l'on a su créer.

A Florian, pour m'avoir accompagné et supporté pendant 6 mois. Merci pour tout ce que tu m'as appris, ta pédagogie, ta patience et ton investissement important dans ma formation. Je te souhaite le meilleur.

A Hélène SALSMANN pour nos discussions passionnantes et animées, ton écoute et surtout ton amitié.

A mes deux Pierre et Ludivine, d'être cette famille sur laquelle j'ai toujours pu compter.

A Blandine pour ta présence indispensable, tes conseils (avisés) et critiques (constructives) qui m'aident toujours à persévérer.

A Thibaud pour ton soutien inconditionnel, tes paroles justes et rassurantes qui me sont chères.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : LES POLITIQUES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : LA TERRITORIALISATION DE LA SANTE	5
1 L'ORGANISATION DE LA SANTE ET LA TERRITORIALISATION.....	5
1.1 LA SANTE PUBLIQUE ET L'ETAT : UNE DECONCENTRATION DE PRINCIPE	6
1.1.1 LA TUTELLE ASSUMEE DE L'ETAT EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE.....	6
1.1.2 LA REGIONALISATION DE LA SANTE : UNE VOLONTE DE L'ETAT SOUS LE CONTROLE DE L'ETAT.....	7
1.2 LA SANTE PUBLIQUE ET LES COLLECTIVITES LOCALES : UNE DECENTRALISATION DE FAIT ?	11
1.2.1 LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, UN ENJEU POUR LES COLLECTIVITES LOCALES	11
1.2.2 LES COMPETENCES SANITAIRES DES COLLECTIVITES LOCALES.....	12
2 LE CHANGEMENT DE PARADIGME : L'EMERGENCE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES.....	15
2.1 EVOLUTION CULTURELLE ET SOCIETALE : LA NECESSITE DE DEVELOPPER LA COORDINATION.....	15
2.1.1 LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES, DEFINITION D'UN CONCEPT EMERGENT	15
2.1.2 UNE EVOLUTION POUR LES PATIENTS, LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES POUVOIRS PUBLICS	17
2.2 LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UN SYSTEME HYBRIDE.....	21
2.2.1 LES STRUCTURES COMMUNES A L'ETRANGER : UNE INSPIRATION POUR LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS	21
2.2.2 L'AMBIVALENCE FRANÇAISE : LE MAINTIEN DU CARACTERE LIBERAL DE L'EXERCICE	22
PARTIE 2 : LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DES ARS : ENQUETE SUR LES DIFFERENTS NIVEAUX D'ACCOMPAGNEMENT	23
1 DES SIMILITUDES IMPORTANTES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE : LES REGLES COMMUNES DES ARS	24
1.1 L'ORGANISATION DU SERVICE : UN SIEGE ET DES DELEGATIONS DEPARTEMENTALES	24

1.2	LA CONCEPTION D'UNE MSP ET LES REGLES DE VALIDATION SINE QUA NON POUR LES ARS.....	25
1.2.1	UNE EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE ET LA FORMALISATION DU PROJET DE SANTE	25
1.2.2	LA COORDINATION AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE ..	26
1.2.3	L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL POUR UNE REMUNERATION D'EQUIPE	28
1.3	LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DES ARS : LE CONTOUR DES POLITIQUES COMMUN A CHAQUE AGENCE.....	31
1.3.1	L'ETUDE D'OPPORTUNITE	32
1.3.2	L'ETUDE DE FAISABILITE.....	33
1.3.3	L'AIDE A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS.....	36
2	DES DIFFERENCES NOTABLES DANS LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT	37
2.1	DES DIFFERENCES LIEES AU FONCTIONNEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	37
2.1.1	LA VALIDATION, LE SUIVI ET LE CONTROLE PAR LES ARS.....	38
2.1.2	L'APPEL A UNE SOUS-TRAITANCE POUR LES ACCOMPAGNEMENTS DES EQUIPES	41
2.1.3	LE CONVENTIONNEMENT DES ARS AVEC LES MSP.....	44
2.2	DES DIFFERENCES LIEES AUX ENJEUX FINANCIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT	45
2.2.1	LA QUESTION DU ZONAGE DES ARS.....	45
2.2.2	LA QUESTION DU FINANCEMENT DES ACCOMPAGNEMENTS	47
2.2.3	LA QUESTION DE L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL.....	48
	PARTIE 3 : DU PROJET INSTITUTIONNEL A LA REALITE DU TERRAIN : UN MODELE ENCORE PERFECTIBLE	51
1	DES TENSIONS LIEES A LA FORME : DES DIFFICULTES DE TRADUCTION DU MODELE DE MSP.....	52
1.1	L'AMBIVALENCE SEMANTIQUE DU TERME « MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE »	52
1.2	LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE, UNE APPARENTE COMPLEXITE DE MISE EN ŒUVRE	53
1.2.1	UN LANGAGE DES SIGLES.....	53
1.2.2	UNE CONFUSION AUTOUR DES DIFFERENTES ETUDES PERMETTANT L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES	54

2	DES TENSIONS LIEES AU FOND : LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DEPLOYEES	55
2.1	UN SYSTEME PENSE « POUR LES MEDECINS »	55
2.2	UN MANQUE D'HARMONISATION CONCERNANT LE FINANCEMENT DES PROJETS.....	56
2.3	LE QUESTIONNEMENT AUTOUR DE LA SOUS-TRAITANCE ET L'EXTERNALISATION AUX CABINETS DE CONSEIL.....	57
2.4	L'ABSENCE DE DEMARCHES EVALUATIVES ET DE RETOURS D'EXPERIENCE	59
	CONCLUSION	61
	Bibliographie	63
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ALD : Affection longue durée
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATS : Comité d'accompagnement territorial des soins de premier recours
CC : Cabinet de conseil
CE : Conseil d'Etat
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPER : Contrat-plan Etat-région
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSP : Code de la santé publique
CVL : Centre-Val-de-Loire
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
DDASS : Délégation départementale des affaires sanitaires et sociales
DDARS : Délégation départementale de l'Agence régionale de santé
DGARS : Directeur général de l'agence régionale de santé
DRASS : Délégation régionale des affaires sanitaires et sociales
DROM : Département et région d'Outre-mer
ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
EPA : Etablissement public administratif
ESP : Equipe de soins primaires
FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé
FIR : Fonds d'intervention régional
HPST : Hôpital patients santé territoires
IDF : Ile-de-France
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MG : Médecin généraliste
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NA : Nouvelle-Aquitaine
NMR : Nouveaux modes de rémunération
NOTRe : Nouvelle organisation territoriale de la République
PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PCMH : Patient centered medical home
PDLL : Pays-de-la-Loire
PMI : Protection maternelle et infantile
PPP : Professionnels, patients, pouvoirs publics
PRS : Projet régional de santé
PSLA : Pôle de santé libéral ambulatoire
PTA : Plateforme territorial d'appui
QPV : Quartier prioritaire de la ville
RA : Règlement arbitral
SCI : Société civile immobilière
SCM : Société civile de moyens
SCP : Société civile professionnelle
SEC : Structure d'exercice coordonné
SI : Système d'information
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
URML : Union régionale des médecins libéraux
URPS : Union régionale des professionnels de santé
ZAC : Zone d'action complémentaire
ZIP : Zone d'intervention prioritaire

INTRODUCTION

« *La France a eu besoin d'un pouvoir fort et centralisé pour se faire. Elle a aujourd'hui besoin d'un pouvoir décentralisé pour ne pas se défaire* »¹ (François Mitterrand). Par analogie, ce même constat peut être fait avec la santé. En effet, la politique de santé publique a dû se construire sur un pouvoir fort et centralisé pour se faire et, depuis quelques années, ce pouvoir de décision se déconcentre (agences régionales de santé) voire se décentralise (collectivités territoriales) pour que les politiques publiques intègrent davantage une dimension locale, de proximité.

Ce mémoire s'attache à analyser le phénomène de territorialisation de la santé. Depuis 2008, l'échelon régional s'affirme progressivement en tant que niveau pertinent pour conduire la politique de santé. Ce nouveau référentiel est préconisé pour optimiser le système de santé en actionnant deux leviers principaux (Ritter, 2008) : unifier le découpage en bénéficiant d'une cohérence nationale des stratégies de santé, et adapter ces stratégies de cohésion aux spécificités territoriales. Les politiques de santé sont caractérisées par une pluralité de niveaux d'interventions et d'acteurs.

Parmi ceux-ci, l'Agence Régionale de Santé (ARS) créée par la loi HPST de 2010, établissement public administratif de l'Etat, est chargée de mettre en œuvre la politique nationale de santé dans sa région. Aussi, est-elle en mesure de déployer des politiques d'accompagnement, c'est-à-dire organiser un soutien, une assistance auprès des acteurs de terrain (professionnels de santé, élus locaux) dans la mise en œuvre d'une politique de santé. Cet accompagnement peut être humain, matériel et financier.

La politique de santé publique se trouve aujourd'hui face à des problématiques majeures : le vieillissement démographique, la progression de maladies chroniques, les multiples évolutions technologiques et l'épineuse répartition des professionnels de santé sont autant de raisons qui poussent les pouvoirs publics à réorganiser l'offre de soins ambulatoire autour de soins primaires « forts ».

Cependant, malgré cette volonté louable d'une politique de santé territorialisée, le souhait des pouvoirs publics de réduire drastiquement les inégalités de santé et d'accès aux soins est confronté à une tension assez forte. Les professionnels de santé du premier recours, libéraux dans l'âme, fonctionnent avec une logique médicale et un référentiel créé autour du patient. Les pouvoirs publics suivent, eux, une logique nettement plus « populationnelle » en fonction du territoire. Bien qu'il existe une différence entre les

¹ François Mitterrand devant le Conseil des ministres le 15 juillet 1981, à propos des premières lois de décentralisation

besoins et les capacités des professionnels d'une part, et les attentes et les exigences des pouvoirs publics d'autre part, on peut espérer que celle-ci s'atténuera grâce à un modèle organisationnel des soins primaires pensés ensemble, entre Patients, Professionnels et Pouvoirs publics². C'est dans cette optique que le système de santé français a mis en place les structures d'exercice coordonné, dans le but d'offrir un cadre attractif aux professionnels de santé. Ces structures garantissent l'accessibilité aux soins pour les patients et favorisent l'échange et la coordination entre les acteurs de santé.

Ce mémoire intégrera une enquête de terrain réalisée grâce à des entretiens avec des Agences Régionales de Santé dans le but d'établir un état des lieux des différentes politiques d'accompagnement, en ce qui concerne le déploiement de ces structures sur le territoire et leur fonctionnement.

Par structures de santé pluriprofessionnelles, il était initialement prévu, dans ce mémoire, d'analyser les politiques d'accompagnement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), Communautés Professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Equipes de soins primaires (ESP). L'émergence des MSP étant plus ancienne, leur étude permet une analyse plus complète. Afin de proposer un travail aussi rigoureux que possible, ce mémoire s'est donc attaché uniquement au champ des maisons de santé.

En effet, pour ce qui est des CPTS, les différentes ARS interrogées sont, pour la plupart, encore assez peu engagées dans leur déploiement et commencent, tout juste, à travailler sur les leviers à mettre en œuvre. Certaines ARS peuvent toutefois arguer de l'implantation de CPTS sur leur territoire, mais les données sont faibles et l'émergence récente ne permet pas une prise de recul suffisante. La structure d'ESP est quant à elle assez peu développée, et, contrairement aux CPTS, ne semble pas tendre à le devenir³.

Logiquement, chaque agence est implantée dans une région et sa politique dépend intimement des problématiques du territoire en termes de santé publique. La principale question posée en l'espèce est alors de savoir dans quelle mesure les politiques d'accompagnement des Agences régionales de santé dans le déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles diffèrent selon les régions ?

Se poser cette question principale amène dès lors à s'interroger sur :

- La ou les sources des indications, recommandations, références réglementaires et/ou législatives s'agissant de ces accompagnements ;
- Les différents types de politiques d'accompagnement dans les régions ;

² Jihane SEBAI, Fatima YATIM, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire »

³ Informations obtenues suite aux différents entretiens de terrain.

- La raison qui justifie l'hétérogénéité des situations locales et des organisations (intégration, gouvernance, organisation/fonctionnement, coordination) selon les régions ;
- La question de savoir si les politiques des agences en matière de développement des structures accompagnent une dynamique de terrain ou émanent de la déclinaison d'une politique nationale.

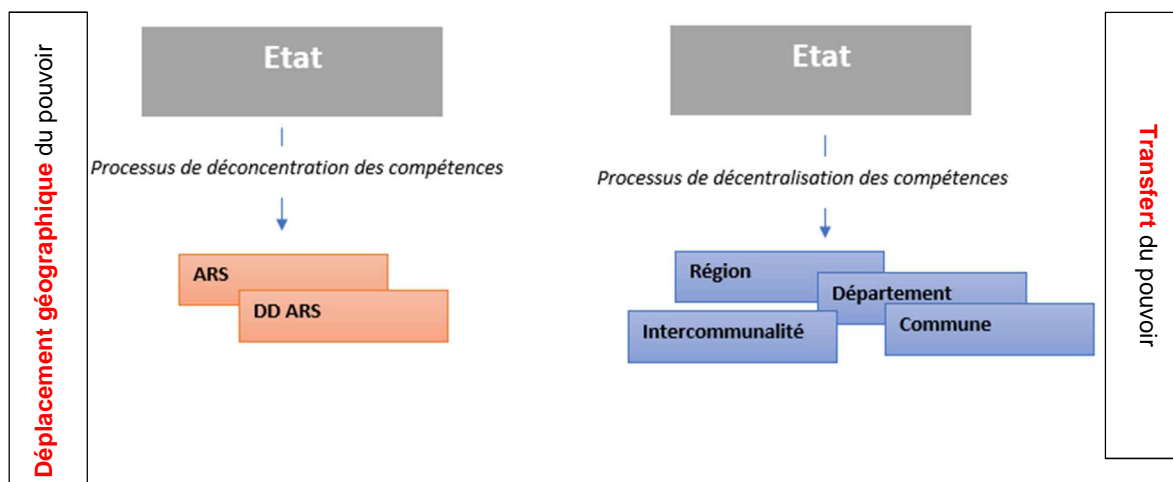
Dans une première partie, il semble important de revenir sur le contexte historico-politique de territorialisation de la santé, dans lequel interviennent les ARS, structures de création récente. Une deuxième partie sera dédiée à décrire l'enquête de terrain et les résultats obtenus. Enfin une troisième partie permettra d'analyser ces résultats et d'en discuter.

PARTIE 1 : LES POLITIQUES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : LA TERRITORIALISATION DE LA SANTE

L'organisation spécifique de la santé et la territorialisation (1) ont permis l'émergence des structures d'exercice coordonné et notamment des maisons de santé pluriprofessionnelles (2)

1 L'ORGANISATION DE LA SANTE ET LA TERRITORIALISATION

La politique de santé publique se trouve mise en œuvre à différents échelons administratifs et institutionnels. Il est ici important de dissocier deux types de compétences : celles qui émanent directement de l'Etat, par le processus de déconcentration des pouvoirs (1.1) sans occulter celles qui émanent des collectivités locales en tant qu'autorités décentralisées de l'Etat (1.2)



1.1 LA SANTE PUBLIQUE ET L'ÉTAT : UNE DECONCENTRATION DE PRINCIPE

En matière de santé publique, la tutelle de l'Etat est clairement assumée (1.1.1) malgré la régionalisation de la santé qui reste, une volonté de celui-ci sous le contrôle de celui-ci (1.1.2)

1.1.1 LA TUTELLE ASSUMEE DE L'ÉTAT EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

Une administration qui serait entièrement centralisée, entièrement concentrée n'est plus adaptée à l'époque contemporaine. C'est pourquoi dans un Etat unitaire, c'est-à-dire un Etat où un territoire et une population ne connaissent qu'une seule autorité juridique et politique qui dispose de la plénitude de ses compétences en étant vecteur d'un seul et même droit, des aménagements existent, tel que la déconcentration des pouvoirs. En effet, « *dans un système centralisé, il faut éviter l'omnipotence du pouvoir parce qu'elle est source d'impotence* »⁴.

La déconcentration est un modèle d'organisation de l'administration qui consiste à transférer l'exercice de compétence et donc le pouvoir décisionnel des autorités centrales de l'Etat vers ses agents locaux répartis sur l'ensemble du territoire. Les agents locaux relèvent exclusivement de l'Etat et ils sont soumis au principe hiérarchique.

L'Etat unitaire français a longtemps exclu la santé d'une délégation de compétences à des échelons infra-étatiques. En effet, dès les années 1960, l'Etat comprend la nécessité de déléguer une partie de ses compétences à un échelon administratif qui sera plus proche du citoyen. Toutefois, ces délégations ministérielles, conçues au départ pour un grand nombre de politiques publiques, ne concernent pas la santé. C'est en 1991 que la politique de santé publique prend un nouveau tournant. Jusqu'alors uniquement déconcentrée, l'Etat gardant la mainmise absolue sur son organisation, la santé se régionalise. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre le territoire régional. Alors, lorsque, en 1991, la région devient « *l'espace référentiel de la planification sanitaire* »⁵, cela laisse présager une politique de santé publique pleinement décentralisée à l'instar de tant d'autres : aménagement du territoire, politique du transport, etc. Pour autant, tel n'a pas été le cas pour la santé publique car tout l'enjeu de cette politique est qu'elle se doit de garantir un équilibre et une homogénéité totale sur tout le territoire français.

⁴ Félicité de Lammenais, (Député à l'Assemblée nationale constituante entre 1848 et 1849) qui exprimait que le processus de déconcentration permet d'éviter une paralysie du pouvoir administratif.

⁵ Jeanne-Marie AMAT-ROZE, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat »,

La politique de santé publique est nationale pour garantir une égalité de principe, mais elle s'adapte aux spécificités territoriales pour promouvoir l'équité et réduire les inégalités naturelles.

Ainsi l'article 2 de la loi du 9 août 2004 prévoit expressément que « *La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat* ». Par cet article, le positionnement de l'Etat comme « chef de file » est clairement revendiqué. Celui-ci dispose de nombreuses instances de régulation nationales et régionales, d'outils d'alerte, de veille et d'évaluation sophistiqués.

Il s'agit sans nul doute d'un contexte étatique extrêmement fort pour la santé publique. Pour autant la loi de santé publique⁶ prévoit également des changements importants favorables à la régionalisation qui a commencé à émerger dans le milieu des années 1990. Mais il s'agit d'une forme particulière de « régionalisation », qui reste une volonté de l'Etat, sous le contrôle de l'Etat, autrement dit, « *c'est le même marteau qui frappe mais on en a raccourci le manche* »⁷ (Odilon Barrot).

1.1.2 LA REGIONALISATION DE LA SANTE : UNE VOLONTE DE L'ETAT SOUS LE CONTROLE DE L'ETAT

L'Agence Régionale de Santé est créée en 2010 sous la tutelle de l'Etat et plus précisément du Ministère chargée des affaires sociales et de la santé. Elle est donc une agence déconcentrée de l'Etat (a). Mais dès lors qu'elle est implantée à l'échelon régional, elle doit nécessairement composer avec le fonctionnement des collectivités décentralisées. En l'occurrence l'organisation des ARS a dû s'adapter à la loi NOTRe⁸ qui réorganise le territoire et les compétences des collectivités territoriales (b).

a) La création des ARS : agence déconcentrée de l'Etat

Avant la loi HPST du 21 juillet 2009, la santé, au niveau de l'Etat, était organisée grâce à des services déconcentrés à savoir : les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les

⁶ Loi précitée du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁷ Odilon Barrot, Homme d'Etat français, Président du Conseil entre 1848 – 1849 sous la présidence de Louis Napoléon Bonaparte

⁸ Loi du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République

agences régionales de l'hospitalisation. Il y avait également 4 autres organismes qui intervenaient dans le domaine de la santé (dont les CRAM). Les DDASS étaient implantées dans chaque département, entendu comme circonscription administrative de l'Etat. Elles étaient chargées de veiller au respect de l'hygiène et de la salubrité dans le département. Elles procédaient, notamment, à des contrôles et avaient la tutelle des hôpitaux. Ces délégations fonctionnaient grâce à des fonctionnaires de l'Etat, notamment des Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.

Elles étaient sous le contrôle du Préfet de région et avaient la mission de planification des établissements de santé et des hôpitaux. En 1996, les Ordonnances Juppé vont implanter dans chaque région une ARH qui sera chargée de la politique hospitalière.

Les DDASS et DRASS étaient maintenues malgré la création des ARH. Il y avait là une superposition d'administrations aux niveaux régional et départemental qui était couteuse et, qui plus est, n'était pas très efficace.

C'est au niveau du territoire régional que l'Etat va implanter de nouvelles autorités administratives le représentant afin de déployer de nouvelles compétences opérationnelles. Pour autant ces autorités seront dépourvues de toute autonomie et n'auront pas la personnalité morale. Une nouvelle fois, à aucun moment, une (pleine) décentralisation des compétences sanitaires n'est envisagée.

L'Agence régionale de santé, est créée par la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009. Les ARS ont hérité des compétences des ARH mais elles ont désormais des compétences plus larges dans le domaine de la santé (prévention, l'organisation des soins et médico-social, etc.).

L'ARS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif à échelle régionale. On confère à cette agence des « missions », des « attributions » et des « organes ». Les deux principaux organes sont : le directeur général de l'ARS (DGARS) qui est l'équivalent statutairement d'un préfet et politiquement d'un « ministre régional de la santé » ; et le conseil de surveillance de l'ARS.

Le Conseil de surveillance est composé de quatre collèges (représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers du système de santé) et est présidé par le Préfet de région. En plus d'attributions claires sur le fonctionnement de l'agence et le budget, le Conseil émet un avis sur le plan stratégique régional de santé (PSRS), avis qui ne lie pas le DGARS chargé de l'arrêter. Ainsi c'est le DGARS qui va, par arrêté, édicter le « projet général de santé ». Celui-ci comprend : le projet régional de santé (PRS), les 3 schémas régionaux de santé (sur la prévention, l'organisation des soins, le médico-social) et des programmes d'actions.

Hybrides quant à leur structure administrative et juridique, les Agences régionales de santé ont également dû s'adapter aux modifications de leur organisation et de leur implantation géographique liées à la loi NOTRe. Celle-ci, a introduit un bouleversement majeur concernant l'organisation du territoire de la République. Si cette loi ne concerne pas directement le fonctionnement des ARS, elle les touche forcément puisqu'une agence doit être implantée dans chaque région.

b) L'implantation géographique des ARS : le changement majeur de la loi NOTRe

Les réformes territoriales successives⁹, principalement l'acte III de la Décentralisation¹⁰ et en particulier la loi NOTRe apporte quelques changements à l'organisation des ARS.

Outre une nouvelle répartition des compétences territoriales, la loi NOTRe prévoit le passage de 22 à 13 régions. En effet, depuis un certain nombre d'années, les régions étaient critiquées pour leur taille insuffisante, leur nombre trop élevé et le fait qu'elles n'arrivaient pas à peser sur la scène internationale (notamment par rapport aux régions italiennes, allemandes et espagnoles). La nouvelle carte des régions comprend désormais 13 entités qui ont une taille « suffisante » si on les compare aux autres régions européennes.

⁹ Acte I de la décentralisation (de 1982 et 1983) : Lois Defferre qui décentralise la République française, plus spécifiquement : suppression de la tutelle sur les collectivités territoriales ; répartition des compétences par bloc ; transferts de compétences accompagnés d'une compensation financière.

Acte II de la décentralisation (de 2003 et 2007) : consolidation du mouvement de décentralisation avec une assise constitutionnelle ; consécration de l'autonomie financière des collectivités territoriales

¹⁰ Acte III de la décentralisation (de 2010 à aujourd'hui) : simplification du mouvement de décentralisation ; création des métropoles ; renforcement des coopérations intercommunales et des régions ; démocratisation des gouvernements locaux.

Nouvelles régions	Anciennes régions
Auvergne-Rhône-Alpes	Auvergne
	Rhône-Alpes
Bourgogne-Franche-Comté	Bourgogne
	Franche-Comté
Bretagne	Bretagne
Centre-Val de Loire	Centre Val de Loire
Corse	Corse
Grand Est	Alsace
	Champagne Ardenne
	Lorraine
Hauts-de-France	Nord Pas de Calais
	Picardie
Ile de France	Ile de France
Normandie	Basse-Normandie
	Haute-Normandie
Nouvelle Aquitaine	Poitou-Charentes
	Limousin
	Aquitaine
Occitanie	Midi-Pyrénées
	Languedoc-Roussillon
Pays de la Loire	Pays-de-la-Loire
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Provence-Alpes-Côte d'Azur

Chaque nouvelle région comptera une Agence, un directeur d'agence régional de santé et plusieurs délégations départementales.

Sur 22 anciennes régions (sans compter les DROM), plus de la moitié (14) ont dû fusionner avec d'autres régions. Seules les régions Bretagne, Centre-Val de Loire, Ile de France, Pays de la Loire et PACA sont restées inchangées. La délimitation de la région Corse n'a également pas changé, pour des raisons spatiales évidentes.

La difficulté, pour les ARS, a été d'harmoniser et de fusionner chaque document administratif, institutionnel (*cahiers des charges divers, projets régionaux de santé, chartes diverses, etc*). Les anciennes régions qui ont fusionné, malgré une proximité géographique, n'avaient pas nécessairement les mêmes problématiques de santé publique. Si pour certaines, le changement n'a pas été synonyme de difficulté, d'autres, au contraire, ont estimé que les différences territoriales, sociales, culturelles étaient telles qu'une fusion n'apparaissait pas pertinente.

A titre d'illustration¹¹, il apparaît que pour l'ARS Normandie (fusion de l'ancienne ARS Basse-Normandie et l'ancienne ARS Haute-Normandie) la fusion n'a pas été source de tension. Les spécificités territoriales étaient relativement similaires entre les deux ex-régions. A contrario, pour l'ARS Grand-Est, la fusion de trois ex-régions a été extrêmement difficile. Cela pour trois principales raisons :

- D'abord, entre Reims (ancien siège de l'ARS Champagne Ardenne) et Strasbourg (ancien siège de l'ARS Alsace), il y a plus de 350km alors même que Reims se situe à moins de 150 km de Paris. Dès lors, certains n'ont pas compris la fusion de territoires aussi éloignés géographiquement.

¹¹ Informations obtenues lors de l'enquête de terrain (exposée en Partie 2), sur des questions autres que celles de la grille d'entretien initiale

- Ensuite, (et la seconde raison est intimement liée à la première) ces deux ex-régions ne sont pas du tout assimilables. Les problématiques de santé publique, les contextes économiques, sociaux sont tout à fait différents.
- Enfin et, peut-être, surtout, existe en Alsace-Moselle un régime spécifique d'assurance maladie (reliquat de l'occupation allemande) offrant un meilleur remboursement des soins¹².

Pour toutes ces raisons, la fusion a été (est) particulièrement difficile dans cette région.

Didier TABUTEAU, en 2010, écrivait que l'autonomie des ARS allait être très mesurée. Il l'expliquait par une gestion quotidienne difficile liée « (...) *au partage des compétences entre leurs directeurs généraux et les préfets* »¹³.

En effet, le fonctionnement ambivalent des ARS ne leur permet pas une totale liberté d'action sur leur territoire. S'y ajoute le poids de plus en plus important des collectivités territoriales. Aborder ce sujet est justifié par la place importante des collectivités territoriales dans l'organisation de l'offre de soins primaires.

1.2 LA SANTE PUBLIQUE ET LES COLLECTIVITES LOCALES : UNE DECENTRALISATION DE FAIT ?

La décentralisation est un processus d'aménagement de l'Etat unitaire qui consiste à transférer des compétences administratives vers des entités distinctes de lui. Les collectivités locales ont appréhendé la politique de santé publique comme un enjeu majeur sur leur territoire (1.2.1), et ont développé des compétences dans le développement des structures de santé (1.2.2).

1.2.1 LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, UN ENJEU POUR LES COLLECTIVITES LOCALES

La santé publique, initialement politique sectorielle et centralisée, s'est engagée dans une mutation majeure : elle devient intersectorielle, se territorialise et s'organise autour du « fait local ». La politique territoriale de la santé doit ainsi être comprise comme un mode d'organisation de l'ensemble des actions qui peuvent être menées au niveau de

¹² Par une décision QPC, Société Somodia du 5 août 2011, se pose la question de la conformité à la Constitution de l'existence d'un droit local propre au Bas-Rhin, au Haut-Rhin et à la Moselle. Le Conseil constitutionnel a déclaré que les dispositions législatives et réglementaires particulières à ces départements sont des Principes Fondamentaux Reconnus par les Lois de la République (PFRLR)

¹³ Didier TABUTEAU, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! »

l'Etat et des autorités locales pour promouvoir la santé sur l'ensemble des territoires composant le pays. Ces actions permettent surtout de « *compenser les inégalités qui résultent des politiques macroéconomiques ou sectorielles en ajoutant une dimension spécifique qui est celle de la synthèse des aspects économiques, sociaux et environnementaux* »¹⁴.

La santé publique revêt un caractère nécessairement politique et la territorialisation de la santé n'a fait qu'accentuer cette politisation. Le traitement territorial de la santé est primordial pour les élus locaux. Il leur permet d'intervenir directement sur les déterminants de la santé en s'appuyant sur leur proximité avec la population. Or force est de constater que si la proximité peut apparaître comme un avantage indéniable pour mettre en œuvre au mieux la politique de santé publique, il est évident que les élus locaux peuvent être tentés de s'approprier la politique de santé publique « *à des fins de légitimation dans les lieux du politique* »¹⁵.

Bien que la loi du 9 août 2004 centralise les compétences au niveau étatique, elle prévoit toutefois de réduire les disparités régionales en matière de santé en laissant une marge de manœuvre considérable aux collectivités¹⁶.

Avec les lois de décentralisation (1982, 1983), le département était la collectivité locale qui bénéficiait de nombreuses compétences dans le champ de la santé et du social. La région, elle, a longtemps été le « parent pauvre ». Cela a grandement évolué depuis 2004, où la région a acquis de nombreuses compétences. Les communes quant à elles ont des compétences historiques.

1.2.2 LES COMPETENCES SANITAIRES DES COLLECTIVITES LOCALES

Il apparaît intéressant de détailler davantage les compétences des communes (a) et des régions (b) en matière de santé sous le prisme du développement de l'offre ambulatoire. Ce qui est notable c'est que les collectivités locales ont une place importante dans le déploiement des structures de santé et notamment des maisons de santé pluriprofessionnelles.

¹⁴ INS-Med.org, « La nécessaire territorialisation des politiques publiques »,

¹⁵ Carole CLAVIER, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux »

¹⁶ Personne juridique qui a une compétence sur une portion du territoire national et qui est administré par des organes élus au suffrage universel direct (article 72 de la Constitution)

a) *Les communes : en première ligne dans l'implantation des structures d'exercices coordonnés*

De tout temps, les communes ont organisé et géré des services communaux d'hygiène et de santé (dispensaire municipal). En fonction des besoins, les services pouvaient être complétés par des cabinets municipaux avec des professionnels de santé rémunérés par la commune. En 1964, le Conseil d'Etat rend un arrêt fondateur concernant la création de structures sanitaires municipales¹⁷ dans la ville de Nanterre. Deux conditions cumulatives sont nécessaires pour instaurer un service municipal : une carence de l'initiative privée et un intérêt public à satisfaire. Les cabinets privés dans cette ville pratiquaient des tarifs de consultation extrêmement élevés, un cabinet dentaire municipal avait donc été installé. Avec la généralisation des conventionnements permis par la loi de 1971, cette question ne se pose plus. Ce cas n'en reste pas moins intéressant, il montre déjà la réelle implication des acteurs locaux dans les structures de soins au sein de leur commune.

Depuis quelques années, la question de l'implantation de services municipaux se pose à nouveau, cette fois pour une autre raison : la désertification médicale de certaines zones en France. Dans ces zones fragilisées, les élus locaux vont travailler avec acharnement pour faire venir un médecin libéral ou recruter un médecin territorial. Le législateur, qui ne souhaite pas imposer le contrôle des installations médicales, prévoit que les communes peuvent attribuer des aides pour faire venir un médecin¹⁸ :

- En premier lieu, elles ont la possibilité d'octroyer des aides matérielles c'est-à-dire mettre à disposition du médecin un local pour installer son cabinet à titre gracieux ou moyennant un faible loyer.
- Ensuite, depuis la loi Bachelot de 2009, le législateur autorise le financement des études de Médecine par un « contrat d'engagement de service public ». Par ce contrat les étudiants s'engagent à donner 5 années d'exercice pour pratiquer dans une zone désertique en contrepartie du financement de leurs études (via une bourse d'étude) et d'une rémunération pendant ces 5 années.
- Cela peut enfin passer par la création d'une « maison de santé pluridisciplinaire ».

¹⁷ Conseil d'Etat, Section, 20 novembre 1964, Ville de Nanterre, requête numéro 57435, rec. P. 562 : Un cabinet municipal dentaire est créé avec une rémunération des professionnels de santé par la commune. Les dentistes libéraux installés aux alentours saisissent la justice invoquant l'atteinte à la liberté d'entreprendre. Une concurrence déloyale est née avec la création de ce cabinet municipal puisque les prix sont plus bas que chez les dentistes libéraux. Il n'existe pas à l'époque de conventionnement médical, ainsi le maire de la commune estime que les honoraires sont beaucoup trop élevés pour une grande partie de la population de sa commune

¹⁸ Loi du 23 février 2005 relative au développement dans les territoires ruraux

Depuis 2004, les régions, en tant qu'autorités décentralisées de l'Etat, sont également en mesure de participer au financement des structures d'exercice coordonné.

b) *Les régions : en mesure de participer au financement des structures d'exercices coordonnés*

Afin de pallier aux conséquences de la baisse de la démographie médicale, la région est désormais en mesure d'activer tous les leviers à sa disposition en matière de formations sanitaires et sociales et d'aménagement du territoire.

La loi de 2004 permet aux régions de participer au financement des équipements sanitaires. Au départ, avant l'émergence des Maisons de santé pluriprofessionnelles, elles participaient à l'installation de « Maisons régionales de santé ».

Depuis l'émergence des maisons de santé pluriprofessionnelles, les régions (Conseil régional) soutiennent de façon très volontariste le déploiement de ces structures, principalement par le financement de l'immobilier via des subventions conséquentes.

Ainsi la région Centre-Val-de-Loire aide fortement au déploiement de MSP sur son territoire « *en co-financement de l'Etat dans le cadre du CPER et en partenariat avec l'Agence régionale de santé* ». La région a ainsi participé au financement de 77 structures d'exercice regroupé en investissant au total 19 millions d'euros pour la région¹⁹.

Les collectivités territoriales acquièrent de droit et de fait de nombreuses compétences et disposent d'une liberté d'action importante. Elles font partie intégrante de la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Chaque entité (qu'elle soit administrative de l'Etat ou décentralisée) va jouer un rôle important dans le développement des structures d'exercice coordonné. Surtout, les politiques d'accompagnement des ARS doivent nécessairement composer avec ces entités décentralisées (collectivités locales). La relation n'est donc pas bipartite, comme on pourrait aisément l'imaginer, entre l'ARS et les professionnels de santé mais elle est tripartite et intègre pleinement les collectivités territoriales.

¹⁹ Projet en Centre Val de Loire – Hippocrate Développement

2 LE CHANGEMENT DE PARADIGME : L'EMERGENCE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES

L'évolution culturelle et sociétale nécessite de penser l'offre de soins ambulatoire autrement, en développant la coordination (2.1) grâce à la création de Maisons de santé pluriprofessionnelles. Celles-ci sont novatrices et garantissent aux acteurs de santé qui les intègrent un exercice pleinement libéral (2.2).

2.1 ÉVOLUTION CULTURELLE ET SOCIETALE : LA NECESSITE DE DEVELOPPER LA COORDINATION

La Maison de santé pluriprofessionnelle est un concept émergent qui est à définir (2.1.1). Ce nouveau concept est un réel changement pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics (2.1.2)

2.1.1 LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES, DEFINITION D'UN CONCEPT EMERGENT

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » introduit la notion de « Maison de santé pluriprofessionnelle » à l'article L 6323-3 du Code de la santé publique. Cette consécration législative permet à une équipe de professionnels de santé de travailler de façon coordonnée autour d'un projet de santé commun.

Il est à noter qu'il n'y a pas de réelle labellisation de la structure « Maison de santé pluriprofessionnelle ».

En fait, c'est à partir de 2006 que l'expression commence à être utilisée. S'inspirant d'expériences comme celle des unités sanitaires de base de Saint-Nazaire des années 1980²⁰, les professionnels de santé souhaitent développer dans ces nouvelles maisons de santé un travail coordonné entre professionnels de premier recours, afin de mieux prendre en charge la santé de la population. Le terme connaît un succès rapide, après avoir été repris dans le rapport du sénateur Juilhard sur l'offre de soins en octobre 2007. Il définit une maison de santé comme « *la volonté des professionnels de santé de rompre avec un exercice isolé et par la nécessité de créer des synergies dans les zones les plus fragiles* ».

²⁰ Pierre de Haas, « *Monter et faire vivre une maison de santé* »

Peu après, cette dénomination est inscrite dans le Code de la Santé publique à l'article L 6323-3 grâce à la Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) du 19 décembre 2007.

Historiquement, la pratique médicale libérale était essentiellement individuelle avec une rémunération exclusivement à l'acte. Cette organisation ne prêtait pas réellement à des relations continues d'échanges d'information et des décisions concertées entre professionnels de santé. Il apparaît, à la lecture d'ouvrages, que le système tel qu'il était structuré était efficace pour la prise en charge des maladies aiguës, d'une durée limitée, qui n'exigeaient pas la coordination des interventions des professionnels. (Huard et Schaller, 2010)

Une maison de santé va permettre de faire un lien entre la relation duelle patient - professionnel de santé et les politiques de santé publique (prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique, ...). Ainsi ces maisons de santé pluriprofessionnelles « *doivent donc contribuer à modifier et à élargir le paysage des soins de premier recours et ont vocation à aller au-delà d'une simple association de professionnels coopérant pour des actions sanitaires et préventives, pour intégrer une dimension sociale via une coordination territorialisée des soins* ». Le législateur a prévu, dans la création des MSP, une indemnisation forfaitaire à destination des professionnels de santé. Au départ simple expérimentation (ENMR par l'article 44 de la LFSS), cette indemnisation trouve aujourd'hui son fondement dans un Accord²¹. Cette somme intervient en complément de la rémunération à l'acte des professionnels de santé.

Ce concept est une évolution pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics.

²¹ Accord Conventionnel interprofessionnel, détaillé ci-après

2.1.2 UNE EVOLUTION POUR LES PATIENTS, LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES POUVOIRS PUBLICS

« L'exercice en MSP cherche ainsi à instaurer des « réseaux » tripartites de type « PPP » (Praticiens, Patients, Pouvoirs publics)²².

Ces auteurs expriment que le dispositif d'exercice coordonné est un modèle qui va permettre la réponse à un besoin²³ pour les patients (a), les professionnels de santé (b), les pouvoirs publics (c).

a) *Une évolution pour les patients*

Parce que le socle d'une Maison de santé se situe dans la pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité, les patients vont bénéficier d'une prise en charge globale. Ces structures redonnent aux patients une place centrale dans le parcours de soins. Pour le patient, il s'agit là d'une évolution nécessairement positive dès lors que tous les professionnels de santé sont regroupés au sein d'un même lieu. S'ils ne sont pas physiquement au même endroit (cas d'une MSP multi-site), le partage du projet de santé commun permet tout de même une prise en charge coordonnée par le biais du système d'information par exemple. Dans un souci d'efficacité et d'optimisation de la prise en charge, il apparait évident que celle-ci est plus rapide dès lors que les professionnels de santé se connaissent entre eux et partagent une même conception de la prise en soins du patient.

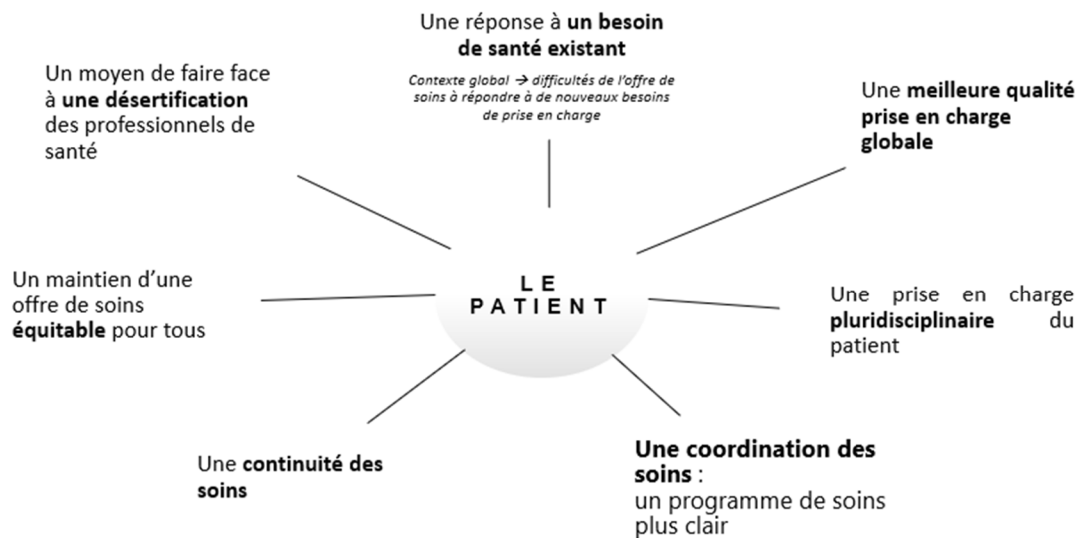
Enfin, outre l'aspect purement médical et l'avantage d'une prise en charge globalisée, le patient dispose également, grâce à l'exercice coordonné, du bénéfice des actions de prévention, de promotion de la santé, mais également de l'éducation thérapeutique. Le patient est davantage écouté et entendu, cela lui permet de devenir un patient autonome et acteur de son parcours de soin.

²² Jihane SEBAI, Fatima YATIM, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire »,

²³ « Les MSP figurent en première place et se situent à la confluence de trois processus complémentaires :

- *Mouvement largement engagé par les MG de regroupement de leur activité au sein de maisons, centres ou de pôles de santé,*
- *Une réflexion des élus régionaux sur l'aménagement du territoire en santé, avec la préoccupation des logiques de prévention, de soins de premier recours et de continuité entre offre ambulatoire et système hospitalier*
- *Une réorganisation nécessaire de l'offre de soins au vu, d'une part des contraintes de la médecine et des pathologies modernes, et d'autre part des effets induits par la baisse anticipée de la démographie médicale ».*

Une maison de santé pluriprofessionnelle pour le patient :



b) *Une évolution du côté des professionnels de santé*

Tous les professionnels de santé libéraux sont confrontés à une difficulté croissante dans leur métier. Cette complexité est liée à plusieurs réalités : augmentation des patients souffrant de polyopathologies, poids de la gestion administrative de l'activité, nouveaux systèmes d'information et exigence de qualité des soins de la part des autorités sanitaires. Pour répondre à ces nouvelles problématiques, les professionnels de santé doivent travailler et s'organiser différemment. C'est ainsi que les structures d'exercices coordonnés sont apparues être une réponse efficace aux nouveaux besoins. Les professionnels peuvent se coordonner, mutualiser leurs moyens et se recentrer sur le cœur de métier. Ainsi la qualité des soins distribués est améliorée ; cela, en permettant aux professionnels de garder leur mode d'exercice libéral. Les MSP sont fortement encouragées par de nombreux professionnels qui y ont exercé ou y exerce car elles permettent de pérenniser et de soutenir des initiatives individuelles et collectives hétérogènes développées localement pour répondre aux besoins des patients et des professionnels.

Une maison de santé pluriprofessionnelle pour les professionnels de santé :



Selon Lamarche (2008), les médecins y voient un moyen « *d'obtenir des conditions qui améliorent leur pratique et facilitent leur vie professionnelle, bien que cela soit accompagné d'une certaine perte d'autonomie* ». En effet, il ne faut pas appréhender l'émergence des structures coordonnées comme une évidence de principe parce que « *mener de tels projets ne va pas de soi pour des professionnels libéraux que leur formation n'a pas préparés à ce mode d'exercice* ». La réalité du terrain montre que l'appropriation de ce nouveau fonctionnement, de ces nouveaux outils est parfois extrêmement difficile pour les professionnels de santé libéraux. C'est une évolution majeure dans l'exercice.

c) *Une évolution du côté des pouvoirs publics*

Les MSP sont fortement promues par les pouvoirs publics. D'abord, les autorités déconcentrées de l'Etat et notamment les ARS mettent en œuvre des moyens importants pour promouvoir les structures d'exercices coordonnés. Ces moyens peuvent être financiers, humains, matériels.

De plus, la prévention, l'éducation à la santé, la sensibilisation aux campagnes de dépistage nationales viennent renforcer l'efficacité des plans de santé nationaux.

Du côté des autorités décentralisées, les communes, par le biais de leurs élus locaux, sont souvent interpellées par leurs administrés lorsque la densité de professionnels de santé sur leur territoire devient trop faible pour répondre aux besoins de la population. Ainsi, et même si l'organisation des soins n'est pas leur mission première, *« ils s'intéressent à juste titre aux maisons de santé, les regroupements de professionnels constituant une solution pertinente pour fixer un lieu d'accès aux soins sur un territoire »*.

Le Docteur Pierre de Haas précise, en outre, que depuis plusieurs années, des projets menés avec les professionnels de santé ont permis de maintenir, voire de développer l'offre de soins dans des territoires fragiles. Toutefois, encore une fois, il convient de préciser que l'exercice est difficile : la santé n'est pas un domaine d'intervention familier pour les collectivités territoriales et les professionnels libéraux ont une culture, un cadre d'exercice et des contraintes bien particuliers.

La région et le département, par le biais de multiples subventions, interviennent eux aussi de façon importante sur le développement des MSP.

2.2 LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UN SYSTEME HYBRIDE

Les Maisons de santé pluriprofessionnelle, dans leurs organisations comme dans leurs gouvernances, s'inspirent grandement de l'étranger (2.2.1). Pour autant la France marque son empreinte en maintenant un caractère libéral fort à l'intérieur de cette structure (2.2.2).

2.2.1 LES STRUCTURES COMMUNES A L'ETRANGER : UNE INSPIRATION POUR LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS

Dans les années 1990, c'est aux Etats-Unis que se développent les maisons médicales centrées sur le patient (patient-centered medical home – PCMH-) pour pallier au fait que les Américains estiment ne pas recevoir des soins suffisamment adaptés²⁴. Surtout, selon eux, l'organisation traditionnelle de la médecine permet la prise en charge des affections aiguës et non des pathologies chroniques. La médecine se doit d'être davantage « proactive ». C'est donc à partir de ce postulat qu'est apparu un nouveau schéma d'organisation des soins dans les pays anglo-saxons : le « chronic care model ». Ainsi, selon ce modèle, la prise en charge des maladies chroniques doit s'organiser autour de 6 composantes :

- Posséder des ressources « communautaires » : par exemple mobiliser des groupes de malades, avoir à disposition des structures d'éducation thérapeutique pour le patient, etc.
- Développer le concept de « qualité » : dès lors, « *la qualité de la prise en charge doit être valorisée, des incitations à la qualité doivent être adressées aux professionnels de santé* » ;
- Rendre les patients autonomes et acteurs de leur prise en soins.
- S'organiser en équipe avec une répartition claire des tâches.
- Planifier les soins autour de protocoles « formalisés scientifiquement ».
- Disposer d'un système informatisé : suivi d'indicateurs de résultats, dispositif d'alerte, gestion du rappel des patients.

La conception PCMH (Patient-centered medical home) apparait comme la mise en œuvre effective de ces composantes. Force est de constater que les composantes précitées rappellent sans équivoque le concept de Maison de santé pluriprofessionnelle.

²⁴ Pierre-Louis BRAS, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis »,

L'inspiration étrangère est grande mais, comme à l'accoutumée, il n'y a pas de transposition exacte. La liberté d'installation, le paiement à l'acte, l'arrivée tardive d'une organisation territoriale des soins primaires sont autant de facteurs qui font la spécificité du modèle français et interrogent le modèle organisationnel des MSP.

2.2.2 L'AMBIVALENCE FRANÇAISE : LE MAINTIEN DU CARACTERE LIBERAL DE L'EXERCICE

Toute la particularité du modèle français se situe dans le caractère libéral de l'exercice des professionnels de santé. Ce caractère libéral, fortement ancré dans le paysage ambulatoire, semble intouchable et résiste très clairement à la régulation souhaitée du système de santé. En fait, le système de santé ambulatoire doit s'organiser de manière à articuler d'une part la liberté des professionnels de santé (de l'installation à la prescription) avec d'autre part les contraintes contractuelles d'ordre social (sécurité sociale) et d'ordre territorial (ARS). *« Les cadrages législatifs successifs témoignent ainsi des enjeux politiques qui sous-tendent les configurations organisationnelles des MSP, par différenciation par rapport à l'exercice individuel en libéral d'une part, et par rapport aux autres structures de coordination d'autre part ».*

L'exercice libéral et individuel des professionnels de santé est ancré dans notre société. Ainsi, que tous les professionnels de santé libéraux aillent dans des structures d'exercice coordonné n'est pas une évidence absolue. Il faut noter la réticence des professionnels à s'engager pleinement dans ce type de structure. Les appréhensions sont nombreuses pour ceux qui n'y sont pas mais également pour ceux qui y sont.

Malgré cela, les pouvoirs publics y croient fortement. L'intérêt est de sauver l'offre de soins de ville et l'organiser au mieux de manière à éviter un sur-engorgement des hôpitaux. Le Président Emmanuel Macron a, lors de la dernière campagne présidentielle, prévu l'augmentation du nombre de MSP d'ici à 2022. Le 6 septembre 2017, Edouard Philippe et Agnès Buzyn prévoient de doubler ce nombre.

Cette structure, aussi novatrice soit-elle, nécessite pour les professionnels de santé un accompagnement pour sa mise en œuvre. Celui-ci, prévu et pensé par les Agences régionales de santé diffère selon les régions.

PARTIE 2 : LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DES ARS : ENQUETE SUR LES DIFFERENTS NIVEAUX D'ACCOMPAGNEMENT

Dans le cadre de ce mémoire, treize ARS ont été sollicitées afin de réaliser un entretien physique ou téléphonique d'environ 1h30. Une grille d'entretien (annexe 1) a été réalisée préalablement dans le but d'avoir une structuration homogène et permettre une approche comparative la plus rigoureuse possible.

Sur ces treize ARS, huit ont répondu positivement :

- Sept entretiens ont été réalisés par téléphone avec : l'ARS Centre Val de Loire, l'ARS Ile-de-France, l'ARS Normandie, l'ARS Occitanie, l'ARS Pays-de-la-Loire, l'ARS Nouvelle Aquitaine, l'ARS Grand Est.
- Un entretien a été réalisé directement au siège de l'ARS Bretagne à Rennes.

En parallèle, et pour permettre d'avoir une vision de terrain des politiques d'accompagnement, deux entretiens ont été réalisés avec des coordonateurs de MSP ayant travaillé au contact des ARS Hauts-de-France, Ile-de-France et Normandie. Une grille d'entretien (annexe 2) avait également été réalisée au préalable.

L'objectif était d'avoir un aperçu réel des différents accompagnements proposés par chaque ARS et leur organisation concernant le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ainsi les questions étaient axées sur :

- L'organisation du service concerné par les soins de premier recours
- Les politiques d'accompagnement de la région, à savoir :
 - o Les qualifications sémantiques des projets de MSP
 - o Le démarrage du projet
 - o L'accompagnement du projet de santé
 - o L'accompagnement à la mise en œuvre des actions
 - o Le suivi du projet par le service compétent à l'ARS
- L'organisation de l'offre de soins du territoire

A l'issue des entretiens, il est apparu que les politiques d'accompagnement suivent la même logique. Certaines règles, puisque déterminées par la loi, sont communes à chaque ARS (1), cependant il existe des différences de degré d'accompagnement et des différences dans l'acception même de la notion d'accompagnement selon les régions (2).

1 DES SIMILITUDES IMPORTANTES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE : LES REGLES COMMUNES DES ARS

L'organisation des services, s'agissant de l'exercice coordonné est, sous couvert de termes différents, sensiblement la même selon les ARS (1.1). Par ailleurs, les règles inhérentes à la vie en maison de santé pluriprofessionnelle sont connues des ARS et similaires dans chaque région (1.2). De plus, même si des différences sémantiques existent, les types d'accompagnement des ARS renvoient aux mêmes enjeux et objectifs (1.3).

1.1 L'ORGANISATION DU SERVICE : UN SIEGE ET DES DELEGATIONS DEPARTEMENTALES

L'organisation générale des services est commune à toutes les ARS interrogées. Chaque ARS dispose d'un siège et de plusieurs délégations départementales. Dans chaque siège, il y a des « pôles », des « directions-métier », des « directions » des « unités » spécialisés dans les « soins de villes », « soins de premiers recours », « soins de proximité ».

De manière tout à fait générale, toutes les ARS expriment qu'il y a un travail théorique de « politique stratégique » au siège sur l'accompagnement des structures d'exercices coordonnés. Certains concèdent même que ce travail est « assez éloigné de la réalité du terrain » (ARS Normandie). Les délégations départementales profitent d'un avantage de proximité géographique qui leur permet de travailler et de connaître les équipes de manière plus approfondie.

Ainsi au sein de l'ARS Grand-Est, concernant ces délégations départementales, il y a une volonté importante du Directeur général de l'Agence de « *redonner du poids aux délégations territoriales sur le sujet des MSP* ». Les délégations territoriales sont donc en première ligne pour « *accompagner les projets, porter les projets et même susciter des réflexions sur l'exercice coordonné* ». L'ARS Normandie emploie les mêmes termes s'agissant des délégations départementales en disant qu'elles sont en « *première ligne pour obtenir des contacts pour les futurs projets* ».

Les ARS interrogées bénéficient d'un ou deux référents ambulatoires par délégation départementale qui sont chargés, en tout ou partie, du développement et de l'accompagnement des SEC.

Si l'appellation est différente selon les ARS, toutes les structures revêtent la même organisation.

1.2 LA CONCEPTION D'UNE MSP ET LES REGLES DE VALIDATION SINE QUA NON POUR LES ARS

En ce qui concerne la création de Maisons de santé pluriprofessionnelles, il y a évidemment des règles communes à toutes les ARS. L'objectif est, in fine, l'attribution d'un numéro FINESS pour la structure, qui actera de la validation du projet de santé. Pour cela, il convient de respecter certaines conditions :

- Une équipe professionnelle et la formalisation d'un projet de santé (1.2.1)
- Une coordination au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle (1.2.2)
- Le cas échéant, adhérer à l'Accord conventionnel interprofessionnel, pour obtenir la rémunération d'équipe (1.2.3)

1.2.1 UNE EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE ET LA FORMALISATION DU PROJET DE SANTE

Une Maison de santé pluriprofessionnelle doit être composée, à minima, de deux médecins et d'un professionnel de santé paramédical²⁵. Il ressort des différentes discussions que cette exigence est finalement trop faible. En effet les différents interlocuteurs jugent difficile, avec ce nombre, d'assurer une réelle continuité et permanence des soins. Pour autant, toutes les ARS tiennent compte, pour valider un projet, de ce minimum.

L'équipe doit, en outre, partager un projet de santé commun. Chaque ARS demande que toutes les maisons de santé élaborent un projet de santé qui témoigne d'un exercice coordonné. Ce projet, qui doit être signé par l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre, constitue un élément fortement fédérateur entre les professionnels. Ce document va formaliser l'organisation de la continuité des soins au sein de la structure, le partage d'information pour une prise en charge coordonnée des patients mais également l'organisation de la concertation entre les professionnels, l'accueil d'étudiants et la contribution à la formation professionnelle. Un cahier des charges national

²⁵Exigence du cahier des charges nationales issues de la circulaire du 27 juillet 2010

en date du 27 juillet 2010²⁶ détaille les points importants qui doivent figurer dans un projet de santé. Il ressort des discussions avec les différentes ARS que le projet de santé doit permettre à l'équipe de mettre en valeur les relations existantes entre les professionnels, de favoriser une organisation commune et harmonieuse, de promouvoir des moyens pour partager des informations dans le cadre de la prise en charge des patients, dans le respect du secret médical mais également d'envisager des actions communes en lien avec des sujets de santé (prévention, éducation, formation...). Ainsi l'ARS Ile-de-France précise que *« le projet de santé doit relater explicitement et exactement la manière dont compte s'organiser l'équipe. Cela doit être très précis et au plus proche de la réalité »*.

Ce sont les professionnels eux-mêmes qui sont au cœur de la démarche car ils ont la meilleure connaissance du territoire, de son offre de soins, de ses patients et de leurs besoins. Tous les projets de santé, une fois élaborés, sont transmis à l'ARS qui va examiner leur contenu et décider de leur validation. Dès que le projet est effectivement validé, la maison de santé se verra attribuer un numéro FINESS et sera inscrite sur l'Observatoire National des maisons de santé.

Il apparaît que la constitution en association loi 1901, structure juridique la plus souple et la moins couteuse qui permet de regrouper plusieurs personnes, volontairement réunies autour d'un projet commun ou partageant des activités sans chercher à partager des bénéfices, est indispensable pour présenter le projet de santé à l'ARS et se faire connaître comme Maison de santé pluriprofessionnelle. En effet, et plus généralement, l'association permet de constituer une personne morale qui pourra être l'interlocuteur unique de potentiels partenaires financiers, d'institutions politiques diverses. Cette condition est valable pour toutes les ARS.

Pour toutes les ARS, créer une association c'est aussi la preuve de la capacité des membres d'une équipe à s'organiser ensemble, se fédérer et cela témoigne de l'envie de l'équipe de vouloir pérenniser le projet de santé.

1.2.2 LA COORDINATION AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE

La coordination au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle peut revêtir différentes formes.

Le système d'information partagé est un des gages du travail en coordination entre les professionnels de santé intégrés dans le projet. Que la maison de santé soit mono ou multisites, c'est un instrument qui permettra à ses membres d'échanger autour du patient,

²⁶http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

de se coordonner efficacement et de mettre en œuvre effectivement le projet de santé tel que pensé à la genèse du projet. Ce logiciel adapté à l'exercice pluriprofessionnel remplace les logiciels individuels utilisés par les professionnels. Le logiciel doit être labellisé ASIP, label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé », mis en place en 2012 qui atteste que la solution logicielle est conforme au référentiel fonctionnel en vigueur à la date du label. Le label a évolué au fil des années, le dernier en date étant celui de 2016. Pour les ARS, ce label aide les professionnels de santé à identifier les logiciels adaptés et à faire un choix libre et éclairé. Il atteste du respect de la confidentialité des données et du fait que le logiciel est configuré de manière à respecter le secret médical et les volontés des patients. Les logiciels labellisés peuvent être paramétrés à mesure du degré de partage nécessaire et souhaité par les membres de l'équipe.

Mais la coordination passe aussi et surtout par une organisation spécifique sur les sites. En effet, la gestion courante inhérente à une maison de santé pluriprofessionnelle nécessite un bon cadrage initial et la mise en place d'une gouvernance claire pour que toute l'équipe se retrouve dans le fonctionnement de la structure. En effet, la gestion de l'immobilier, l'administration des structures juridiques, l'organisation des temps de concertation, l'aspect « Relations humaines », le ménage, l'achat de fournitures, etc. sont autant de missions importantes dont l'organisation se doit d'être anticipée. Il n'y a pas de modèle unique qui peut se calquer à toutes les structures. Chaque maison de santé est garante de son propre fonctionnement : parfois un ou plusieurs professionnel(s) de santé dégage(nt) du temps pour assurer ces tâches logistiques et administratives ; d'autre fois, ils font le choix de déléguer ces tâches à une société de service ; enfin la partie de gestion de la structure et d'animation des équipes peut être affectée à un professionnel dédié appelé coordonnateur. Ces différentes possibilités peuvent coexister dans des organisations pour lesquelles les professionnels ont toute liberté.

Les ARS se sont engagées massivement dans la formation PACTE qui permet de favoriser la « professionnalisation » de la coordination au sein des MSP en généralisant la formation de coordonnateur (ARS Grand-Est, Bretagne, NA, Occitanie, etc.). Il s'agit d'une formation pilotée par l'EHESP et initiée en partenariat avec la HAS au niveau national. Les ARS financent le projet et portent la formation dans les régions. Il s'agit, grâce à cette formation, d'accompagner le développement des exercices coordonnés. En Nouvelle-Aquitaine, cette formation semble être un atout indéniable, pleinement valorisée par l'ARS. « *Cette formation vise notamment à soutenir l'émergence de coordonnateurs au sein des équipes de soins primaires, en appui aux professionnels de santé « leader », favoriser les pratiques pluriprofessionnelles et l'amélioration du service rendu aux patients* ». C'est une formation, financée par les ARS qui choisissent d'y participer, qui dure 2 ans « avec 3 à 4

séminaires. Entre les séminaires, il y a une mise en pratique des outils au sein de leur MSP ». L'ARS Occitanie précise que cette formation a deux finalités : « Acquérir des compétences sur un nouveau métier » et « créer une dynamique autour des MSP ».

Commence à émerger l'idée d'une formation à destination des « Leader » de MSP. En effet, les professionnels de l'ARS Occitanie expose qu'il est compliqué « *de former des coordonnateurs sans former des leaders. Les choses sont complémentaires donc on commence à s'interroger sur la formation des leaders* ».

1.2.3 L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL POUR UNE REMUNERATION D'EQUIPE

Les Nouveaux modes de rémunération (NMR) ont été mis en place de manière expérimentale en 2010 pour une durée de trois ans. L'idée initiale était que la rémunération des professionnels de santé libéraux français reposait quasi-exclusivement sur les actes réalisés et ne permettait pas de favoriser le développement du travail en équipe, des actes de prévention et de promotion de la santé ni la réalisation d'actions de santé publique. Cette enveloppe forfaitaire avait pour ambition de valoriser le développement de l'exercice coordonné. Par la suite un arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité a vu le jour. Ce règlement a permis de pérenniser le dispositif expérimental. Enfin, l'arrêté du 24 juillet 2017 met fin au règlement arbitral (RA) et le remplace par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Il semblerait, selon un des coordonnateurs rencontrés lors d'un entretien, que le règlement arbitral est né alors même qu'il y avait une divergence de point de vue entre les URPS et les instances (CPAM, ARS). Le texte du règlement arbitral prévoyait des conditions précises extrêmement strictes. De ce fait, les équipes ne souhaitaient pas s'engager dans ce dispositif qui leur paraissait trop contraignant. L'évolution, avec l'ACI, est positive. Les critères sont plus souples et relativement modulables. Un des coordonnateurs de maison de santé pluriprofessionnelle interrogé expose un exemple concret :

- Avec le règlement arbitral : les équipes devaient respecter un critère d'amplitude horaires strict à savoir une ouverture de 8h à 20h du lundi au vendredi, le samedi matin de 8h à 12h et durant les congés scolaires.

- Avec l'Accord Conventionnel Interprofessionnel : l'amplitude horaire idéale reste la même. Mais la nuance, non négligeable, est que si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de ce temps, il y aura seulement une minoration de l'enveloppe.

Selon lui, la souplesse acquise avec l'ACI montre « *un réel engagement des instances et des politiques plus généralement d'aider financièrement les équipes à se constituer en MSP* ».

Dès lors qu'une MSP est reconnue sur la base de son projet de santé présenté à l'ARS et qu'elle répond aux critères de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de 2017, elle peut prétendre à percevoir une rémunération annuelle pour la mise en œuvre de son projet de santé. Pour adhérer à l'ACI, une MSP doit répondre, au minimum, à trois conditions :

- Une amplitude d'ouverture de la structure d'au moins 8 heures par jour et l'assurance de la continuité des soins ;
- Un système d'information partagé labélisé par l'ASIP Santé utilisé par les membres de la MSP ;
- Une fonction de coordination bien organisée avec un ou des référent(s) identifiés.

Dès lors qu'une MSP remplit ces 3 conditions de manière cumulative, elle peut contractualiser, dans une démarche volontaire et non obligatoire, avec l'ARS et la CPAM pour percevoir la rémunération d'équipe.

Afin de pouvoir percevoir et gérer cette rémunération d'équipe, la MSP va devoir créer une Société Interprofessionnel de Soins Ambulatoires (SISA). C'est donc la SISA qui, en tant que personne morale, contractualise avec la CPAM et l'ARS. La rémunération d'équipe perçue par la SISA est utilisée pour financer les charges et le temps nécessaire à la coordination et à la mise en œuvre du projet comme, à titre d'exemple : les abonnements au système d'information partagé, les loyers des locaux utilisés pour les temps de coordination, le temps de travail de la personne ou de la ressource assurant la fonction de coordination, l'indemnisation du temps passé par les professionnels pour le projet de santé.

Globalement, pour toutes les ARS, l'adhésion à l'ACI est un objectif :

- ARS Nouvelle-Aquitaine: « ... *complètement recommandé.* »
- ARS Pays-de-la-Loire: « *L'adhésion à l'ACI, **but final**...* »
- ARS Centre Val-de-Loire: « *Le **but** est que toutes les MSP entrent dans l'ACI* »
- ARS Bretagne: « *C'est un **objectif*** »
- ARS Occitanie: « *(...) complètement recommandé, on met la **culture de l'ACI** dès le démarrage du projet* »
- ARS Normandie: « *L'ACI est **recommandé au maximum**, c'est un objectif* »
- ARS Grand-Est: « *Toutes les MSP ne souhaitent pas y (dans l'ACI) entrer et en plus ça nécessite un niveau de maturité important des équipes, mais **l'objectif** est que toutes les MSP, à terme, soient dans l'ACI.* »
- ARS Ile-de-France: « *Notre idée est de ne pas trop insister sur le fait d'adhérer à l'ACI. Il faut qu'un projet ait un peu de maturité pour être efficient. On ne favorise pas d'emblée le fait qu'ils aillent systématiquement à l'ACI mais effectivement **l'objectif de la CNAM c'est 100% vers l'ACI**.* »

Si l'on peut croire que chaque ARS souhaite développer l'adhésion à l'Accord pour toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles de sa région de manière autonome, l'ARS Ile-de-France précise, malgré tout, que cet objectif lui est fixé par l'Etat. En effet, la CNAM joue un rôle décisif dans la politique d'accès aux soins et surtout, finance les MSP qui adhèrent à l'ACI.

Les chiffres sont parlants²⁷ :

- Au titre de l'année 2016 : 18,1 millions d'euros sont versées aux différentes MSP adhérentes.
- Au titre de l'année 2017 : 35,6 millions d'euros, soit une augmentation de près de 97% par rapport à l'année 2016.

La CNAM précise que « *ce soutien financier au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles contribue aux objectifs du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires présentés en octobre dernier par le gouvernement, l'ambition étant de doubler le nombre de ces structures en France d'ici à 5 ans* ».

L'accord Conventionnel Interprofessionnel de 2017 a été adopté par plus de 450 équipes mais l'adhésion à l'accord, à ce jour, stagne. Nicolas REVEL, Directeur Général de la CNAMTS, lors des journées de la FFMPS à Nantes²⁸, a rappelé l'importance que progressivement toutes les MSP y adhèrent. Le lancement des appels d'offre qui découlent de l'article 51 de la LFSS 2018 ouvrira sous peu d'autres opportunités et c'est là aussi un objectif majeur de l'évolution de notre système de soins. Les équipes de soins innovantes auront besoin d'aide et de soutien pour porter ces expérimentations.

²⁷ Communiqué de presse de l'Assurance maladie du 4 juin 2018, « *Développement des maisons de santé pluriprofessionnelles : un soutien financier renforcé* »

²⁸ Présence aux journées de la FFMPS à Nantes les 9 et 10 mars 2018 dans le cadre du stage chez Hippocrate Développement

1.3 LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DES ARS : LE CONTOUR DES POLITIQUES COMMUN A CHAQUE AGENCE

La question qui était posée aux différents interlocuteurs était celle de savoir quels sont les différents types d'accompagnement possibles, c'est-à-dire quelles sont les étapes clefs dans la mise en œuvre d'une MSP. Le tableau ci-dessous globalise et synthétise les accompagnements. En tout état de cause le constat est sans appel : si des différences sémantiques existent, on recense trois types d'accompagnement que chaque ARS interrogée développent.

ARS	Sur les politiques d'accompagnement		
	Accompagnement étude d'opportunité*	Accompagnement au projet de santé**	Accompagnement à la mise en œuvre des actions
ARS CVL	Non	Oui	Oui
ARS IDF	Non	Oui	Oui
ARS Normandie	Oui	Oui	Oui
ARS Occitanie	Non	Oui	Oui
ARS Pays de la Loire	Non	Oui	Oui
ARS Grand Est	Non	Oui	Oui
ARS Nouvelle Aquitaine	Oui	Oui	Oui
ARS Bretagne	Oui	Oui	Oui
ARS Hauts-de-France ²⁹	Oui	Oui	Oui

* Si toutes les ARS ne financent pas directement l'étude d'opportunité, elles reconnaissent l'existence et la plus-value de l'accompagnement

**« Accompagnement au projet de santé » ou « étude de faisabilité »

L'étude d'opportunité intervient au démarrage de la réflexion, l'équipe pluriprofessionnelle n'est pas constituée (1.3.1), l'accompagnement au projet de santé (ou étude de faisabilité) renvoie à un accompagnement technique dans le but de reconnaître l'existence d'une MSP. Cette étape est plus large que la simple élaboration du projet de santé (1.3.2).

²⁹ Pour l'ARS Hauts-de-France, les informations viennent du Cabinet Hippocrate Développement, et non de l'enquête de terrain dans le cadre du mémoire.

Enfin, l'accompagnement à la mise en œuvre des actions intervient lorsque l'équipe constituée travaille déjà de manière coordonnée mais souhaite faire vivre son projet de santé, l'améliorer, le modifier, l'adapter (1.3.3)

1.3.1 L'ETUDE D'OPPORTUNITE

L'étude d'opportunité intervient alors même qu'il n'y a aucun collectif de professionnels pour porter un potentiel projet de structure d'exercices coordonnés au sens large. Ainsi cela permet, grâce à un état des lieux du territoire quantitatif corroboré par un diagnostic qualitatif, d'analyser la situation du territoire en termes d'offre de soins ; d'appréhender le mode d'exercice des professionnels de santé et leur éventuel souhait de se lancer dans la création d'une Maison de santé pluriprofessionnelle ou toute autre structure pluridisciplinaire.

Ces préconisations aboutissent nécessairement à deux types de résultats :

- ⇒ Soit l'étude rend compte d'une dynamique effective sur le terrain avec un périmètre géographique pertinent (en ce sens que les flux de patients justifient un projet d'exercice coordonné à l'échelle déterminée) et une équipe pleinement mobilisée avec des professionnels motivés.
- ⇒ Soit, l'accompagnement conclu qu'un projet d'exercice coordonné n'est pas pertinent. Il peut alors être discuté d'autres possibilités d'action : une démarche ultérieure pour relancer la réflexion ; des actions de recrutement ; une association avec d'autres territoires ; un projet alternatif de type « Equipe de soins primaires » notamment.

L'intérêt d'avoir eu recours à ce type d'étude dans ce cas est « *de ne pas mobiliser des ressources humaines et financières trop importantes en se lançant corps et âmes dans la création d'une MSP* » (ARS Pays de la Loire). Cette ARS précise que l'exercice coordonné peut ne pas être une solution s'il s'agit d'« *une volonté des élus locaux uniquement* » avec « *des professionnels absolument pas mobilisés* ».

L'ARS Ile-de-France, quant à elle, déclare que cet accompagnement sert à cerner les besoins des professionnels et à savoir comment l'on peut implanter aux mieux les différentes compétences sur le territoire. « *L'idée est de les orienter vers le meilleur choix* ». Pour l'ARS Occitanie, l'étude d'opportunité ne concerne que rarement l'ARS, en effet cela se joue surtout entre les porteurs du projet et les élus. « *L'ARS est rarement sollicitée pour les études d'opportunité* » mais précise que l'étude a son intérêt dès lors qu'avec trois conditions cumulatives réunies, il y a peu de risque que le projet implose. Ainsi des « *professionnels de santé mobilisés* », un « *territoire pertinent* » (dans le sens d'un

périmètre correctement délimité) et « *des élus facilitateurs* » aboutissent, en règle générale, « *à un projet solide* ».

1.3.2 L'ETUDE DE FAISABILITE

Le collectif de professionnels est, à ce stade, constitué et nécessite d'être accompagné pour définir son projet global autour d'axes et de domaines plus ou moins nombreux tels que le projet de santé (principalement), les structures juridiques, l'étude des modes de gestion et l'immobilier ainsi que le système d'information.

Selon l'ARS Normandie, l'étude de faisabilité émerge dès lors que « *les professionnels du territoire concernés sont dans une démarche d'exercice regroupé* ».

a) L'élaboration du projet de santé

Pour l'ARS Normandie, l'élaboration du projet de santé constitue « *le cœur du travail car il y a un engagement des professionnels de santé* ». En effet, pour toutes les ARS, sans exception c'est le travail qui apparaît être le plus important et le plus démonstratif d'une équipe de qualité. L'objectif est de formaliser un projet de santé en phase avec les critères de l'ARS, que l'équipe s'approprie et qui répond pleinement à ses aspirations et pratiques. De manière générale, chaque ARS respecte les grands principes du cahier des charges national. Ainsi toutes évoquent l'absolue nécessité que l'équipe travaille sur des protocoles de soins de manière approfondie ; et qu'elle fasse part de l'état actuel des professionnels engagés dans la formation, l'accueil de stagiaires, le développement de missions de santé publique, la démarche-qualité, le système d'information partagé, la permanence et la continuité des soins.

Le projet de santé doit comprendre :

1) Diagnostic de territoire

2) Organisation du projet/de la structure:

* **Projet professionnel**

- Composition du projet
- Organisation du travail
- Accueil d'étudiants

* **Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée:** Réunions de concertation pluriprofessionnelle, protocoles, etc.

* **Coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire**

* **Continuité des soins :** une large amplitude horaires d'ouverture, prise en charge des soins non programmés

* **Dispositif de partage d'informations**

En tout état de cause, si l'existence d'un projet de santé avec des chapitres précis est nécessaire dans chaque ARS, nous verrons ci-après, que sur l'appréciation de celui-ci, il y a des divergences importantes.

b) *L'aide au choix du SI*

Pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine, « *la plus grande difficulté c'est le choix du logiciel* ». Dès lors, une étude est mise en œuvre par les ARS pour apporter un appui concernant le choix du logiciel et surtout, permettre aux professionnels un choix éclairé. Ainsi l'accompagnement vise à informer les professionnels de santé de la nécessité de disposer d'un système d'information en MSP et de les mettre en lien avec les différents éditeurs de logiciels labellisés ASIP pour comparer les offres, les interfaces, les avantages et inconvénients de chacun.

Pour cette même ARS, « *quand les MG ont un éditeur (labélisé ASIP), ils gardent généralement le même éditeur mais chez nous la Fédération joue quand même un rôle dans l'accompagnement des MSP sur le choix du SI* ». En d'autres termes, l'ARS essaye de ne pas nécessairement promouvoir le choix du logiciel du médecin, il faut que chaque professionnel se sente concerné par ce choix puisqu'il a vocation à être utilisé par l'ensemble de la MSP, il y a donc « *un vrai travail de pédagogie sur ce sujet* ».

Cela explique peut-être le choix de l'ARS Bretagne de lancer un « *appel à projet tous les ans sur le SI pour que les professionnels qui veulent s'équiper d'un logiciel labellisé ASIP aient un accompagnement. Une fois que la solution est choisie et approuvée, nous finançons l'achat du logiciel, transfert de dossier, formation, etc.* »

c) *L'étude des modes de gestion*

Cette étude consiste à étudier comment la Maison de santé pluriprofessionnelle va se structurer pour fonctionner au quotidien. Concrètement cela renvoie à une étude économique et des budgets estimatifs ainsi qu'à une étude juridique sur les sociétés et notamment les règlements intérieurs.

L'ARS Ile-de-France précise que cette étude doit permettre « *que des professionnels libéraux, complètement éloignés des questions de mutualisation de moyens, de charge (...) initient une réflexion sur comment ils veulent fonctionner entre eux... comment ils pensent pertinents de se partager les charges* ».

Pour l'ARS, cette étude n'aboutit pas à une présentation particulière. « *C'est aux professionnels, à partir du moment où nous on a validé le projet de santé, de se sentir concernés par leur structure. Ils peuvent bénéficier d'études complémentaires pour les aider à gagner en autonomie mais nous n'avons rien à vérifier sur comment ils se répartissent les charges entre eux* ».

d) *L'appui juridique*

Les ARS permettent également aux équipes de bénéficier d'un soutien juridique pour la constitution des différentes sociétés le cas échéant.

Pour l'ARS Normandie, il s'agit principalement de la « *mobilisation des documents de formalisation qui vont constituer la SISA* »

e) *L'immobilier*

En ce qui concerne l'immobilier, l'étude doit permettre de préciser les besoins en termes de surface et d'agencement et d'estimer le coût du projet. Cette étude est importante notamment pour les ARS qui développent un financement important de l'immobilier (ARS Ile-de-France et ARS CVL).

1.3.3 L'AIDE A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

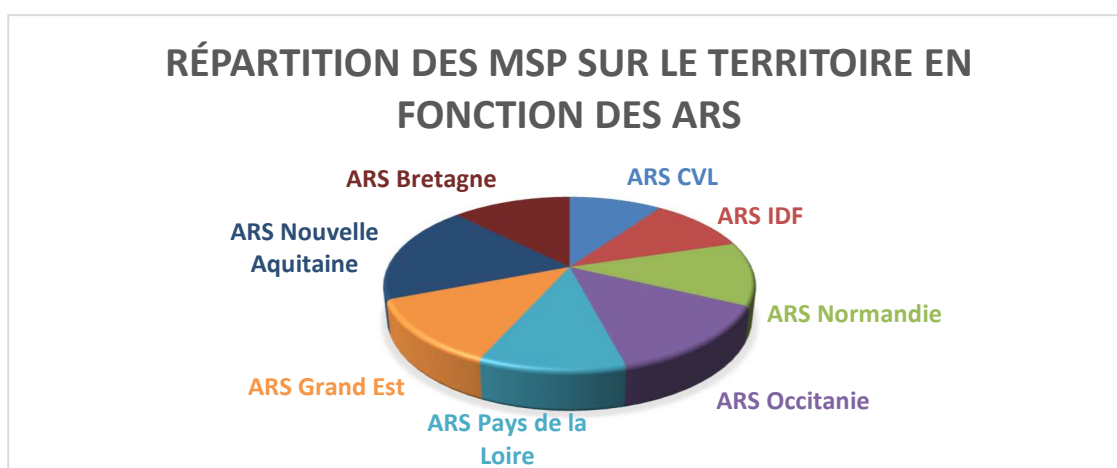
A ce stade, le projet de santé est reconnu par l'ARS et la MSP existe. Dans certains cas, l'équipe a besoin de méthode et d'appui pour enclencher la mise en application du projet. L'aide à la mise en œuvre des actions passe alors par des missions diverses et variées qui s'adaptent à ses besoins. Cela peut aller d'un accompagnement pour monter le dossier ACI à une aide méthodologique pour approfondir les protocoles de soins, en passant par un état des lieux sur le fonctionnement de la MSP.

Ces différentes étapes dans l'accompagnement d'une équipe se retrouvent dans chaque ARS. On note toutefois de notables différences tant de forme que de fond.

2 DES DIFFERENCES NOTABLES DANS LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

En analysant de plus près les politiques d'accompagnement, elles diffèrent sensiblement selon les régions et cela à deux niveaux : d'abord au niveau du fonctionnement même de l'accompagnement (2.1), ensuite au niveau des enjeux financiers qui gravitent autour de l'accompagnement (2.2).

2.1 DES DIFFERENCES LIEES AU FONCTIONNEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT



Source : données issues des différents entretiens avec les ARS.

Cette répartition est à relativiser en fonction de la superficie de chaque territoire (cf tableau ci-dessous).

ARS	Nombre de MSP / PSLA	Superficie du territoire (en km ²)
ARS CVL	74	39 150,9
ARS IDF	80	12 012,3
ARS Normandie	90	29 906,7
ARS Occitanie	105	72 723,6
ARS Pays de la Loire	82	32 081,8
ARS Grand Est	94	57 440,8
ARS Nouvelle Aquitaine	140	84 035,7
ARS Bretagne	95	27 207,9

Source : données issues des différents entretiens avec les ARS et INSEE, 2015

Proportionnellement à la superficie des différentes régions, c'est en Ile-de-France qu'il y a le plus de MSP implantées. Cela s'explique, en partie, par la politique déployée par l'ARS.

Les politiques d'accompagnement diffèrent du fait des agences régionales qui développent chacune des stratégies différentes dans l'accompagnement des MSP.

Ainsi, en ce qui concerne le suivi et le contrôle des différents items du projet de santé, les ARS l'interprètent et le valident différemment (2.2.1) ; d'autres différences concernent l'appel à une sous-traitance pour réaliser les différents accompagnements (2.2.2). Enfin, concernant le conventionnement des ARS avec les MSP, deux possibilités sont recensées (2.2.3).

2.1.1 LA VALIDATION, LE SUIVI ET LE CONTROLE PAR LES ARS

En premier lieu, le projet de santé est validé sous le prisme d'un cahier des charges, celui-ci peut être national ou régional (a) ; ensuite le suivi (b) et le contrôle du projet (c) diffèrent selon les agences.

a) *Le projet de santé sous le prisme d'un cahier des charges*

Il a été dit précédemment qu'il existait un cahier des charges national pour diriger l'élaboration du projet de santé afin qu'il puisse, in fine, être validé par l'ARS.

Chaque agence a, en outre, l'entière liberté de rédiger son propre cahier des charges. (Etant entendu que celui-ci doit respecter au minimum les règles de validation *sine qua non* explicitées plus haut.)

Présence d'un cahier des charges régional pour l'élaboration du projet de santé	
Oui	5
Non	3

Sur 8 ARS, 5 ont choisi de disposer de leur propre cahier des charges. Dès lors il remplace le cahier des charges national pour les équipes de ces territoires.

Parmi les 3 ARS qui n'ont pas fait ce choix, l'ARS Normandie explique préférer « *s'appuyer sur le cahier des charges de la circulaire MSP de 2010 croisé avec le cahier des charges ACI* ». En effet, la volonté est « *de ne pas trop cadrer* » le projet de santé car pour elle, il y a un risque, avec un cahier des charges trop précis, que le projet « *soit beaucoup trop scolaire* ». Ce souhait se retrouve également à l'ARS Nouvelle-Aquitaine. L'ARS Pays-de-la-Loire, quant à elle, ne dispose pas de cahier des charges régional et de surcroît, les professionnels chargés du développement des MSP, ont un cahier des charges national qu'ils « *utilisent peu* ». En réalité, si sur la forme il n'y a « *pas de format type* » dans la rédaction même du projet de santé, sur le fond ils ont pourtant des exigences

spécifiques : par exemple, la présence d'au moins 3 Médecins. Selon eux, « 2 médecins, c'est trop fragile. Assurer la continuité des soins avec 2 médecins, non c'est difficile ».

Se pose alors la question de savoir pourquoi une ARS, alors même qu'elle n'a pas rédigé de cahier des charges spécifique, peut décider de manière tout à fait discrétionnaire que le nombre de médecins requis est de 3. En tout état de cause, la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural précise expressément que : « la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical ». La mention « au minimum » de l'acte réglementaire signifie seulement qu'il n'est pas possible d'avoir 1 médecin dans une structure ou un projet.

S'agissant maintenant des ARS qui disposent d'un cahier des charges régional, l'ARS Centre-Val-de-Loire se distingue par un cahier des charges régional « très fort » qui précise expressément tout ce qu'elle attend pour qu'un projet de MSP puisse être validé³⁰. Cette position se rapproche de celle donnée par les ARS Ile-de-France, Grand Est et Bretagne qui expliquent privilégier l'existence d'un cahier des charges régional qu'elles peuvent actualiser dès qu'elles le jugent nécessaire. L'ARS Grand Est dispose d'un cahier des charges régional qui date de 2012 avec une « volonté de le réactualiser ».

Ce cahier des charges, qu'il soit régional ou national, va permettre à la personne chargée de suivre le dossier de bénéficiaire d'une trame-type.

b) *Le suivi du projet par l'ARS*

L'information demandée ici était de savoir comment se passait, au sein de chaque ARS, la répartition des rôles dans le suivi et la validation finale du projet.

L'ARS Normandie s'est dotée d'une « charte-partenariale »³¹ l'aidant à juger de la qualité du projet en validant les acquis par phases successives. Deux instances ont un rôle dans le suivi du projet : le Comité technique d'ingénierie, chargé d'évoquer les demandes d'accompagnements ou d'étudier les devis proposés par les prestataires ; et le Comité opérationnel départemental, chargé de recevoir les professionnels de santé qui viennent présenter leur projet de santé pour validation. Cette présentation réunit alors « les représentants de la Charte-partenariale mais également le Conseil de l'ordre des médecins, l'URLM, l'URPS, l'ARS, le Conseil départemental, la région, la préfecture, etc ». Parmi les

³⁰ « Suivi projet exercice regroupé, ARS CVL », Annexe 3

³¹ Charte PSLA, Annexe 4

membres de l'équipe, il est demandé que soient présents, au minimum, un médecin généraliste et un paramédical.

L'ARS Occitanie fonctionne avec un comité régional deux fois par an coprésidé par la préfecture de région et l'ARS. Ils font un point sur les évolutions règlementaires et les zonages du Projet régional de santé. Pour étudier les dossiers, la tâche revient aux comités départementaux au sein de chaque délégation départementale. Ainsi chaque DD est chargée de faire un retour sur la dynamique d'équipe avec une « *appréciation plus territoriale* »³² : « *On peut avoir un très bon dossier par une équipe qui, sur le terrain, ne fonctionne pas bien. Inversement, des équipes font beaucoup de choses mais il y a une mauvaise rédaction. L'idée c'est d'avoir la cohérence du dossier écrit avec la réalité de terrain. Aucun projet de MSP ne passe au siège pour validation sans que la DD n'ait rencontré au moins une fois l'équipe* ».

L'ARS Centre-Val-de-Loire juge quant à elle être assez peu sévère sur la validation du projet en ce sens que les professionnels de l'ARS ne veulent pas ralentir une dynamique existante « *même si le projet de santé n'est pas très formalisé* ». Ce qui est intéressant en l'espèce est que le territoire influe sur la politique déployée. La région Centre Val-de-Loire, connue pour sa faible démographie médicale, « *ne peut pas se permettre de freiner des projets émergents* ».

L'ARS Pays-de-la-Loire a quant à elle un processus de validation encore un peu différent : « *la validation des projets ne se fait pas en région (ndlr : au siège), Elle se fait au sein des CATS* ». Ce sont des Comités d'Accompagnement Territorial des Soins de premiers recours, structures d'appui chargées d'accompagner les professionnels de santé dans leur projet. Le CATS est composé du délégué territorial de l'ARS, des représentants des professionnels de santé (Conseil de l'Ordre des médecins, Union régionale des professionnels de santé), des représentants de l'association régionale des pôles et maisons de santé et de l'Assurance maladie.

c) *Le contrôle du projet par l'ARS*

La problématique du « contrôle » du projet de MSP est un sujet délicat. Dès lors que les professionnels maintiennent un exercice pleinement libéral, les ARS ne sont pas dans une politique de contrôle.

³² Annexe 7

Ainsi se pose la question de savoir quelle est la réaction de l'ARS lorsqu'il s'avère qu'après quelques mois/années, le nombre minimal de médecins au sein d'une MSP (au sens du projet de santé) n'est plus respecté. Le parti-pris des ARS interrogées est celui d'une tolérance de principe avec une aide à la recherche d'un nouveau professionnel. Il ne pourra jamais s'agir d'une sanction à proprement parler.

Ainsi les professionnels de l'ARS Occitanie précisent qu'il y a, dans le cas de non-respect du seuil de médecin généraliste, une « *tolérance de quelques mois pour trouver un confrère. Normalement la MSP ne devrait plus fonctionner mais l'ARS essaye simplement de les aider avec le site PAPS ou de la FFMPs* ». Pour les professionnels de l'ARS Nouvelle Aquitaine, « *c'est toute la difficulté* », ils peuvent simplement « *les aider pour attirer de nouveaux médecins, c'est tout* ». Le contrôle, stricto sensu, n'existe pas pour les MSP. L'ARS se charge de faire un suivi de tout le processus d'accompagnement avec des pièces justificatives sur des sujets ponctuels et déterminés. Pour le reste, l'ARS Bretagne précise que « *c'est l'assurance-maladie qui gère* ». En effet, dès lors que l'ARS déploie des politiques d'accompagnement, il ne peut y avoir de contrôle sur ces politiques.

Il n'y a pas, pour autant, un consensus sur cette question du contrôle. Il est intéressant de noter que si certaines ARS (mentionnées ci-dessus) refusent l'emploi de ce mot qui leur apparaît inapproprié en l'espèce, d'autres admettent plus volontiers qu'il existe un contrôle, c'est même tout l'intérêt de l'instance représentée par le siège des ARS. Dès lors que des fonds publics sont octroyés pour déployer les SEC et notamment les MSP, alors un contrôle doit être effectif. La différence à ce sujet semble relever davantage de ce que chacun entend par le terme « contrôle » que des conséquences de ce « contrôle » puisqu'en réalité il ne pourra jamais s'agir d'une fermeture de la structure.

Si les ARS réalisent elles-mêmes la validation, le suivi et le contrôle des différents projets, pour réaliser les accompagnements elles ont recours à des types de prestation différentes.

2.1.2 L'APPEL A UNE SOUS-TRAITANCE POUR LES ACCOMPAGNEMENTS DES EQUIPES

Les Agences régionales de santé, pour mettre en œuvre l'accompagnement, ont recours à différents types de prestations et fonctionnent de manière tout à fait distincte. A la lumière des différentes discussions auprès des ARS, il est recensé différents types de structures en mesure de réaliser ces accompagnements :

- Les délégations départementales des ARS
- Les cabinets de conseil

Force est de constater que l'appel à une sous-traitance par un cabinet de conseil empêche, de facto, l'accompagnement par la délégation départementale, et inversement.

- Les fédérations régionales de la FFMPs
- Les Unions régionales des professionnels de santé : en Bretagne, l'URPS a une place importante dans l'accompagnement des MSP, par le biais de Geco lib'. Dans les autres régions, les URPS interviennent également pour appui.

	Sur le type d'accompagnement		
	Accompagnement de la fédération	Accompagnement par les délégations départementales	Accompagnement par un cabinet de conseil
ARS CVL	Oui	Oui	Non
ARS IDF	Oui	/	Oui
ARS Normandie	/	/	Oui
ARS Occitanie	Oui	Oui	Non
ARS Pays de la Loire	Oui	Oui	Non
ARS Grand Est	Oui	Non	Oui
ARS Nouvelle-Aquitaine	Oui	Oui	Non
ARS Bretagne	Oui	Non	Oui

a) *L'accompagnement par la Fédération et les délégations départementales des ARS*

L'accompagnement et l'appui par la fédération est essentiel : association de loi 1901, cette structure a pour objet premier de « *représenter les pôles et maisons de santé* ». Dès lors le soutien de la FFMPs est quasi systématique si les équipes le souhaitent. Qui plus est, dans certains cas des partenariats existent entre la FFMPs et certaines ARS pour mener à bien les accompagnements : l'ARS Grand-Est a d'ailleurs « *renforcé le partenariat* ». S'agissant de l'ARS CVL, il existait, en 2013, une convention avec la FFMPs pour l'accompagnement des équipes mais « *la convention n'a pas été reconduite, désormais la FFMPs intervient pour appui* ».

Concernant la place des délégations départementales dans l'accompagnement des équipes et des projets, les ARS Occitanie, Pays-de-la-Loire et Nouvelle Aquitaine accompagnent les équipes sur le terrain avec les délégations départementales qui travaillent en étroite collaboration avec les fédérations régionales de ces territoires.

b) *L'accompagnement par un cabinet de conseil*

L'appel à une sous-traitance par un cabinet de conseil peut revêtir deux formes :

- L'ARS référence des cabinets de conseil par le biais d'un appel à candidature : le cabinet référencé devient alors un « *prestataire agréé* » par l'ARS concernée « *pour accompagner les professionnels de santé dans la définition et la formalisation de leur projet de santé* ».
- L'ARS ne référence pas de cabinet mais finance l'accompagnement par un cabinet de conseil. Une liste non exhaustive des prestataires peut être donnée à l'équipe, le cas échéant.

Parmi les ARS qui mettent en place des référencements pour structurer l'accompagnement par les cabinets de conseil, l'ARS Grand Est a mis en place un « accord cadre » pour les cabinets de conseil avec trois missions définies : l'aide à la structuration du projet de santé, l'accompagnement juridique et le volet immobilier. Ce choix de recourir à un référencement exhaustif des prestataires est justifié par le fait que « *les professionnels sont très pris par leur travail. Ils ne veulent pas avoir de tâches administratives* ». Ils ont donc besoin de personnes qui les aident à formaliser leur projet.

Le référencement par l'ARS permet d'éviter que les professionnels eux-mêmes, voire les élus, fassent appel à des prestataires extérieurs « *qui sont de qualité variable* ». Ainsi l'ARS préfère proposer une aide aux professionnels avec « *ce référencement (qui) est un gage de qualité du travail des différents prestataires* ». Lorsque le cabinet est référencé, l'Agence précise qu'il y a toujours une « *mise en concurrence sur chaque projet des cabinets sélectionnés* ». Pour les ARS Bretagne et Normandie, qui ont également mis en place un référencement des cabinets de conseil, ce choix est justifié par le fait de bénéficier « *d'un œil extérieur* ».

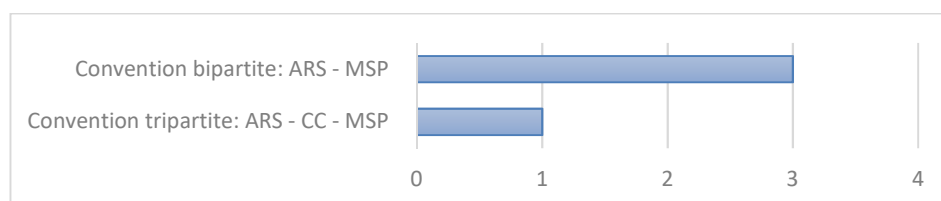
Si l'ARS Ile de France estime, quant à elle, que « *l'accompagnement est plus objectif grâce à un cabinet de conseil* » et que « *à partir du moment où la DD accompagne une équipe, on perd la neutralité, le cabinet de conseil s'impose une rigueur de neutralité et d'objectivité* », elle ne s'est pas engagée dans le référencement exhaustif de cabinets. Une liste est proposée par l'ARS aux équipes, mais il n'y a pas de lien contractuel.

Il est à noter que d'autres ARS, au-delà de ne pas choisir de référencer contractuellement des cabinets extérieurs, décident de ne pas financer l'accompagnement des équipes qui choisiraient de faire appel à l'un d'entre eux. C'est notamment le cas de l'ARS Pays de la Loire qui précise que « *certaines équipes ne souhaitent pas travailler avec*

la Fédération régionale, elles peuvent travailler avec des consultants mais l'ARS ne les finance pas ». Les professionnels de l'ARS sont conscients que « sur le plan technique, ils sont très bons », mais la difficulté, et non des moindres, est que « au niveau de la problématique du territoire, c'est beaucoup plus compliqué ».

Pour l'ARS Occitanie qui ne référence ni ne liste aucun cabinet de conseil, il est dit qu'avec les cabinets de conseils, « les diagnostics sont hypertrophiés mais dès que l'on attaque la dynamique de groupe, on est sur des points beaucoup plus sujets à caution. C'est limite parfois ».

2.1.3 LE CONVENTIONNEMENT DES ARS AVEC LES MSP



Le conventionnement des ARS avec les MSP intervient dès lors que l'Agence finance les accompagnements. La question qui était posée était celle de savoir si la somme octroyée pour l'accompagnement était à destination des professionnels eux-mêmes qui réaffectaient cette somme au cabinet de conseil ou si l'ARS finançait directement le cabinet de conseil.

Il n'y a que l'ARS Grand Est qui a fait le choix de recourir à une convention tripartite entre elle-même, le cabinet prestataire et la maison de santé.

Pour les 3 autres, l'ARS fait le choix d'affecter cette somme à la MSP qui se charge de financer son accompagnateur. L'intérêt pour les professionnels des différentes ARS est d'autonomiser l'équipe de professionnels de santé qui doit avoir conscience que le recours à un cabinet extérieur pour les aider « n'est pas de droit et n'est pas gratuit » (ARS Normandie).

Outre les différences liées au fonctionnement des politiques d'accompagnement, certaines concernent principalement les enjeux financiers.

2.2 DES DIFFERENCES LIEES AUX ENJEUX FINANCIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Les différences liées aux enjeux financiers de l'accompagnement touchent :

- La question du zonage des ARS (2.2.1)
- La question du financement des accompagnements (2.2.2)
- La question de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (2.2.3)

2.2.1 LA QUESTION DU ZONAGE DES ARS

La problématique du zonage au sein des ARS est délicate à appréhender. En effet le zonage a initialement pour ambition de réduire les inégalités liées au territoire.

Le zonage renvoie à la délimitation d'une zone déterminée par l'importance des difficultés d'accès aux soins. L'ARS distingue deux zones : les « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives, financières sont les plus importantes et les « zones d'action complémentaire » qui représentent des zones moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent quand même de mettre en place des moyens financiers pour éviter que la situation ne se détériore. Ce zonage, identique pour l'ensemble de la France et donc des ARS, donne lieu à l'attribution d'aides financières spécifiques.

Dans le cadre de l'étude menée, il ressort quatre illustrations intéressantes sur la question du zonage :

En Bretagne, avant juin 2018, n'étaient en mesure d'être accompagnées que les MSP qui faisaient partie du zonage. Les professionnels de santé installés hors zonage n'avaient pas d'aide financière dès lors qu'ils souhaitaient créer une MSP. L'ARS Bretagne s'est rendue compte que l'attribution de l'aide financière uniquement pour les territoires concernés par le zonage était trop restrictive. Dès lors qu'une commune était carencée, cela signifiait qu'elle manquait de professionnels de santé. L'ARS en aidant cette partie du territoire sous-estimait les flux de patientèle avec les communes limitrophes, qui si elles n'étaient pas concernées par le zonage, se retrouvaient, par voie de conséquence, impactées par l'arrivée de nouveaux patients. Depuis juin 2018, l'ARS Bretagne ne fonctionne plus avec le zonage ZIP/ZAC et accompagne financièrement toutes les MSP. Désormais c'est uniquement la taille de l'équipe qui justifiera une différence de financement.

En Centre-Val-de-Loire, 70% de la région est en zone carencée concernant la démographie médicale, en raison du faible nombre de médecins généralistes et de leur âge élevé. Tous les projets dans ces zones bénéficieraient d'une somme de 15 000€. Concernant les territoires hors zonage, l'ARS CVL n'a jamais participé au financement jusque-là mais précise que la décision de financer les projets hors zonage « *vient d'être validée* ».

En Occitanie, l'ARS financerait à hauteur de 50 000€ les projets sur zonage et les QPV (Quartiers prioritaires de la ville) hors zonage. Les autres projets ne sont, pour l'heure, pas financés. Mais il est dit que dans le futur PRS le souhait est de proposer un financement de 30 000€ pour les projets hors zonage.

Enfin en Ile-de-France, les projets en ZIP et ZAC bénéficieraient d'une aide aux alentours de 100 000€. Pour les projets hors zonage, il s'agirait d'une aide à hauteur de 75 000€.

Les montants d'accompagnement ont été donnés de manière tout à fait indicative, il n'est pas établi qu'ils puissent être rigoureusement comparés. L'intérêt ici n'est pas d'analyser ledit financement (une partie dédiée à ce sujet intervient ci-après) mais davantage de constater que les territoires font face à des problématiques différentes. Le zonage a été pensé de manière à compenser les inégalités naturelles de territoire, de démographie médicale. Volonté louable qui s'avère aujourd'hui remise en question puisque certaines des ARS interrogées remettent en question le zonage dans la politique d'accompagnement des structures d'exercices coordonnés.

On constate donc que le zonage qui, à l'émergence des MSP, a servi de fondement à l'accompagnement des équipes n'est actuellement plus privilégié. Or l'idée était initialement de pallier à la baisse de la démographie médicale dans certaines zones. Désormais, avec plus de 910 MSP implantées et en fonctionnement³³ sur le territoire national, les ARS font le choix d'élargir leur accompagnement à la totalité de leur région. Cela interroge sur les conséquences de ce changement substantiel de politique.

Cette question du zonage est intimement liée à celle du degré de financement de l'accompagnement.

³³ DGOS, mars 2017

2.2.2 LA QUESTION DU FINANCEMENT DES ACCOMPAGNEMENTS

Le financement au sein des projets de MSP peut concerner l'accompagnement, l'immobilier ou une aide financière au démarrage. Chaque ARS décide de ce qu'elle souhaite financer et à quelle hauteur.

Il ne s'agira pas ici de répertorier exactement les sommes apportées à chaque étude ou chaque financement mais plutôt de mettre en exergue les différences importantes de financement d'une région à une autre.

	Financement des accompagnements			Aide au démarrage	Financement sur l'immobilier
	Etude d'opportunité	Etude de faisabilité	Aide à la mise en œuvre des actions		
ARS Bretagne	V	V	V	V	X
ARS CVL	X	V	V	V	V
ARS Grand Est	X	V	V	V	X
ARS IDF	X	V	V	V	V
ARS Normandie	V	V	V	V	X
ARS Occitanie	X	V	V	V	X
ARS Pays de la Loire	X	V	V	V	X
ARS Nouvelle Aquitaine	V	V	V	V	X

Annotations du tableau :

- Plafond de 35 000€ (encadré orange)
- Forfait de 75 000€ / 100 000€ si ZIP/ZAC/QPV (encadré orange)
- Plafond de 200 000€ (encadré orange)
- Forfait de 50 000€ (encadré bleu)
- Forfait de 30 000€* / 50 000€ si ZIP/ZAC/QPV (encadré noir)

*Forfait de 30 000€ : volonté dans le futur PRS de l'ARS Normandie

Ce tableau recense, à l'aide des différents entretiens auprès des ARS, les sommes (plafond ou forfait) allouées pour chaque type d'accompagnement ou d'étude.

Outre le financement des accompagnements, l'ARS octroie également une aide financière au démarrage (dans le cadre du FIR). Cette aide, plafonnée, concerne généralement :

- Les différents équipements : salle de réunion, secrétariat informatique, cabinets, salles d'attente, sanitaires, ...
- Le matériel médical et matériel médical d'urgence
- La mise en place du système d'information
- La mise en place de la coordination

- La constitution des sociétés
- Etc.

La sollicitation de l'aide au démarrage porte, conformément au cahier des charges des différentes ARS, sur les postes de dépense qui répondent aux critères définis par celui-ci. Chaque ARS, pour rappel, est financée par une subvention de l'Etat, des contributions de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que des ressources propres et versements volontaires de collectivités locales ou d'établissements publics.

Le principe posé, les différences susmentionnées peuvent donc être justifiées par :

- Une différence initiale de ressources globales
- De multiples choix d'affectation possible au sein des différents services des ARS : il s'agit ici d'une volonté du Directeur général de l'ARS et de sa politique propre déployée.

Ainsi, si chaque ARS développe le développement de l'offre ambulatoire et promeut l'émergence des structures d'exercice coordonné, les ressources financières affectées varient.

2.2.3 LA QUESTION DE L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL

Les disparités concernant l'ACI sont intéressantes parce que significatives : la proportion de MSP qui adhèrent à l'ACI est extrêmement variable d'une ARS à l'autre.

ARS	Nombre de MSP / PSLA	Proportion de MSP qui adhèrent à l'ACI
ARS CVL	74	40%
ARS IDF	80	50%
ARS Normandie	90	NC
ARS Occitanie	105	NC
ARS Pays de la Loire	82	35%
ARS Grand Est	94	50%
ARS Nouvelle Aquitaine	140	42%
ARS Bretagne	95	29%

Comme vu précédemment, faire en sorte que les équipes entrent dans l'Accord conventionnel interprofessionnel est un objectif commun aux 8 ARS rencontrées.

Une fois l'objectif posé explicitement, la réalité du terrain montre une différence importante dans le nombre de MSP qui entrent effectivement dans cet accord.

Si l'ARS Grand Est et l'ARS Ile-de-France peuvent arguer d'une proportion avoisinant les 50%, sans toutefois estimer que ce pourcentage est suffisant, l'ARS Pays-de-la-Loire et, surtout, l'ARS Bretagne se retrouvent bien en-deçà des 50%.

Les équipes qui s'engagent dans un projet de MSP, sans accompagnement, ne peuvent comprendre tous les rouages du système représenté par l'exercice coordonné. Ainsi, pour obtenir une explication valable et rationnelle sur ces différences entre les territoires concernant l'ACI, on pourrait peut-être (tout en ayant conscience qu'il s'agit d'un parti-pris) confronter ce pourcentage à l'importance des aides financières octroyées par les différentes ARS (importantes en Ile de France où le pourcentage d'adhésion à l'ACI est élevé) mais aussi, à la capacité des ARS à répondre aux nombreuses questions que se posent les professionnels de santé à ce sujet : ceux-ci étant des libéraux, ont une appréhension de principe à contractualiser avec la CPAM de manière aussi « officielle » qu'un accord : quels seront les comptes à rendre ? Donne-t-on de l'argent sans rien attendre en retour ? qu'est-ce que l'ACI ? Pourquoi constituer une SISA ? Quels sont les critères à respecter pour avoir de l'argent ? Pourquoi le montant varie en fonction de critères ? Pourquoi certains critères dans l'accord sont socles et d'autres optionnels ? Ce sont autant de questionnements qui démontrent la nécessité d'une pédagogie à la genèse du projet.

Dès lors, il semble clair que plus les ARS investissent (dans toutes les acceptions du terme) dans l'accompagnement et la pédagogie plus les équipes s'engagent dans cet accord.

Mais dire cela sans nuance c'est « accuser » uniquement la politique déployée par une ARS sans prendre en considération la place des acteurs locaux, collectivités locales. Effectivement, comme mentionné précédemment dans cette seconde partie, les études d'opportunité (qui permettent un travail de pédagogie à la genèse du projet) sont, finalement, assez rarement accompagnées par les ARS. Eloignées du fait local, les agences ne peuvent pas avoir conscience de toutes les dynamiques du territoire et des équipes. Dès lors les élus locaux qui financent davantage ce genre d'étude devraient alors également travailler à mobiliser les équipes pour qu'elles adhèrent à l'ACI.

Et c'est là toute l'ambivalence de la politique de santé publique avec des acteurs multiples qui interviennent à des degrés et échelles différentes. La différence entre « déconcentration » et « décentralisation » prend tout son sens. Une directive nationale (entendre ce terme de « directive » dans le sens de consigne), qu'elle émane de la CPAM, de l'Etat ou d'une ARS, ne peut pas être imposée à une collectivité territoriale. Le principe

de libre administration des collectivités territoriales³⁴, principe de valeur constitutionnelle, s'impose au législateur et à toutes les autorités administratives. Les politiques d'accompagnement des ARS diffèrent selon les régions certes, cela en raison de politiques différentes en leur sein, mais elles diffèrent également parce que la multiplicité d'acteurs politiques et institutionnels ainsi que le millefeuille administratif empêchent la hiérarchisation en silo des pouvoirs et annihilent parfois toute possibilité d'agir.

³⁴ Article 72 de la Constitution

PARTIE 3 : DU PROJET INSTITUTIONNEL A LA REALITE DU TERRAIN : UN MODELE ENCORE PERFECTIBLE

A l'issue de cette enquête de terrain qui a tenté de réaliser un état des lieux des politiques d'accompagnement des ARS s'agissant des maisons de santé pluriprofessionnelles, les bases de la structuration des soins primaires semblent posées. Les nouvelles organisations se sont mises en place, les professionnels de santé commencent à prendre conscience de la plus-value de la pluridisciplinarité, les institutions ont pris la mesure des problématiques de santé et d'offre de soins qui touchaient le territoire national.

Toutefois bien que les politiques publiques s'attèlent aujourd'hui à maintenir le dispositif de MSP, l'organisation actuelle, si elle a dépassé le stade « artisanal », doit encore évoluer pour pouvoir être viable et pérenne.

En outre, l'enquête de terrain auprès des ARS analysée en seconde partie avec une posture délibérément neutre, doit également être confrontée à l'expérience vécue au sein du Cabinet Hippocrate Développement durant 6 mois. Cette expérience a permis de vivre les différents accompagnements auprès des équipes de professionnels, des élus locaux et au contact des ARS.

De manière générale, force est de constater certaines tensions récurrentes dans le fonctionnement des Maisons de santé pluriprofessionnelles aujourd'hui. Certaines d'entre elles sont liées à des difficultés de compréhension du modèle de « maison de santé pluriprofessionnelle » (1), d'autres engagent les politiques d'accompagnement déployées (2), enfin le faible recours à des démarches d'évaluation et le manque de retour malgré l'investissement important des pouvoirs publics apparaît être problématique (3).

1 DES TENSIONS LIEES A LA FORME : DES DIFFICULTES DE TRADUCTION DU MODELE DE MSP

L'ambivalence sémantique du terme « maison de santé pluriprofessionnelle » n'est pas anodine et amène à certaines confusions en pratique (1.1) tout comme les différences de terminologie entre les ARS s'agissant des politiques d'accompagnement (1.2).

1.1 L'AMBIVALENCE SEMANTIQUE DU TERME « MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE »

Le dictionnaire Larousse définit une maison comme un « *bâtiment construit pour servir d'habitation aux personnes* », un bâtiment est une « *construction d'édifice* ». Dès lors, de manière logique, une maison de santé pluriprofessionnelle devrait être un lieu physique où différents professionnels de santé exercent leur métier. Pour autant, « *La maison de santé ce n'est pas un projet immobilier* », « *il faut dissocier le projet immobilier du projet de maison de santé* », « *ils peuvent intégrer une maison de santé mais ne pas exercer dans les murs* », « *ils peuvent monter une MSP et garder chacun leurs locaux* », ... sont autant d'affirmations lues et entendues au quotidien.

Si la notion de « maison de santé pluriprofessionnelle » est d'une apparente simplicité, la réalité est toute autre. Il est d'une confusion extrême de nommer « maison » un projet qui n'appelle pas, sur le principe, à une construction. Qui plus est, une maison de santé, en toute rigueur, ne peut simplement pas être multisites.

La pierre angulaire d'une maison de santé est, non pas le local mais le projet de santé. Et c'est finalement ici que réside toute la confusion qui anime certaines équipes de professionnels voire d'élus locaux qui souhaitent engager un projet de MSP sur leur territoire. En effet, à la décharge des professionnels de santé, certains déclarent ne pas vouloir participer à un projet de MSP puisqu'ils ne souhaitent pas changer de lieu d'exercice³⁵. Les professionnels de santé profanes dans l'appréhension des politiques de santé publique ne se sentent pas forcément concernés par un tel projet, parce qu'il induit l'idée d'un local commun, alors même qu'ils pourraient vouloir travailler sur une coordination pluriprofessionnelle multisites.

De même les élus locaux, en engageant un tel projet sur leur territoire, n'ont pas toujours conscience qu'une MSP nécessite un travail approfondi sur le projet de santé³⁶ et que la

³⁵ Etude d'opportunité réalisée dans une commune d'Ile-de-France dans le cadre du stage de fin d'études chez Hippocrate Développement

³⁶ Accompagnement au projet de santé dans 4 communes de Vendée dans le cadre du stage de fin d'études chez Hippocrate Développement

mise en œuvre d'un tel projet demande de laisser du temps aux professionnels pour réfléchir à son élaboration. Ce terme de « maison de santé » induit une confusion dans l'esprit des élus qui les amènent à se focaliser essentiellement sur l'aspect immobilier de la démarche.

La question qui se pose est alors de savoir pourquoi il a été décidé d'appeler cette structure maison de santé pluriprofessionnelle ? Toujours est-il que la confusion du terme a été prise en compte par l'ARS Normandie. Elle n'emploie jamais le terme de MSP, « Pôles de Santé libéraux et ambulatoires » (PSLA). Mais il s'agit en réalité de la seule ARS qui fait le choix de ne pas appeler la structure portée par l'article L 6323-3 du Code de la santé publique « maison de santé pluriprofessionnelle ».

1.2 LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE, UNE APPARENTE COMPLEXITE DE MISE EN ŒUVRE

Pour les professionnels de santé, le langage des sigles propre aux ARS (1.2.1) et la confusion autour des différents accompagnements (1.2.2), rendent le projet compliqué à mettre en œuvre.

1.2.1 UN LANGAGE DES SIGLES

Monter un projet de Maison de santé pluriprofessionnelle semble, pour certains professionnels de santé, frôler l'impossible tant la charge administrative est importante. La « réunionniste » pour écrire un papier « en langage ARS » prend du temps.

Pour les professionnels de santé, formaliser un projet de santé n'est pas un exercice évident tant sur le travail de mise en forme que sur la réflexion de fond.

Ajoutons à cela le « langage des sigles » proche de l'incompréhensible si l'on ne prend pas un temps pour s'y pencher, par exemple :

- L'ACI, accord conventionnel interprofessionnel, permet de recevoir les NMR, nouveaux modes de rémunération. Pour cela il faut répondre à certains critères : socles, prérequis, optionnels. Enfin, il faut constituer une structure juridique, la SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires.
- Ainsi la SISA va pouvoir permettre de percevoir les fameux NMR. Pour autant, il ne faut pas s'y tromper, si la SISA, peut également être utilisée pour mutualiser les charges, d'aucuns conseilleraient plutôt de créer, en parallèle, une SCM, société

civile de moyens, (ou plusieurs SCM si MSP multisites...) pour mutualiser les charges inhérentes aux locaux. Il y a également d'autres possibilités de structures pour porter les charges : la SCI (si membres propriétaires des locaux), la SCP (entre membres d'une même profession) ...

- Une des raisons justifiant la création d'une double structure juridique est « simple » : ne peuvent être membres de la SISA, que les professionnels de santé au sens du Code de la santé publique, ce qui exclut certaines professions...

Ainsi résumé, le parcours administratif, jonché de sigles, apparaît caricatural. Or c'est ainsi que sur le terrain les professionnels le ressentent...

Qui plus est, les études qui ont vocation à accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de leur projet sont également sources d'incompréhension dans certains cas.

1.2.2 UNE CONFUSION AUTOUR DES DIFFERENTES ETUDES PERMETTANT L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES

Les différents entretiens ont permis d'obtenir des informations et de mieux appréhender les politiques déployées par l'ARS s'agissant des MSP. Mais ces entretiens ont également mis en lumière à quel point il n'existe pas véritablement de consensus sur la définition des mots qui gravitent autour des MSP. Au-delà des nombreux termes qui définissent l'organisation du pôle en charge des soins de premiers recours dans chaque ARS, il est recensé d'autres ambiguïtés.

Il est apparu de façon certaine que chaque ARS avait sa propre acception des accompagnements qu'elle propose.

Pour illustrer ce propos, prenons les termes « étude d'opportunité » et « étude de faisabilité ». Théoriquement l'étude d'opportunité représente l'état des lieux du territoire lorsqu'une équipe n'est pas encore formée. Or il y a souvent un amalgame entre l'étude d'opportunité et l'étude de faisabilité :

- Pour certains l'étude d'opportunité s'appelle étude de faisabilité (« *est-ce qu'il est faisable d'implanter une SEC à cet endroit du territoire ?* »).
- Pour quelques-uns l'étude d'opportunité et l'étude de faisabilité sont exclusives l'une de l'autre et l'on a recourt à l'une ou à l'autre selon la maturité des professionnels de santé sur le territoire à l'émergence de la réflexion.
- Enfin pour d'autres encore l'étude de faisabilité revient à l'accompagnement du projet (avec la rédaction du projet de santé, l'étude des modes de gestion, le choix du SI, etc.)

D'autres différences de ce type ont lieu s'agissant des notions de « cahier des charges », de « contrôle », de « suivi » des projets.

Pour l'heure il est difficile de savoir si ces différences de vocables ont un impact sur l'émergence des SEC et leur pérennité, il est simplement constaté qu'il réside une certaine confusion dans la compréhension du processus.

Outre ces tensions résiduelles de forme, certaines touchent des problématiques de fond.

2 DES TENSIONS LIEES AU FOND : LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT DEPLOYEES

Les tensions de fond recensées dans le cadre de ce mémoire sont au nombre de quatre :

- Le système de maison de santé pluriprofessionnelle a été pensé pour les médecins (2.1), ce que déplorent certains professionnels de santé paramédicaux.
- Le manque d'harmonisation et de lisibilité concernant le financement des projets est également source de tension (2.2)
- Par ailleurs, le recours à la sous-traitance pour réaliser les accompagnements n'est pas sans interroger le fonctionnement des Agences (2.3)
- Enfin, le faible recours aux démarches évaluatives pose question (2.4)

2.1 UN SYSTEME PENSE « POUR LES MEDECINS »

Nombre de professionnels paramédicaux regrettent que le système « *soit pensé pour les médecins* ».

D'apparence, un projet requiert au minimum deux médecins et un professionnel paramédical. La présence de ce dernier est donc une condition nécessaire pour porter le projet de santé devant l'ARS et le faire valider.

Or dans le projet de santé, ne compte réellement que l'organisation des médecins pour attester de la continuité et permanence des soins, pour l'accueil de stagiaires, pour le système d'information partagé, pour les horaires d'ouverture du secrétariat. Si les professionnels paramédicaux renseignent, parfois, ces informations, force est de constater que l'ARS « *attache une plus grande importance à l'organisation des médecins* » (ARS Bretagne).

L'exemple le plus significatif réside peut-être dans le montant de la somme forfaitaire des NMR qui dépend quasi-exclusivement de l'exercice des médecins de la MSP. Ainsi, le nombre de patients qui ont déclaré ledit médecin « médecin traitant », le nombre de patients en ALD, le nombre de bénéficiaire de la CMU-C, etc. justifient une majoration de l'enveloppe, le cas échéant. De ce fait, des tensions peuvent voir le jour dans l'affectation de cette somme au sein de la MSP rendant les médecins plus légitimes à décider de la destination de l'argent.

Enfin, si de nombreux professionnels font part de ce constat, une psychomotricienne, rencontrée lors d'un déplacement en région Centre-Val-de-Loire, s'est un peu plus attardée à expliciter la raison pour laquelle ce système peut lui sembler pernicieux.

Certaines professions paramédicales ne sont pas en sous-effectif et ne souffrent pas d'une charge de travail indécente. Exercer au sein d'une MSP est un avantage non négligeable pour ces professions.

Alors qu'un des objectifs de la création d'une MSP est d'attirer des médecins, il s'avère que ce sont parfois plutôt des professionnels paramédicaux qui affluent. Pour de nombreux professionnels paramédicaux, (psychomotricien, psychologue, pédicure-podologue, ostéopathe, diététicien) une installation en MSP est, en effet, extrêmement importante parce qu'elle est synonyme de patients plus nombreux.

De plus, nombre de MSP qui avaient prévu des locaux pour de futurs médecins, se trouvent dans l'obligation, faute de médecins demandeurs, de louer ces locaux à des professions paramédicales déjà existantes dans les MSP, d'où une « concurrence » et des tensions.

Selon cette psychomotricienne, ce système, bien qu'elle concède qu'il a de nombreux avantages puisqu'elle y exerce, précarise tout de même son exercice.

2.2 UN MANQUE D'HARMONISATION CONCERNANT LE FINANCEMENT DES PROJETS

Le manque d'harmonisation concernant le financement des projets de MSP est inévitable. Il est dû à la stratégie de financement des ARS qui passe par le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Le FIR est un dispositif français qui finance des actions et expérimentations validées par les ARS « *en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion des soins, ainsi que de la sécurité sanitaire* »³⁷. Ce fonds d'intervention trouve sa consécration législative dans le Code de la

³⁷ Article 56 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2015

santé publique³⁸. Les ressources du FIR sont constituées par des dotations : celles de l'Assurance maladie, du CNSA et toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. L'article L 1435-10 du CSP prévoit que « *Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé* ». Les sommes engagées par les ARS doivent respecter les missions mentionnées à l'article R 1435-16 du CSP et peuvent également servir à rémunérer des « *prestataires extérieurs qui participent à ces missions* » sous réserve de respecter les règles de la commande publique.

En tout état de cause, les conditions sont suffisamment générales pour aboutir à des différences de financement importantes. Celles-ci sont évidemment justifiées par les problématiques de territoire et la politique légitime qui est déployée par l'ARS. La difficulté est encore accentuée du fait de l'existence d'autres sources de financement, notamment les subventions octroyées par les collectivités territoriales, via le CPER, la région, le département, l'intercommunalité, la commune. Ces subventions, qui concernent principalement les projets immobiliers de MSP, peuvent également servir, en partie, à financer l'achat de matériels et sont donc un complément au FIR dans certaines régions.

Le manque d'harmonisation ne peut, pour autant, pas être reproché parce qu'il est un des corollaires de la régionalisation de la santé. Réside cependant dans les esprits des professionnels de santé un manque certain de lisibilité sur les sources de financement et leur affectation.

D'autre part, il peut apparaître une certaine incongruité à financer des études pour aider les professionnels eux-mêmes à travailler ensemble. Autrement dit, si le système était plus lisible pour les professionnels de santé libéraux (à qui il est destiné) il n'y aurait pas besoin de ce type d'accompagnement, du moins pas de manière aussi importante.

De plus, il s'agit d'un accompagnement qui est réalisé par des prestataires extérieurs rendant le rapport entre les professionnels de santé et l'ARS encore plus distancié.

2.3 LE QUESTIONNEMENT AUTOUR DE LA SOUS-TRAITANCE ET L'EXTERNALISATION AUX CABINETS DE CONSEIL

Au départ les ARS, implantées régionalement pour être au plus proche des problématiques de territoire, ont été organisées (siège et délégations départementales)

³⁸ Articles L 1435-8 à L 1435-11 et R 1435-16 à R 1435-36 du Code de la santé publique ; Arrêté du 14 novembre 2014 ; Arrêté du 30 avril 2015 ; Circulaire du 18 avril 2015.

pour pouvoir faire un travail d'accompagnement de terrain. Les délégations départementales avaient vocation à fédérer des professionnels pouvant arguer d'un avantage de proximité indéniable.

Pourtant la réalité de terrain est toute autre. Les ARS tendent à recourir à la sous-traitance des services et en l'espèce, la sous-traitance des accompagnements s'agissant des SEC.

L'externalisation d'un service public consiste à confier à une entreprise privée tout ou partie d'une activité qui, jusqu'alors, était assurée directement par l'administration elle-même. L'appel au marché dans la prestation de services publics (« faire faire » plutôt que « faire ») est souvent présenté comme une source d'économie budgétaire et d'efficacité : recentrage sur un cœur de métier, diminution des coûts fixes, réduction des délais, allègement de la contrainte budgétaire, etc.

Les ARS sont loin d'être les seules administrations à recourir à ce procédé puisque dans la conjoncture actuelle, l'heure est à l'externalisation des services publics.

Certaines ARS choisissent donc de faire appel à des prestataires extérieurs pour réaliser les accompagnements des équipes sur le terrain. Il s'agit des cabinets de conseils. Deux types d'arguments ressortent de la part des ARS qui ont recours à la sous-traitance auprès de ces cabinets :

- ⇒ La plus-value d'un cabinet extérieur qui dispose d'une compétence fine et plus technique que les professionnels de l'ARS
- ⇒ Le manque de moyens humains et financiers à l'ARS

Les différents coûts des entreprises privées s'avèrent généralement plus faibles : gestion plus souple, adaptabilité des employés, culture de la performance, capacité d'innovation, etc. *« Sous-traiter à des entreprises spécialisées est souvent bien moins coûteux que réaliser en interne. Cela signifie également que l'administration n'a pas intérêt à externaliser les fonctions qui relèvent de son « cœur de métier ». Elle les assure généralement bien mieux que ne pourrait le faire n'importe quelle entreprise privée »*³⁹.

La seule question qui doit trouver une réponse est donc celle de savoir si l'accompagnement des équipes relève du « cœur de métier » des ARS ou non.

³⁹ François ECALLE, Fipeco

2.4 L'ABSENCE DE DEMARCHES EVALUATIVES ET DE RETOURS D'EXPERIENCE

Une évaluation permet de juger de « *la situation qui aurait prévalu en l'absence du programme que l'on souhaite évaluer* » (Givord, 2010). Il apparaît alors intéressant, dans l'absolu, de développer ce type de démarche dans le but d'avoir un retour d'expérience sur « *des projets, actions, mesures, politiques, programmes mis en place par une organisation, en réponse à un diagnostic d'une situation problématique* » (Van der Linden, 2011). En effet, les méthodes d'évaluation sont aujourd'hui très fréquemment utilisées pour estimer les effets des interventions publiques en matière de santé, d'éducation ou d'emploi (Fougère, 2010).

Une interrogation réside quant au faible recours aux démarches d'évaluation par les Agences régionales de santé. Lors des différents entretiens, il a été demandé expressément si des évaluations étaient réalisées ou prévues. De manière assez surprenante, il s'avère que les agences ne déploient pas beaucoup ce type de démarche. Pour autant certaines conviennent de leur utilité tout en regrettant le manque de temps et de moyens pour approfondir les résultats (ARS Nouvelle Aquitaine) « *et en faire quelque chose* » (ARS Grand Est).

D'autres, quant à elles, exposent que des évaluations n'ont pas à avoir lieu dès lors que les ARS octroient seulement une somme au démarrage et ne sont pas légitimes à solliciter les différentes structures pour une évaluation, quelle qu'elle soit. Selon elles, l'évaluation ne peut être justifiée que si elle émane d'instance qui rémunère les structures sur du long terme, soit l'Assurance maladie.

Dire cela n'est pas sans incidence, cela démontre surtout un sentiment perçu lors des différents temps d'échange : manifestement l'organisation libérale des professionnels de santé met une « barrière » importante. Les institutions prennent de multiples précautions pour ne pas « brusquer » les professionnels de santé, justement pour les faire intégrer les maisons de santé. Développer une démarche d'évaluation semble compliqué dans cette configuration.

De l'autre côté, effectivement, les professionnels de santé ont une fausse image des « tutelles », des « policiers de la santé » (termes des professionnels de santé sur le terrain) et une appréhension d'être, après l'intégration de la structure, contrôlés, surveillés. Une démarche d'évaluation portée par l'ARS pourrait effectivement être mal perçue à en croire les propos entendus lors des différentes réunions d'accompagnement pendant le stage.

Pour les professionnels de santé, évaluer les MSP est assimilable à une évaluation de leur exercice alors même qu'ils tiennent, de longue date, à garder leur autonomie et liberté d'exercice.

Pourtant il y a beaucoup d'investissement de la part des ARS dans l'accompagnement des équipes, d'argent public dépensé et de temps engagé. Les évaluations seraient probablement nécessaires, ne serait-ce que pour savoir s'il faut continuer à déployer autant de ressources et de moyens pour ce type de structure. Surtout cela permettrait d'entendre les retours honnêtes des professionnels de santé sur leur exercice, connaître leur position sur les démarches d'accompagnement dont ils ont bénéficié, comprendre comment ils vivent leur exercice au sein de la MSP, leurs difficultés mais également la plus-value au quotidien.

CONCLUSION

L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire mais également l'inégale densité des professions entre elles montrent la nécessité de trouver des formes d'exercice innovantes pour faire face au manque de professionnels dans certaines régions. En outre, l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les patients passe inévitablement par un exercice regroupé et coordonné.

La création des maisons de santé pluriprofessionnelle a permis d'être une des réponses aux nouvelles problématiques de santé publique. Un enjeu important a été d'accompagner les professionnels de santé vers l'assimilation de ces nouveaux procédés. Depuis 2010, le modèle a évolué : de l'appropriation du cahier des charges par les différentes ARS à l'approfondissement des divers accompagnements proposés en passant par l'augmentation des types de professions de santé pouvant intégrer ces structures, les pratiques des professionnels de santé au sein des MSP progressent et s'adaptent à la société d'aujourd'hui. Le Docteur Pascal GENDRY, Président de la FFMPs exprime que *« la Révolution apportée par les maisons de santé, c'est justement la prise en charge coordonnée, en pluriprofessionnelle. C'est aussi le fait que l'équipe soit unie autour du projet de santé qu'elle porte, avec des accents de coordination, de prévention et de promotion de la santé »*. Aussi, précise-t-il l'idée d'améliorer désormais la qualité au sein des maisons de santé.

Ce souhait d'améliorer la qualité au sein des maisons de santé intervient alors même que le recours aux démarches évaluatives permettrait, en partie, de permettre une prise de recul, dans le but, in fine, d'améliorer la qualité au sein de ces maisons.

Ce faible recours aux évaluations dans le cadre des MSP se confronte, dans le propos, à la multiplicité des structures de coordination déployées par les ARS : MSP, ESP, CPTS et même les PTA, MAIA, CLIC, réseaux, etc. Certes différents, la coordination reste l'alpha et l'oméga de tous ces dispositifs.

Se pose alors la question de savoir si ce millefeuille de structures, dans le but de fluidifier l'offre de soins ambulatoire, et d'améliorer le lien ville-hôpital en introduisant davantage de coordination entre les acteurs de santé, les institutions sanitaires, médico-sociales, ne risque pas de perdre en lisibilité.

Ces structures ne seront viables que si elles émanent d'une dynamique de terrain c'est-à-dire qu'elles sont pensées, comprises et acceptées par les acteurs à qui elles sont destinées. Lorsqu'une des questions qui a animé ces quelques mois de travail a été de savoir si l'émergence des maisons de santé pluriprofessionnelle émanait d'une volonté

institutionnelle ou d'une dynamique de terrain, le constat a été sans appel : la transition doit arriver par le bas (dans le sens « terrain »). Ce sont les professionnels de santé qui doivent s'allier aux patients et les autorités locales pour inventer de nouvelles manières de s'organiser et de se soigner, et ainsi conduire le changement. Le rôle des Agences régionales de santé doit être d'accompagner cette transition, sans l'imposer d'en haut.

Les réglementations et incitations financières adéquates sont fondamentales, mais ce sont les professionnels de santé qui doivent décider quel est le système de santé dont ils veulent dépendre.

Alors, c'est dans cette direction que nous devons aller pour construire notre système de santé.

Bibliographie

Articles et ouvrages

Jeanne-Marie AMAT-ROZE, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p. 13-32.

DOI 10.3917/her.143.0013

Michel AUTES, Marie-Guite DUFAY « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », *Santé Publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 17-25.

DOI 10.3917/spub.090.0017

Thomas BARNAY *et al.*, « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales* 2007/1 (), p. 109-126.

Annie BARTOLI, Jihane SEBAI « L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale », *Gestion 2000* 2015/6 (Volume 32), p. 17-37.

DOI 10.3917/g2000.326.0017

François BAUDIER, Marie-Caroline CLEMENT « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », *Santé Publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 103-108.

DOI 10.3917/spub.090.0103

Henri BERGERON, « Chapitre 3 / Les politiques de santé publique », *in* Olivier Borraz *et al.*, *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2010 (), p. 79-111.

Michelle BERTHO-HUIDAL, « Santé et territorialité aux États-Unis, la réforme du président Obama », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p. 137-161.

DOI 10.3917/her.143.0137

Yann BOURGUEIL, « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales* 2010/3 (), p. 11-20.

Pierre-Louis BRAS, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé* 2016/1 (n° 50), p. 67-91. DOI 10.3917/seve.050.0067

Pierre-Louis BRAS, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », *Pratiques et Organisation des Soins* 2011/1 (Vol. 42), p. 27-34.
DOI 10.3917/pos.421.0027

Marion BRUNAT, Valérie FARGEON, « Accessibilité et organisation des soins de premier recours », *Journal de gestion et d'économie médicales* 2015/3 (Vol. 33), p. 175-189.
DOI 10.3917/jgem.153.0175

Ludovic CEPRE, « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p. 65-88.
DOI 10.3917/her.143.0065

Guillaume CHEVILLARD *et al.*, « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* 2015/4 (Octobre), p. 657-694.
DOI 10.3917/reru.154.0657

Carole CLAVIER, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé* 2009/2 (Vol. 27), p. 47-74.
DOI 10.3917/sss.272.0047

Cécile FOURNIER, « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé* 2014/2 (Vol. 32), p. 67-95.
DOI 10.3917/sss.322.006

Bertrand GARROS, « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 7-16
DOI 10.3917/spub.090.0007

Béatrice GIBLIN, « Santé publique et territoires », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p. 3-12.

DOI 10.3917/her.143.0003

Olivier LACOSTE, « Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST », *Hérodote* 2011/4 (n° 143), p. 33-50.

DOI 10.3917/her.143.0033

Pierre LOMBRAIL, « Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? Commentaire », *Sciences sociales et santé* 2014/2 (Vol. 32), p. 97-108.

DOI 10.3917/sss.32

Patricia LONCLE, « La mise en oeuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne » *Sciences sociales et santé* 2009/1 (Vol. 27), p. 5-31.

DOI 10.3917/sss.271.0005

Jean-Marie PONTIER, « Compétences locales et politiques publiques », *Revue française d'administration publique* 2012/1 (n° 141), p. 139-156.

DOI 10.3917/rfap.141.0139

Christian SAOUT, « La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ? », *Santé Publique* 2010/1 (Vol. 22), p. 107-112.

DOI 10.3917/spub.101.0107

Jihane SEBAI, Fatima YATIM, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », *Revue française d'administration publique* 2017/4 (N° 164), p. 887-902.

DOI 10.3917/rfap.164.0887

Michel SERIN, « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? », *Santé Publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 67-71.

DOI 10.3917/spub.090.0067

Didier TABUTEAU, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé Publique* 2010/1 (Vol. 22), p. 78-90.

DOI 10.3917/spub.101.0078

« La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action » *Santé Publique* 2004/4 (Vol.16), p. 587-595.

DOI 10.3917/spub.044.0587

Mémoires, rapports et articles

Interview du Dr Pascal GENDRY, Président de la FFMPs : « *C'est la recherche de la qualité qui sera le moteur de la progression des maisons de santé* », publié le 8/03/2018
Hospimédia

Mémoire Margaux Fête, Master 2 PPASP, « *Communes, intercommunalités et santé : les enjeux d'un changement d'échelle territoriale* », promotion 2015- 2016 EHESP

Rapport d'information de Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy-de-Dôme Rapport n° 14, 2007-2008

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en géographie de Guillaume Chevillard « *Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine* », Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Octobre 2015

Thèse professionnelle de Caroline Orrillard dans le cadre du Mastère spécialisé « Management en santé », « *Structuration des soins primaires : analyse des montages organisationnels, juridiques et financiers des pôles et maisons de santé* », promotion 2014-2015

Sources constitutionnelles, législatives et règlementaires

Constitution du 4 octobre 1958

Loi du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi du 19 décembre 2007 de financement de sécurité sociale pour 2008

Loi constitutionnelle de modernisation des institutions de la V République du 23 juillet 2008

Circulaire du 27 octobre 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

Liste des annexes

- ⌘ **ANNEXE 1** : GRILLE D'ENTRETIEN ARS
- ⌘ **ANNEXE 2** : GRILLE D'ENTRETIEN COORDINATEUR MSP

DOCUMENTS OBTENUS AUPRES DES ARS :

- ⌘ **ANNEXE 3** : ARS CENTRE VAL DE LOIRE : « *Suivi projet exercice regroupé_ARC CVdL* »
- ⌘ **ANNEXE 4** : ARS NORMANDIE : « *Charte_PSLA_signée* »
- ⌘ **Annexe 5** : ARS Normandie : « *Etat des lieux offre de soins 1^{er} recours Normandie, Novembre 2017* »
- ⌘ **ANNEXE 6** : ARS NOUVELLE-AQUITAINE : « *Objectifs MSP ARS Nouvelle-Aquitaine* »
- ⌘ **ANNEXE 7** : ARS OCCITANIE : « *Grille analyse dynamique projet MSP juillet 2017* »
- ⌘ **ANNEXE 8** : ARS OCCITANIE : « *Trame type projet de santé MSP juillet 2017* »

ANNEXE 1 :

Grille d'entretien ARS – Master 2 PPASP Salomé DIDIER

ORGANISATION DU SERVICE	
Quel est votre rôle au sein de l'ARS ?	
Quel service est en charge de l'accompagnement des SEC ? <ul style="list-style-type: none">- Les DD ?- Le siège ?	

QUESTION GENERALE SUR LES POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT	
Quelles étapes du projet accompagnez-vous ? <ul style="list-style-type: none">- Projet de santé ?- Etude de viabilité, faisabilité du projet ?- Volet juridique ?- Volet immobilier ?- SI ?- ...	
Avez-vous des conditions particulières ? Si oui, lesquelles ?	
Qui effectue ces accompagnements ? <ul style="list-style-type: none">- Cabinet de conseil ?- Fédération ?- ARS ?- ...	
A quelle hauteur financez-vous ces accompagnements ? <ul style="list-style-type: none">- ...- Zonage prioritaire ? Critères ?	

Comment contractualisez-vous avec les MSP ? <ul style="list-style-type: none"> - Convention ARS-MSP ? - Convention tripartite ? - Référencement ? - ... 	
--	--

QUALIFICATION DU PROJET	
Qui vous contacte pour les accompagnements ? <ul style="list-style-type: none"> - Equipe ? - Elus ? - ... 	
Qui fait cette qualification dans votre service ?	
Sur quels critères vous basez-vous pour établir la qualification ? Quel est le processus entre la qualification et l'accompagnement ?	

Questions à poser selon réponse à « quelles étapes du projet accompagnez-vous ? »

DEMARRAGE DU PROJET (Etude d'opportunité, étude de faisabilité,)	
Existe-t-il une aide au démarrage ?	
Si oui, à quelle hauteur ?	
Est-elle affectée à des actions spécifiques ? Entretiens, rapports, ...	

ACCOMPAGNEMENT PROJET DE SANTE	
Disposez-vous d'un cahier des charges ?	

Existe-t-il une aide à la rédaction du projet de santé ?	
Si oui, à quelle hauteur ?	
Est-elle affectée à des actions spécifiques ? Appui méthodologique, rédaction du projet, restitution, pérennisation du projet, etc.	

ACCOMPAGNEMENT A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS Plans d'actions, ACI, etc.	
Adhésion à l'ACI ? - Recommandée ? - Obligatoire ?	
Sur les indicateurs : - Comment se fait la détermination des points ? - Quelles sont les indicateurs les plus remplis ? Combien en général ?	
Sur la fonction de coordination ? -	
Sur le SI ? -	

SUIVI DES PROJETS	
Quels sont les comptes à rendre pour les MSP ?	
Des « sanctions » existent-elles si les conditions ne sont finalement plus remplies ?	

Développement de démarche d'évaluation par les ARS ?	
Ressenti sur le développement des SEC ? Succès ?	

ORGANISATION DU TERRITOIRE	
Emergence d'autres types de SEC, CPTS, évolution inéluctable ?	
Lien avec les CLS ?	

ASPECT QUANTITATIF	
Combien de SEC sur votre territoire ? <ul style="list-style-type: none"> - MSP - ESP - CPTS - 	
Combien de SEC autonome sans financement ARS ? Combien de MSP constituée en SISA ? Combien de MSP constituée en association ?	

QUESTIONS OUVERTES	
Recours à l'externalisation/privatisations des prestations des ARS ? <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de coordination - Manque de moyens humains et financiers - Nécessité d'un regard extérieur ? 	
Avis sur le changement de gouvernance ?	

ANNEXE 2 :

**Grille d'entretien coordinateur MSP – Master 2 PPASP
Salomé DIDIER**

EMERGENCE DU PROJET	
Qui a été à l'initiative du projet ?	
Quel délai entre l'idée et l'ouverture de la MSP ?	

ACCOMPAGNEMENT DU PROJET	
Avez-vous bénéficié d'un accompagnement ? <ul style="list-style-type: none"> - Appui méthodo - Financement - ... 	
Si oui, par qui ? <ul style="list-style-type: none"> - Cabinet - ARS - CLS - Fédé - ... 	
Si oui, quels bénéfices pour le projet ?	
Si non, pourquoi ?	

PROJET IMMOBILIER	
Une structure a-t-elle été créée spécialement ?	
Etait-ce une condition sine qua non ?	

STRUCTURE JURIDIQUE	
Quelle structuration juridique ? <ul style="list-style-type: none"> - Association - SISA - SCM - SCI - ... 	
Difficulté de compréhension sur le jargon ?	

FONCTIONNEMENT DE LA MSP	
Votre structure bénéficie t-elle de la rémunération d'équipe dans le cadre de l'ACI ? (NMR)	
Comment cette rémunération d'équipe est t-elle utilisée ? çad que financez-vous avec ?	
Diriez-vous que ce financement est décisif, primordial, inutile, trop lourd ? Pourquoi ? Exemple : Coordinateur ? reconnaissance ?	
Exemple : SI ? Perception initiale et aujourd'hui ?	

EFFETS DE LA STRUCTURE SUR L'ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE	
Avez-vous constaté des demandes spontanées de professionnels de santé pour rejoindre votre structure ?	
Constatez-vous une meilleure attractivité qu'auparavant ?	

RESSENTI SUR L'ASPECT INSTITUTIONNEL	
Utilité des politiques d'accompagnement des ARS ?	
Un suivi est-il effectué ?	
Avez-vous des comptes à rendre ?	

ANNEXE 3 :

Délégation territoriale de **XXX**

Service émetteur :

XXX

Affaire suivie par : **XXX**

Courriel : **XXX**

Téléphone : 02 38 77 **xx xx**

Télécopie : 02 **XXX**

**ETUDE DU PROJET DE SANTE DU PROJET D'EXERCICE
COORDONNE **DE XXX (COMMUNE), Nom du projet****

FICHE OBSERVATION **X** AVIS ARS

Date

XX/XX/XXXX

<input type="checkbox"/>	MSP (mono-site)
<input type="checkbox"/>	MSP (multi-sites)
<input type="checkbox"/>	ESP
<input type="checkbox"/>	Autre :

Porteur du projet : **XXX**

Coordonnées : **adresse**
complément
code postal
commune
courriel

Nom du projet : **XXX**

Bassin de vie : **XXX**

Date de début du projet : **XXX**

I. CRITERES GEOGRAPHIQUES

Justification	Éléments de définition	Présence		Commentaires
		OUI	NON	
PRS / CPER 2015-2020	Zone SROS fragile ou proximité immédiate d'une zone carencée	X		
	Inscription du projet dans une dynamique territoriale en lien avec un CLS ou quartier de la ville	X		<i>Description de la situation médicale et paramédicale du bassin de vie, et des actions menées en lien avec l'ARS notamment un CLS.</i>

	Localisation dans un bourg-centre (environ 2000 habitants) disposant d'une gamme significative de services et commerces	X		
	Présence d'un exercice regroupé à moins de 20 km	X		<i>Critère modulable en fonction des besoins de patientèle et de leurs provenances géographiques</i>
	Articulation avec les structures, MSP et professionnels de santé du bassin de vie	X		<i>Professionnels libéraux, établissements de santé, autre exercice regroupé, EHPAD, ...</i>

II. ACCES AUX SOINS

Justification	Éléments de définition	présence		commentaires
		OUI	NON	
PRRS / CPER 2015-2020	Composition minimum de 2 médecins et 2 paramédicaux pour une MSP.	X		<i>Liste des professions représentées, nbre de – 55 ans, et ETP correspondants.</i> <i>Les engagements des PS à exercer dans la structure doivent être justifiés par des engagements écrits</i>
	Secrétariat mutualisé au sein du projet	X		
PRRS / CPER 2015-2020 + ACI, partie socle	Ouverture de 8 à 20 h, samedi matin et congés scolaires (<i>minoration ACI pour les structures aux horaires réduites</i>)	X		<i>Détailler les horaires d'ouverture</i>
	Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré	X		<i>Modalités d'accès aux soins non programmés, notamment si des plages horaires sont prévues</i>

ACI partie optionnelle	Consultations spécialistes de second recours extérieurs à la structure 2 jours par mois	X		
	Consultations spécialistes de second recours extérieurs à la structure 2,5 jours par semaines (=0,5 ETP)	X		
	Diversité des services de soins médicaux de la structure : 1 profession médicale ou pharmacien en sus de la médecine générale <u>OU</u> 3 professions paramédicales différentes		X	
	Diversité des services de soins médicaux de la structure : 1 profession médicale ou pharmacien en sus de la médecine générale <u>ET</u> 3 professions paramédicales différentes		X	
	Pour les zones sous denses : Accueil d'un médecin intervenant dans la structure dans le cadre d'un contrat solidarité territorial médecin (CSTM)			
	Missions de santé publique (en fonction des spécificités territoriales et des objectifs du PRS)	X		
	Mise en place d'indicateurs mesurant la satisfaction des patients et l'organisation et les services offerts par la	X		

	structure			
--	-----------	--	--	--

**III. TRAVAIL EN EQUIPE /
COORDINATION**

Justification	Eléments de définition	Présence		commentaires
		OUI	NON	
ACI partie socle	Statut juridique de la structure défini (SISA)	X		<i>Possibilité d'engagement des professionnels de monter une SISA dans les 6 mois qui suivent la validation ARS</i>
	Fonction de coordination identifiée, soit par une personne au sein de la structure, soit par un personnel recruté spécifiquement			
PRS / CPER 2015-2020 + ACI, partie socle	Protocoles pluriprofessionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (8 max)	X		
	Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (6 réunion/an). Le nombre de dossiers étudiés correspond à 5% des patients médecins traitants présentant une ALD ou âgés de plus de 75 ans.	X		
	Salle dédiée aux réunions pluriprofessionnelles	X		

PRS / CPER 2015-2020 + ACI, partie optionnelle	Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an) avec la présence d'au moins un maitre de stage	X		
	Mise en place de procédures définissant les modalités de transmission de données de santé nécessaires à la prise en charge des patients	X		
	vers les professionnels de santé extérieurs à la structure, vers les services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médicosociaux.			
PRS / CPER 2015-2020	Logement disponible pour les stagiaires sur site ou à proximité			

IV. SYSTEME D'INFORMATION

Justification	Eléments de définition	Présence		Commentaires
		OUI	NON	
PRS / CPER 2015-2020 + ACI, partie socle	Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1	X		<i>Préciser la présence d'un système d'information partagé entre les professionnels de santé</i>
ACI partie optionnelle	Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2		X	

3 CONCLUSION

Rapide synthèse de l'étude du projet de santé

3.1 Si réserves : l'ARS sera (particulièrement) attentive à ...

Pour une validation : les items CPER et ACI socle doivent être atteints (sauf la constitution d'une SISA si la structure ne demande pas l'ACI)

Points de vigilance :

- ... (les éléments non complétés au jour de l'instruction ou les éléments en cours de finalisation au regard du PRS, ainsi que les éléments bloquants pour l'ACI : ces éléments seront ensuite repris par les CPAM pour figurer sur le courrier d'envoi du contrat ACI à la signature de la structure)
- ...
- ...

Exemple :

- *Les modalités de coopération entre les professionnels de santé doivent être détaillées*
- *La structure devra choisir les actions de santé publiques à mettre en œuvre*
- *Les modalités de coopération avec les structures voisines (MSP, CDS, ...) doivent être détaillées*
- *Le noyau dur des professionnels de santé installés doit être renforcé*

Compte tenu de ces éléments, l'ARS émet un avis favorable sur le projet de santé de la maison de santé pluridisciplinaire de **XXX.**

Cet avis est susceptible d'être révisé en cas de modification ultérieure du projet de santé et de la composition de la structure.

Orléans, le **XX/XX/XXXX**

Lade santé Centre Val Directrice générale -de l'Agence de-Loire,

CHARTRE PARTENARIALE REGIONALE

SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES

4 ET SUR LE DEPLOIEMENT DES POLES

DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES

EN NORMANDIE

4.1 PREAMBULE

Dans un contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale, la politique des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) a été initiée dès 2008 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie (URML) et partagée avec l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et la Région de Basse-Normandie dans l'optique d'une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné.

Eu égard à cet enjeu de la démographie médicale, ainsi qu'à celui d'un aménagement équilibré des territoires, les Départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne se sont engagés pour favoriser et inciter à l'exercice de la médecine en territoire rural.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, ainsi que les représentants de l'Etat sur les territoires ont adhéré à la dynamique initiée.

Cette volonté d'interventions coordonnées s'est traduite par la signature le 27 juin 2008 de la première « Charte Partenariale Régionale sur l'Offre de Soins Ambulatoire

et sur le Déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires en Basse-Normandie » par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et l'ensemble des partenaires régionaux et départementaux impliqués dans la démarche.

En 2013, l'évaluation de la politique de déploiement des PSLA effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie conclut à une politique remarquable, « fondée sur une mobilisation unique d'un ensemble de partenaires institutionnels ».

Ainsi confortée, cette politique régionale est poursuivie et actualisée dans le cadre d'une deuxième Charte signée le 18 mars 2015.

Parallèlement, en Haute-Normandie, les partenaires institutionnels (Préfecture, ARS, Région, Départements) ont élaboré, à destination des porteurs de projets de maisons de santé pluridisciplinaires, un guide méthodologique pour les aider à l'émergence de leurs projets à partir de la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipements en maisons de santé en milieu rural. Les annexes de cette circulaire ont également permis aux acteurs concernés des territoires de formuler leur projet selon un cahier de charges national et un projet de santé type. Un comité de sélection et de financement des projets a été mis en place en Haute-Normandie suite à la publication de la circulaire.

A l'issue de la réforme territoriale mise en oeuvre par la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (Loi NOTRe), la Normandie comprend désormais 5 départements et plus de 3,3 millions d'habitants.

Les enjeux de maintien de l'offre de santé et d'accessibilité à des soins de qualité restent prégnants dans cette nouvelle configuration territoriale et sont affirmés dans les projets régionaux de santé de Basse-Normandie et de Haute-Normandie, en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2018, date prévisionnelle d'adoption d'un projet régional de santé normand.

Dès le début de l'année 2016, les partenaires régionaux se sont exprimés en faveur de la définition d'une politique régionale normande qui s'appuie sur les expériences et les réussites précédentes.

Ainsi, le 22 avril 2016, les Présidents de la Région Normandie et des 5 départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche, de l'Orne et de la Seine-Maritime réunis « en G6 », se sont prononcés en faveur de l'élaboration, en concertation avec les partenaires institutionnels et les représentants des professionnels de santé, sur la

base de la Charte bas-normande, d'une Charte normande sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des PSLA.

Afin de soutenir et d'accompagner cette démarche, une nouvelle évaluation externe de la Charte bas-normande a été réalisée en 2016. Cette évaluation confirme que cette organisation, unique en France, a produit des effets incontestables en matière de maintien et de croissance de la démographie médicale.

Eu égard aux constats et perspectives d'évolution de l'offre de soins de premier recours en Normandie, conscients de la nécessité de faire converger l'ensemble des initiatives en les intégrant dans un projet cohérent et structurant, les parties signataires conviennent pour la période 2017 — 2020 de mettre en oeuvre de manière concertée les objectifs et les actions partenariales décrits ciaprès.

4.2 OBJECTIFS

Les signataires de la Charte souhaitent faire converger l'ensemble des initiatives précédentes menées en Basse-Normandie et en Haute-Normandie en les intégrant dans un projet cohérent et structurant. Ils partagent les objectifs suivants :

➤ Objectifs généraux

■ Garantir l'accès à des soins de proximité pour la population normande ; - Consolider l'offre de soins actuelle ;
- Développer un mode d'exercice novateur et attractifs pour les professionnels de santé ; - Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires déficitaires ou en voie de fragilisation ;

■ Contribuer à la réponse aux besoins de santé publique à travers la déclinaison régionale des orientations nationales et à travers la mise en œuvre des priorités propres à la région ; - Contribuer à la politique d'aménagement des territoires et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée ;

■ Valoriser l'action régionale et ses effets sur l'offre de soins de proximité par le biais d'une évaluation continue.

■ Faire des PSLA des lieux privilégiés d'enseignement et de recherche

➤ Objectifs opérationnels

■ Amener les médecins généralistes et les autres professionnels de santé à devenir maîtres de stage agréés ;

■ Favoriser le développement de lieux de stage pour les 2^{ème} et 3^{ème} cycles en lien avec les UFS Santé et les autres étudiants médicaux et paramédicaux en lien avec l'ensemble des centres de formations concernés ;

■ Participer à des actions et programmes de recherche clinique nationaux et régionaux ;

- Favoriser l'insertion d'enseignants titulaires dans les PSLA ;
- Développer une offre de stages ambulatoires ou mixtes en médecine générale dans d'autres spécialités ;
- Mettre à disposition des espaces pour la formation et la recherche.

4.3 MISSIONS

Au regard de ces objectifs, les signataires de la Charte s'engagent à assurer de manière coordonnée et concertée la déclinaison des politiques nationales et régionales suivant ces missions : - Établir et mettre à jour un diagnostic territorial commun ;

- Soutenir et accompagner l'émergence, la mise en œuvre et le suivi des projets ;
- Communiquer auprès des professionnels de santé, des étudiants, des élus... ;
- Recenser, accompagner, soutenir le déploiement de dispositifs innovants / expérimentaux ; - Contribuer à l'évaluation des dispositifs régionaux d'aide à l'installation.

4.3.1 Article 1 : Objet de la Charte

A) 1.1 Coordination des actions

Les signataires conviennent de coordonner leurs actions dans le cadre d'instances définies pour assurer une cohérence de la politique régionale.

B) 1.2 Coordination des moyens (humains et financiers)

Les actions d'incitation, d'accompagnement et de financement des regroupements de professionnels seront réalisées conjointement par les partenaires de la Charte dans le cadre des instances, afin de renforcer les actions et de faciliter le montage des projets conjoints aux professionnels de santé et aux collectivités locales. Les partenaires de la charte s'engagent auprès du binôme : professionnels de santé/élus dans le cadre de leur démarche de réorganisation de l'offre de santé de leur territoire.

C) 1.3 Information régulière et réciproque

Les partenaires conviennent de porter les différentes initiatives en lien avec l'objet de la Charte à la connaissance des autres signataires afin de garantir une cohérence de l'action par le biais des instances définies à l'article 5 de la présente Charte.

4.3.2 Article 2 : Objectifs opérationnels de la Charte

A) 2.1. Établir un diagnostic territorial commun

L'outil de diagnostic des dynamiques territoriales est la carte des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) ; celle-ci est actualisée annuellement, par l'ARS, sur

la base des données fournies par les cinq Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins et après avis du comité de pilotage PSLA.

B) 2.2. Soutenir et accompagner les projets de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires

a) 2.2.1 Définition du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

Un PSLA est une organisation cohérente s'articulant avec l'ensemble des ressources identifiées des champs sanitaire, médico-social et social d'un territoire géographique déterminé, le bassin de vie :

- Réalisant une unité fonctionnelle pouvant se décliner en site principal ou en multi-sites ;
- Permettant, sur la base du volontariat, d'associer et de regrouper des professionnels de santé libéraux, voire collaborateurs salariés et salariés d'établissements de santé, médicosociaux ou sociaux ;
- Assurant des soins de médecine de proximité (1^{er} et 2nd recours) en zone rurale, semi-rurale ou urbaine, avec possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé. Cette organisation s'appuie sur des professionnels déjà en activité.

Zoom sur les PSLA multi-sites :

Afin de mieux tenir compte des spécificités du territoire, un projet de Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire peut prévoir une implantation sur plusieurs sites. Dans cette approche multi-sites, le PSLA constitue une unique unité fonctionnelle qui se décline en un site principal, accueillant la majorité des professionnels de santé, et un ou plusieurs sites satellites, dits « antennes ».

Pour être qualifié d'« antenne », le site satellite doit émaner du projet de santé du PSLA considéré. Il doit, en sus, accueillir au moins un médecin généraliste et peut héberger un ou plusieurs professionnels paramédicaux. En outre, la continuité des soins doit être organisée et assurée par l'ensemble des médecins du PSLA. Ainsi les médecins du site central s'engagent à pallier les indisponibilités du ou des médecins de l'antenne et réciproquement.

Enfin, pour bénéficier des subventions publiques, le projet immobilier d'une antenne doit avoir pour objectif de regrouper, sur le site satellite, plusieurs professionnels de santé.

Un PSLA est adapté aux situations locales (conditions d'accessibilité pour les patients, etc.).

Sa taille dépend donc du contexte local et des éléments du diagnostic territorial : dans la mesure du possible, les projets de PSLA s'adaptent au principe suivant : 3 x 15 (15 professionnels, 15 000 habitants, -/15 min pour l'accessibilité géographique) qui a valeur indicative.

Un projet de santé est défini à l'échelle du territoire identifiant des actions pertinentes et adaptées relevant des soins de proximité (1^{er} recours et 2nd recours) répondant aux besoins et aux demandes de la population du territoire.

Les objectifs sont de .

- Réduire les inégalités territoriales de santé en misant sur une approche transversale et non plus sectorielle des besoins de santé ,
- Assurer un meilleur accès effectif aux soins de 1^{er} recours et organiser l'accès aux soins de 2nd recours ;
- Optimiser le parcours de santé par une meilleure collaboration entre secteurs (médical, médico-social, social), entre professionnels et entre établissements.

Sur la base du diagnostic des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et des besoins de santé identifiés et partagés, le projet de santé s'articule autour de quatre principaux enjeux :

- Assurer la continuité des soins ;
- Développer la coordination des soins de proximité ;
- Identifier les problèmes de santé prioritaires et proposer des actions de prise en charge ; - Participer à la pérennité de l'accès aux soins de 1^{er} recours par le biais de la formation (maître de stage).

Il peut également prévoir des actions de prévention, une implication dans la recherche clinique, la participation à la veille sanitaire et à l'épidémiologie.

Le projet de santé se décline sous la forme d'un projet professionnel, qui définit les modalités d'organisation choisies par les professionnels pour répondre aux enjeux identifiés et notamment aux besoins de santé de la population. Afin d'assurer la pérennité des soins, le projet professionnel détaille les moyens mis en œuvre pour faciliter l'accueil de professionnels de santé en formation. Le développement de la maîtrise de stage et la mise à disposition d'un logement doté des fonctionnalités nécessaires sont notamment requis.

Par ailleurs, la participation à des programmes de recherche clinique est recommandée.

Le bassin de vie, défini par l'activité économique locale et les mouvements habituels de la population constitue en termes de territoire le bon niveau de réflexion et de propositions, tant du point de vue démographique que socio-économique. Il s'inscrit prioritairement dans le territoire d'un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI).

Le PSLA ainsi défini permet d'assurer la transition entre l'exercice professionnel d'aujourd'hui et celui de demain, favorisant par ailleurs des possibilités de remplacement et de succession.

En consolidant l'offre de service de santé existante et en créant une dynamique locale entre usagers, élus et professionnels, le PSLA constitue un élément fort de la politique d'aménagement du territoire.

b) *2.2.2 Objectifs opérationnels du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire*

- Assurer les soins de 1^{er} recours, leur continuité et leur coordination (organisation des suivis, des consultations spécialisées, des consultations pluridisciplinaires, meilleure prise en charge des patients, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi) ;
- Coordonner les prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, notamment par la mise en œuvre d'une organisation territoriale coordonnée au travers de partenariats ; - Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant la coopération et l'exercice coordonné ;
- Participer à la formation des futurs professionnels de santé en ayant des maîtres de stage sur site ;
- Faciliter la formation continue des professionnels ;
- Favoriser la mise en place de systèmes d'informations partagés et s'intégrer dans le déploiement des projets de télémédecine ;
- Optimiser le temps de professionnel pour le soin en allégeant la charge administrative des professionnels de santé ;
- Favoriser la mise en place de réponses aux crises sanitaires ;
- Améliorer la prise en charge des patients par le biais de la prévention et de l'éducation thérapeutique ;
- Concourir aux actions d'épidémiologie de terrain (ex: veille sanitaire, etc.).

C) 2.3. Favoriser l'installation des nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre défini par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (puis par le schéma régional de santé — SRS)

Une plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), regroupe sur un site Internet de l'ARS, toutes les informations utiles aux professionnels de santé.

D) 2.4. Identifier et coordonner l'ensemble des structures de 1^{er} recours sur le territoire de la Région

Parallèlement aux PSLA, se sont également développées dans les 5 départements des structures de taille plus modeste, maillant néanmoins le territoire et permettant l'accès à des soins de proximité (1^{er} et 2nd recours). Certaines de ces structures disposent déjà d'un projet de santé.

Le portage, plus généralement local, a été à l'origine du développement de ces structures.

L'enjeu de la politique régionale sera de s'assurer de la mise en œuvre progressive des projets de santé de ces structures et de leur organisation en cohérence avec les PSLA les plus proches afin de constituer un réseau coordonné de professionnels de santé de proximité. Elles pourront devenir le cas échéant, un des sites du PSLA et s'inscrire ainsi dans le projet de santé du territoire.

Ainsi, le comité de sélection et de financements des projets de MSP de l'ex-Haute-Normandie a vocation à intégrer les instances de la Charte et le guide méthodologique également élaboré en ex-Haute-Normandie, à inclure le concept de PSLA.

A cette fin, les projets de santé des structures qui en feront la demande, seront présentés aux comités opérationnels départementaux et les professionnels seront incités à exercer de manière coordonnée avec le PSLA de proximité.

Les PSLA et les MSP disposant déjà d'un projet de santé validé par le Comité Opérationnel Départemental concerné ont la possibilité d'émerger à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Celui-ci permet un financement via l'Assurance Maladie.

E) 2.5. Participer à l'amélioration de l'organisation des parcours dans une logique d'appui à la coordination autour des soins de proximité

Les professionnels de santé sont attachés à la promotion des soins de proximité et à l'amélioration de l'organisation des parcours des patients.

La politique régionale de déploiement des PSLA s'articule avec les dispositifs nationaux en vigueur.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a défini les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (cf. définitions en annexe) ; elle a reconnu le rôle premier des professionnels de santé pour faire émerger ces organisations.

Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé.

Les CPTS sont formées par des professionnels de santé qui se réunissent, de leur propre initiative, pour élaborer et suivre des projets.

En Normandie, les PSLA développés selon les concepts de la présente Charte, correspondent de fait à des CPTS.

A ces dispositifs s'ajoute la possibilité, en s'appuyant sur les initiatives des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de constituer des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) pour mettre à la disposition des professionnels de santé qui en font la demande les fonctions d'appui nécessaires à la coordination des parcours de santé complexes.

Les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé constitués par l'ARS pour la coordination des parcours de santé cas complexe. Priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville et, lorsqu'elles existent, aux initiatives des ESP et des CPTS visant un retour et un maintien à domicile.

4.3.3 Article 3 : Partenaires signataires

- La préfète de région et les préfets de département s'engagent à mobiliser l'ensemble de leurs services dans la région et à faciliter la coordination de l'ensemble des partenaires concernés.
- La Région Normandie participe à la concertation partenariale et s'engage à favoriser l'installation regroupée des professionnels de santé dans les territoires les plus fragiles afin de d'encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé et pour une meilleure prise en charge de la population.
- Les Conseils Départementaux participent également à la concertation partenariale pour favoriser l'installation regroupée des professionnels de santé dans les territoires les plus fragiles et encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé pour une meilleure prise en charge de la population.
- L'A.R.S. s'engage à favoriser la coopération de la médecine de ville avec les acteurs des champs de la prévention/promotion de la santé, les acteurs médico-sociaux, les acteurs hospitaliers publics et privés afin de veiller à une approche globale de la santé et d'optimiser l'articulation de l'offre ambulatoire et de l'offre de soins notamment hospitalière.
- L'U.R.M.L. s'engage à faciliter la mise en oeuvre de cette politique en étant impliquée à toutes les étapes de l'élaboration des projets jusqu'aux phases d'ingénierie juridique et d'accompagnement à la mise en oeuvre des systèmes d'informations.
- L'U.R.M.L., les Conseils de l'Ordre, et l'A.R.S s'engagent à mobiliser leurs systèmes d'informations pour contribuer à l'élaboration du diagnostic territorial.
- Les Conseils de l'Ordre veillent à la qualité des soins donnés aux malades, au respect de la déontologie, participent à la concertation et transmettent les informations relatives au mouvement des professionnels de santé dont ils disposent.
- L'ensemble des U.R.P.S. concernées s'engagent à apporter aux porteurs de projets les conseils et l'expertise nécessaires à la réalisation de leurs projets.

- La Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) représente l'Assurance Maladie et instruit avec l'ARS les dossiers des PSLA et MSP qui souhaitent candidater à l'Accord Conventionnel Inter professionnel.
- Les UFR Santé de Caen et de Rouen s'engagent à apporter un soutien pédagogique aux actions visant à favoriser l'exercice dans les pôles de santé libéraux et ambulatoires, à la promotion de l'exercice pluridisciplinaire coordonné et regroupé, ainsi que celle de la recherche en soins primaires, de l'organisation des soins. Les Universités ont par ailleurs en charge la formation des maîtres de stage.
- La Fédération des PSLA, maisons de santé et regroupements pluri-professionnels de NORmandie (FENOR) s'engage à soutenir l'action des projets et réalisations de PSLA, MSP et toute autre structure de regroupement pluri-professionnel.
- L'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires, Sociaux et médico-sociaux (URIOPSS) s'engage à participer aux instances de la Charte, à relayer auprès de ses adhérents l'information relative aux actions partenariales mises en oeuvre et à promouvoir l'exercice pluridisciplinaire coordonné sur les territoires.

L'ensemble des signataires de la présente Charte s'engage à promouvoir la politique de déploiement des PSLA Normandie.

Article 4 : Financement

A) 4.1 Ingénierie

Le partenariat entre l'ARS, la Région Normandie et l'URML, destiné à favoriser l'ingénierie des projets des PSLA, est déployé à l'échelle de la Normandie.

Un fonds commun d'ingénierie abondé annuellement par l'ARS, la Région Normandie et l'URML, permet aux projets de bénéficier d'une étude de faisabilité, d'une aide à la formalisation et la rédaction du projet de santé, d'une assistance juridique et d'une expertise relative aux systèmes d'information.

Le fonds commun d'ingénierie fait l'objet d'une convention annuelle de financement.

Chaque signataire de la présente Charte peut être contributeur et donc signataire de la convention de financement du fonds commun pour l'ingénierie de projet des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires.

B) 4.2 Investissement

Les financeurs s'engagent, dans la mesure du possible, à mobiliser des fonds et à valider collégalement les demandes de financements des maîtres d'ouvrage des PSLA par le biais du Comité de pilotage (Cf. : article 5 de la présente Charte).

Il est rappelé que l'engagement des collectivités ne peut se faire que dans la limite des évolutions financières et budgétaires auxquelles elles sont contraintes. Cet engagement est également conditionné par les textes législatifs actuels et à venir (notamment les règles de financements et les compétences des collectivités).

4.3.4 Article 5 : Composition et missions des instances

5.1 : Instances de gouvernance

Le Comité stratégique

Le Comité stratégique est la gouvernance politique régionale relative aux PSLA, co-présidé par Madame le Préfet de Région et la Directrice générale de l'ARS. Ce Comité est composé de l'ensemble des signataires. Il s'assure du respect des orientations de la charte et valide ses évolutions éventuelles.

L'ARS réalise un bilan annuel de la politique partenariale régionale de déploiement des PSLA en Normandie et le présente au Comité.

Le Comité se réunit une fois par an.

Le secrétariat du Comité est assuré par l'ARS.

Le Comité de pilotage (COFIL)

Ce Comité, piloté par l'ARS, est en charge de la préparation des travaux soumis au Comité stratégique : suivi de la mise en œuvre de la politique PSLA, avis sur la carte des zones d'implantation prioritaires notamment.

Il procède par ailleurs à la validation des projets sur propositions des instances techniques.

Il vise l'ensemble des concours financiers des partenaires, chaque financeur restant libre de sa décision.

Le COFIL est composé de l'ARS, des préfets, d'un élu de la Région Normandie, d'un élu de chaque Département, de l'URML et des référents COD.

Le COFIL se réunit a minima une fois par an et autant que de besoin. Le secrétariat du COFIL est assuré par l'ARS.

5.2 : Instances techniques

Le Comité Technique d'ingénierie (CTI)

Le CTI, piloté par l'ARS, a pour mission de gérer le fonds commun pour l'ingénierie de projet des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires. Il rend un avis technique sur les dossiers validés par les COD et accorde, si nécessaire, des subventions aux associations des professionnels de santé pour des missions d'ingénierie.

Le CTI est composé de l'ARS, de la Région Normandie, de l'URML et des signataires de la Charte qui souhaiteraient participer au fonds commun d'ingénierie.

Le CTI se réunit a minima une fois par an et autant que de besoin. Le secrétariat du CTI est assuré par l'ARS.

Les Comités Opérationnels Départementaux (COD)

Les COD ont pour mission d'évaluer et d'instruire les demandes de projets de PSLA et de l'ensemble des structures pluridisciplinaires d'exercice coordonné et regroupé déposés par les professionnels de santé ou les collectivités des territoires concernés. Ils ont également pour mission de valider les projets de santé des équipes pluridisciplinaires souhaitant émerger à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Les COD sont animés par les Présidents des Conseils de l'Ordre des médecins dans les départements de la Manche et de l'Orne, par le Président de l'URML dans le département du Calvados et par les délégués départementaux de l'ARS dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime.

Ils sont composés de l'ARS, de la Région Normandie, des Conseils Départementaux, des préfets ou leurs représentants, des URPS, de la DCGDR et de l'URIOPSS.

Les COD ont la possibilité de coopter des experts dans la mesure où les dossiers le nécessitent.

Les COD se réunissent à minima une fois par an et autant que de besoin.

L'organisation, l'animation et le secrétariat du COD est assuré par l'URML dans le Calvados.

L'organisation, l'animation et le secrétariat des COD est assuré par l'ARS dans les autres départements.

Le Comité de Suivi Territorialisé

Le CST a pour mission de réunir les professionnels de santé qui portent le projet de santé et les élus des collectivités qui portent le projet immobilier. Le binôme ainsi formé est garant du projet.

Le CST a la possibilité de faire appel au COD du département concerné à tout moment de la vie du projet de regroupement des professionnels de santé.

4.3.5 Article 6 : Stratégie de communication

Les partenaires s'engagent à mettre en œuvre une politique de communication commune permettant une meilleure visibilité et lisibilité de la politique PSLA et d'assurer la promotion des différents dispositifs d'accompagnement et de financement.

Cette stratégie de communication s'incarnera notamment à travers une page dédiée sur le site PAPS (Cf. : article 2.3) et l'élaboration d'outils de communication sur le parcours type d'un projet de regroupement ainsi que sur le rôle des instances.

4.3.6 Article 7 : Evaluation et suivi de la politique PSLA

L'évaluation permet de mesurer l'atteinte des objectifs fixés initialement et l'impact des actions sur la santé des populations au regard notamment des priorités de santé régionales décrites dans le PRS.

Suivi et évaluation

Le suivi permet de vérifier si les actions prévues sont effectivement engagées et d'apprécier le degré de déploiement de celles-ci. Il concerne tout ce qui a été mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés : les acteurs et leurs structures, le partenariat, l'organisation...

L'évaluation permet de mesurer l'atteinte des objectifs fixés initialement et l'impact des actions sur la santé des populations au regard notamment des priorités de santé régionales décrites dans le PRS.

Les outils développés par la FENOR permettent une auto-évaluation des PSLA et donc une évolution positive des modes d'exercices professionnels de santé regroupés au sein de ces structures.

Calendrier

La politique partenariale régionale fait l'objet d'un suivi, a minima, annuel. Elle a vocation à être évaluée à échéance de la présente Charte en 2020.

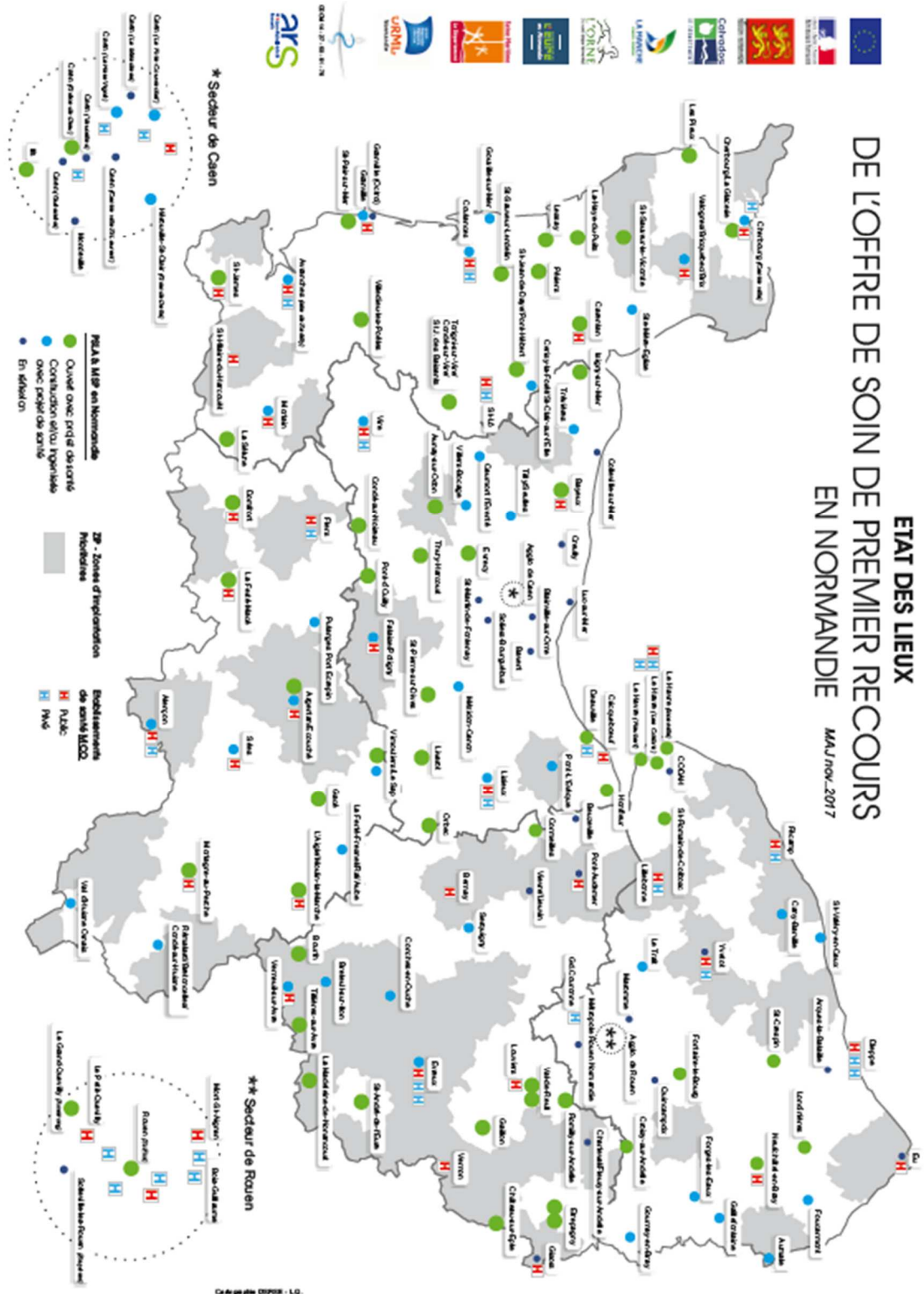
4.3.7 Article 8 : Durée et conditions de dénonciation

La présente Charte est conclue pour une durée de 3 années à compter de la date de signature par l'ensemble des parties.

Les partenaires ont la faculté de dénoncer pour leur propre institution la Charte. Cette dénonciation est envoyée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'ARS.

A Caen, le 15/11/2017, Liste des signataires

ANNEXE 5 :



ANNEXE 6 :

Objectifs relatifs aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (ARS Nouvelle-Aquitaine)

Dans le cadre de la feuille de route régionale pour la déclinaison du Plan national pour un égal accès aux soins, les objectifs de l'ARS Nouvelle-Aquitaine concernant les MSP sont les suivants :

1) Soutenir les projets de maisons de santé en mobilisant le FIR :

Pour rappel, l'accompagnement financier de l'ARS peut porter sur un ou plusieurs des axes suivants :

- étude de faisabilité, ingénierie, aide à la conception du projet de santé ;
- financement d'équipements collectifs contribuant à la coordination des soins, aux pratiques coopératives ou à l'accueil de stagiaire ;
- recours à un accompagnement juridique pour la structuration en SISA (forfait de 10 000 €) ;
- versement d'un forfait de coordination (20 000 €) non renouvelable (pour inciter les MSP à adhérer à l'accord conventionnel interprofessionnel).

Les aides accordées dans le cadre du FIR sont, en principe, limitées à 50 000 € par MSP.

2) Fluidifier l'instruction et la validation des projets de MSP faisant appel à des aides à l'investissement pour le projet immobilier.

La validation des projets de santé des MSP relève de la compétence de l'ARS et est assurée par les délégations départementales.

Pour les MSP faisant appel à une aide à l'investissement pour le projet immobilier, une procédure de sélection a été définie en 2016 en lien avec le Conseil régional et le SGAR. Cette procédure de sélection repose un Comité régional de sélection et sur des comités départementaux qui se réunissent en amont du Comité régional.

➤ Procédure de sélection :

- Étape 1 :

Accompagnement au montage de projet, de l'émergence du projet (étude de faisabilité, diagnostic, définition des besoins, maillage territorial...) à la formalisation du projet de santé et du projet immobilier :

✍ Délégations départementales de l'ARS, en lien avec les différents financeurs.

- Étape 2 :

Instruction et validation des projets de santé, au regard du cahier des charges des maisons de santé et du projet régional de santé :

✍ Délégations départementales de l'ARS

Instruction et validation technique du projet immobilier et du plan de financement par les différents partenaires, au regard des règlements d'intervention des différents fonds sollicités :

✍ Préfecture de département, Conseil régional, Conseil départemental, Communautés de communes, Délégation départementale de l'ARS...

- Étape 3 :

Réunion du comité départemental (autant que de besoin dans l'année)

Examen par le comité départemental des projets faisant appel à une aide à l'investissement ;

Présentation du projet de santé (validé par l'ARS) et du projet immobilier par les porteurs de projet (représentant des professionnels de santé et collectivité locale) ;

Formalisation de l'avis respectif des différents financeurs ;

Transmission de la synthèse du Comité départemental avec l'avis respectif des différents financeurs au Comité régional de sélection.

- Étape 4 :

Validation par le Comité régional de sélection des projets faisant appel à une aide à l'investissement ;

Engagements financiers de l'État, du Conseil régional, du Conseil départemental ;

Planification régionale et suivi de la montée en charge du dispositif ;

Coordination régionale entre projets de santé et aménagement du territoire.

➤ Composition du Comité régional de sélection :

Présidence :

- Préfet de région
- Directeur général de l'ARS - Président du Conseil régional

Membres :

- Préfet de région (SGAR)
- Préfets de département (dont les projets de MSP sont inscrits à l'ordre du jour)
- ARS siège
- Conseil régional
- Conseils départementaux (dont les projets de MSP sont inscrits à l'ordre du jour)

- Union régionale des professionnels de santé Médecins
- Union régionale des professionnels de santé Infirmiers
- Union régionale des professionnels de santé Masseurs-Kinésithérapeutes
- Union régionale des professionnels de santé Sages-femmes
- Union régionale des professionnels de santé Pharmaciens
- Union régionale des professionnels de santé Chirurgiens-dentistes
- Le représentant de la Fédération régionale des MSP
- Le représentant de l'Assurance maladie (Régime général)
- Le représentant de la Mutualité sociale agricole (MSA)
- Le représentant du Régime Social des indépendants (RSI)
- Le Directeur régional de la Caisse des dépôts et consignations
- Le représentant des usagers

Afin de fluidifier et d'accélérer l'instruction et la validation des projets de MSP faisant appel à des aides à l'investissement pour le projet immobilier, le Comité régional de sélection des MSP se réunit au moins 2 fois par an depuis 2017, contre 1 fois par an auparavant).

3) Conforter les actions de facilitation (accompagnement par les pairs) proposée par la fédération régionale des MSP (FNAMPoS) :

La fédération régionale des maisons de santé (FNAMPoS) met en œuvre un accompagnement via des pairs qualifiés de « facilitateurs ». Un CPOM a été conclu entre l'ARS et la FNAMPoS pour la période 2017-2019. Ce CPOM fixe notamment les objectifs suivants :

- Promouvoir l'exercice coordonné, notamment au sein de MSP ;
- Mettre en œuvre des actions de facilitations à destination des professionnels de santé afin de permettre, par l'expertise d'un pair expérimenté, l'appropriation du mode d'exercice coordonné ;
- Assurer la promotion de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)
- Apporter un appui aux structures d'exercice coordonné pour la mise en place d'actions de santé publique ;
- Apporter un appui aux structures d'exercice coordonné dans le choix et la mise en place de leur système d'information partagé ;
- Favoriser la diffusion des bonnes pratiques ainsi que la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des pratiques.

En fonction du degré de maturité de l'équipe pluriprofessionnelle concernée, la FNAMPoS propose différents niveaux d'accompagnement (cf. fiches-action du CPOM de la FNAMPoS).

4) Favoriser la « professionnalisation » de la coordination au sein des MSP, avec la généralisation de la formation de coordinateur (EHESP) :

La formation à la fonction d'animateur / coordinateur au sein des équipes de soins primaires, expérimentée en ex-Poitou-Charentes en 2016 et 2017, est généralisée et étendue à l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine en 2018-2019.

Cette formation vise notamment à soutenir l'émergence de coordinateurs au sein des équipes de soins primaires, en appui aux professionnels de santé « leader », favoriser les pratiques pluriprofessionnelles et l'amélioration du service rendu aux patients. Il s'agit d'une formation-action qui se déroule sur 2 ans.

La réunion de lancement de la nouvelle formation (présentation des modalités d'organisation de la formation et de son contenu) a eu lieu le 16 mars. Environ 50 personnes de toute la région vont suivre cette formation.

5) Engager une démarche proactive pour favoriser l'implantation de nouvelles MSP dans les territoires les plus en difficulté :

Il s'agit d'identifier les territoires de vie en « très grande difficulté » à prioriser pour l'implantation de nouvelles MSP, sur la base d'un indicateur composite prenant notamment en compte le nombre de médecins manquant pour atteindre la moyenne nationale de 1 médecin pour 1 000 habitants, de définir, au-delà du cahier des charges des MSP, des facteurs clés de réussite pour lutter contre la désertification médicale (au moins 3 médecins, au moins un médecin maître de stage, des locaux permettant d'accueillir des médecins supplémentaires...) et d'organiser des réunions territoriales avec les médecins généralistes des territoires ciblés (en lien avec l'URPS, le CDOM, la FNAMPoS et les collectivités locales), afin de les inciter et les accompagner dans la création de MSP réunissant les critères définis précédemment.

6) Promouvoir l'accord conventionnel interprofessionnel auprès des équipes pluriprofessionnelles :

L'accord conventionnel interprofessionnel dit « ACI » (approuvé par arrêté du 24 juillet 2017 et publié au JO du 5 août 2017) se substitue au règlement arbitral du 23 février 2015.

Il permet de généraliser les rémunérations forfaitaires d'équipes pour les professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé (mono-sites et multi-sites), afin de financer, notamment, la coordination (rémunération moyenne, au niveau national, de 40 000 par an par structure).

Deux réunions régionales d'information sur l'ACI ont été organisées en 2017 par la FNAMPoS, en partenariat avec l'ARS et l'Assurance maladie : le 23 septembre à Angoulême et le 30 septembre à Mont-de-Marsan.

Au 1^{er} avril, 59 MSP ont adhéré à l'ACI en Nouvelle-Aquitaine, soit environ 42 %.

Grille d'analyse dynamique du projet de (Département)

Rubriques	Éléments présents dans le projet de MSP de ... portée par ...	Cocher si présent
-----------	---	-------------------

1/ Motivation du projet et coordonnées

Portage du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté commune des élus et des professionnels de santé de porter le projet 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les PS seront locataires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Engagement de la collectivité territoriale à être propriétaire des locaux ○ Engagement des professionnels de santé à devenir locataires 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les PS seront propriétaires 	
Motivation du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale <ul style="list-style-type: none"> ○ Anticipation des départs de PS, ○ Augmentation de la demande de soins 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté de regroupement coordonné des PS 	
Type de projet	<ul style="list-style-type: none"> • MSP monosite 	
	<ul style="list-style-type: none"> • MSP multisites 	
Personne contact	<ul style="list-style-type: none"> • Nom, prénom : 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Profession : 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone : 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Courriel 	
Zonage SROS	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Zonage conventionnel	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

Zone de revitalisation rurale	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
Quartier prioritaire ville QPPV			
Commentaires DD ARS			

Rubriques	Eléments présents dans le projet de MSP	ACI	Cocher si présent
-----------	---	-----	-------------------

2/ Le projet de santé (1)

Diagnostic préalable	• Territoires d'intervention définis (> 3500 hb)		
	• Analyse de l'offre de soins sur le territoire réalisée		
	• Analyse des besoins de soins sur le territoire réalisée		
Projet professionnel	• Au minimum 2 généralistes et 1 paramédical		
	• Association de portage du projet créée		
	• SISA constituée		
	• Nombre de sites constituant la MSP défini		
	• Liste des PS signataires du projet de santé établie		
	• Signature manuscrite du projet de santé par tous les PS concernés		
Accès aux soins <i>Accessibilité</i>	• Accessibilité géographique définie (pour personnes à mobilité réduite)		
	• Accessibilité financière précisée (secteur 1)		
	• Accessibilité sociale assurée (prise en charge des patients bénéficiant de la CMU, AME, migrants...)		
Accès aux soins <i>Prévention et Santé Publique</i>	• Actions de prévention organisées		
	• ESPREC - Equipe de Soins de Premiers Recours En suivi de Cas complexe		
	• ETP		
	• Dépistage de la fragilité par les IDE		
	• Infirmière ASALEE		
	• Missions de Santé Publique prévues et conformes au PRS	Option	
	• Liens avec politique de la ville et CLS • Liens avec une PTA, CPTS		

Rubriques	Eléments présents dans le projet de MSP	ACI	Cocher si présent
-----------	---	------------	-------------------

2/ Le projet de santé (2)

Accès aux soins <i>Horaires, organisation des soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de la structure de 8 à 20 h et le samedi matin 	SOCLE et PREREQUIS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture entre 10 et 12 heures par jour 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture entre 8 et 10 heures par jour 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture le samedi matin 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse organisée aux soins non programmés les jours ouvrés 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la continuité des soins (8/20h, présence de médecin assurée) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de médecin 2nd recours, pharmacien, paramédicaux 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations externes de médecin 2nd recours, pharmacien, sage-femme, dentiste 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de professionnels du secteur social, médico-social 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Salle pour la prise en charge des soins non programmés 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Numéro de téléphone unique pour la MSP 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Activité MCS 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la PDSA 		

Commentaires DD ARS	
----------------------------	--

Rubriques	Éléments présents dans le projet de MSP	ACI	Cocher si présent
-----------	---	-----	-------------------

2/ Le projet de santé (3)

Travail en équipe pluri-professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur externe à la MSP (personnel administratif) 	SOCLE et	
	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur interne à la MSP (PS ou administratif) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Missions du coordonnateur définies 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle du secrétariat défini 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Salle de réunion prévue 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions de concertation pluripro (6/an – trace SI) 	SOCLE	
	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles pluri-professionnels écrits (référentiels HAS) et organisés (implication des PS, suivi, évaluation) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Coopérations interprofessionnelles prévues (article 51 Loi HPST) : dépistage de la fragilité et/ou infirmière ASALEE 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à produire un volet de synthèse médicale pour les patients hospitalisés ou consultants à l'extérieur de la MSP 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Présence prévue d'un coordonnateur du soin (infirmier) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement à développer le partenariat avec les autres acteurs du territoire : acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC, réseaux, etc.) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lien avec le secteur de la psychiatrie défini 			

Commentaires DD ARS	
----------------------------	--

Rubriques	Éléments présents dans le projet de MSP	ACI	Cocher si présent
-----------	---	-----	-------------------

2/ Le projet de santé (4)

Enseignement et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de jeunes PS (2 stages / an) 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtres de stages MG formés ou en cours de formation 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des étudiants organisé (logement, bureaux pour la supervision, présentation...) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de formations interprofessionnelles 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à des programmes de recherche en soins primaires 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un chef de clinique en médecine générale 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Critères MSP Universitaire 		
Démarche qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-évaluation prévue par matrice de maturité (HAS) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins une réunion annuelle dédiée à l'analyse du fonctionnement et des pratiques dans la MSP 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Participation des usagers à cette réunion 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des pratiques programmée (revue de morbi-mortalité – analyse des évènements indésirables) (HAS) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques (groupes d'échange de pratiques) 		
Implication des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Information organisée 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction (démarche qualité) 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions avec l'équipe 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de l'expérience des patients « experts » (HAS) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux aidants 		

Commentaires DD ARS	
----------------------------	--

Rubriques	Éléments présents dans le projet de MSP	ACI	Cocher si présent
-----------	---	-----	-------------------

2/ Le projet de santé (5)

Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> Conforme au cahier des charges de l'ASIP Santé V2 niveau standard 	SOCLE et	
	<ul style="list-style-type: none"> Conforme au cahier des charges de l'ASIP Santé V2 niveau avancé 	OPTION	
	<ul style="list-style-type: none"> Engagement des professionnels de santé à mettre en commun la partie du dossier médical nécessaire à la prise en charge rapide du patient par tous les professionnels de santé en cas d'urgence ou de besoin particulier 		
	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'une messagerie sécurisée 		
	<ul style="list-style-type: none"> Capacité à produire des données cliniques (codage) 		
	<ul style="list-style-type: none"> Suivi du SI par l'éditeur du logiciel (contrat de maintenance...) 		
Accord Conventionnel Interprofessionnel	<ul style="list-style-type: none"> Eligibilité potentielle ACI (socle et prérequis) 		
	<ul style="list-style-type: none"> Eligibilité potentielle ACI (socle + prérequis + options) 		
Appui au portage du projet (hors ARS)	<ul style="list-style-type: none"> Facilitation FORMS pour le portage du projet 		
	<ul style="list-style-type: none"> Intervention d'une société de consultant ou ESPAGE ou autre 		
	<ul style="list-style-type: none"> Appui d'un temps de coordinatrice en santé 		
	<ul style="list-style-type: none"> Appui de la CPAM 		

Commentaires DD ARS	
----------------------------	--

Date de dépôt du dossier	
Date de passage du dossier au comité départemental des exercices coordonnés	
Date de passage du dossier au comité régional de sélection des MSP	
Date (prévisionnelle) d'ouverture de la MSP	
Plan de financement (prévisionnel et/ou réel)	<p><u>Financements pour l'investissement :</u></p> <p>ETAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • FNADT • DETR • Contrats ville • Contrats de ruralité <p>EUROPE</p> <ul style="list-style-type: none"> • FEDER • FEADER <p>COLLECTIVITES TERRITORIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Régional • Conseil Départemental • Communautés de communes • Pays • Autres <p>CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATION</p> <p>AUTOFINANCEMENT</p> <p>EMPRUNT</p>

Avis d'instruction DD ARS

PROJET DE SANTE

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) monosite /
multisites (*supprimer la mention inutile*) de

Version n°

Etablie en date du :

Statut juridique SISA Association loi 1901
 Autre (préciser) :

N° FINESS EJ :
(attribués par l'ARS) ET :

N° SIRET SISA :
Association⁴⁰ :

Coordonnées de la Adresse postale :

MSP/ centre de santé

(bâtiment socle siège de la
structure juridique si MSP
multisites)

Téléphone :

Fax :

Courriel :

⁴⁰ L'attribution d'un numéro SIRET n'est pas automatique pour les associations ; une demande d'attribution doit être adressée à la direction régionale de l'INSEE compétente (coordonnées sur le site http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=entreprises/sirene/sirene_dr.htm), accompagnée d'une copie des statuts et de la déclaration au Journal Officiel ; une lettre type de demande est disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/associations/R2628.xhtml>.

Zone prioritaire sur le oui
plan démographique non

Date d'ouverture
(MM/AAAA)

(si projet immobilier en cours)

Personne contact

(nom, prénom, profession,
téléphone, courriel)

Représentant de la
structure

Projet de santé support oui
de la demande non
d'adhésion à l'ACI

Une maison de santé pluri-professionnelle (**MSP**) est une personne morale constituée à minima entre deux médecins généralistes et un professionnel paramédical – regroupés ou non dans des locaux communs – qui partagent un **projet de santé**. Ce projet de santé est transmis à l'ARS (article L. 6323-3 du code de la santé publique) qui en vérifie la conformité aux dispositions du cahier des charges national.

Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Il définit le projet mis en œuvre par les professionnels pour assurer la prise en charge des patients sur un territoire défini, que ce soit en termes de prévention, d'accès et continuité des soins ou de coordination des prises en charge. **Le projet de santé doit être en conformité avec le Projet Régional de Santé** (<http://www.ars.occitanie.sante.fr/Le-projet-regional-de-sante.110401.0.html>).

Des professionnels ou structures du monde médico-social ou social peuvent, au-delà des professionnels de santé, en être signataires s'ils concourent à la réalisation de ce projet de santé.

Le projet de santé est un document évolutif, amené à être enrichi au fur et à mesure de l'évolution de la structure. Au démarrage, **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.

Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « maisons de santé » et ainsi prétendre à accéder aux nouveaux modes de rémunération (sous réserve du respect d'un certain nombre de critères sociaux et d'une contractualisation avec l'Assurance maladie et l'ARS).

La "**trame-type**" de projet de santé ci-après proposée a été établie par l'ARS Occitanie à partir d'un document produit par l'ARS Rhône-Alpes sur la base du cahier des charges national des maisons de santé pluri-professionnelles, de l'accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 avril 2017 www.femasif.fr/wp-content/uploads/2017/06/Texte-ACI-Structures-pluri-pro-VF.pdf et du référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluri-professionnels de soins primaires (dit matrice de maturité) de la Haute-Autorité de Santé (HAS) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires

Elle a vocation à guider les professionnels qui souhaitent se constituer en MSP dans l'élaboration de leur projet de santé, en proposant une structuration (plan) et une aide au remplissage (éléments en italique de couleur bleue que les professionnels voudront bien supprimer une fois leur document élaboré).

Les professionnels demeurent toutefois libres et responsables du contenu de leur projet de santé.

SOMMAIRE

1.	Diagnostic préalable	XXIV
1.1	Territoire d'intervention	XXIV
1.2	Analyse de l'offre de soins existante sur le territoire	_ Erreur ! Signet non défini.
1.3	Analyse des besoins de soins sur le territoire	XXV
2.	Projet professionnel	XXVI
2.1	Structuration juridique / gouvernance	XXVI
2.2	Implantation géographique	XXVI
2.3	Liste des professionnels	XXVIII
3.	Accès aux soins	XXXIII
3.1	Accessibilité	XXXIII
o	Accessibilité géographique	XXXIII
o	Accessibilité financière	XXXIII
o	Accessibilité sociale	XXXIII
3.2	Actions de prévention et missions de santé publique	XXXIV
3.3	Horaires d'ouverture et organisation des soins	XXXVI
o	Horaires d'ouverture et accueil / prise de RV et orientation	XXXVI
o	Accès à des soins non programmés	XXXVI
o	Accès à des spécialités ou techniques particulières	XXXVII
o	Continuité des soins en l'absence du médecin traitant	XXXVIII
3.4	Permanence des soins ambulatoires (PDSA)	XXXVIII
4.	Travail en équipe pluri-professionnelle	XL
4.1	Organisation de la coordination	XL
4.2	Concertation pluri professionnelle sur les cas complexes	XLI
4.3	Elaboration de protocoles pluri-professionnels	XLII
4.4	Coopérations interprofessionnelles (art. 51 de la loi HPST)	XLIV
4.5	Coordination avec les professionnels et structures extérieurs	XLV
4.6	Formation – recherche – qualité	XLVII
o	Accueil de futurs professionnels	XLVII
o	Formation continue des professionnels de la MSP	XLVII

- Recherche _____ XLVIII
 - Démarche qualité _____ XLIX
5. Dispositif / système d'information XLIX
- 5.1 Dispositif d'information mis en place au sein de la MSP _____ XLIX
 - 5.2 Accès du patient à ses données médicales _____ LI
 - 5.3 Modalités de partage des informations de santé _____ LI
 - Entre les professionnels de la MSP _____ LI
 - Avec les autres acteurs du territoire _____ LI
 - 5.4 Gestion et exploitation des données cliniques _____ LII

ANNEXES **Erreur ! Signet non défini.**

1. DIAGNOSTIC PREALABLE

1.1 Territoire d'intervention

*La MSP définit son territoire d'intervention, comprenant généralement un territoire d'intervention **primaire** (= territoire sur lequel la MSP s'engage à prendre en charge tout nouveau patient) et un territoire d'intervention **secondaire** (pas d'engagement de prise en charge, acceptation au cas par cas). Le nombre d'habitants sur ce territoire est indiqué (en précisant, le cas échéant, les variations saisonnières).*

Ce territoire est nécessairement défini pour les médecins généralistes ; sa définition est également recommandée pour les autres professions (en visant une cohérence entre les différents territoires ainsi définis).

1.2 Analyse de l'offre de soins existante sur le territoire

*La MSP fait un état des lieux de l'**offre de soins de premier recours** présente sur son territoire d'intervention (pour chaque profession : nombre de professionnels, densité – à comparer avec les densités départementales, régionales et/ou nationales –, âge moyen, évolutions récentes ou à venir – nouvelles installations, départs programmés, etc.).*

Les MSP, Centres De Santé, Equipes de Soins Primaires et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé existantes dans le département sont mentionnés.

*La **situation du territoire vis-à-vis du zonage** défini dans le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) est précisée pour les médecins généralistes, dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.*

L'accès à l'**offre de soins de second recours**, libérale et/ou hospitalière, est également précisé (lieux d'attractivité et temps de déplacement), de même que le **service d'urgence** et le **SMUR de référence**. Le cas échéant, la présence de médecins correspondants du SAMU (MCS) sur le territoire est mentionnée.

Le nombre d'**établissements médico-sociaux** pour personnes âgées (EHPAD) et personnes handicapées (FAM, IME, MAS, etc.) présents sur le territoire peut également être utilement mentionné.

1.3 Analyse des besoins de soins sur le territoire

La MSP présente les **grandes caractéristiques** de la population située sur son territoire d'intervention :

- **profil démographique** : évolution démographique, sur- ou sous- représentation de certaines classes d'âge par rapport aux moyennes départementales, régionales et nationales et évolution, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées et les enfants, etc.
- **profil social** : taux de bénéficiaires CMUc et AME comparativement aux moyennes départementales, régionales et/ou nationales, MSP située dans ou à proximité d'un quartier prioritaire de la politique de la ville, etc.
- **profil pathologique** : taux de vaccination et de dépistages et situation vis-à-vis des objectifs ROSP, pathologies prégnantes (sureprésentation de certaines ALD par rapport aux moyennes, etc.)

2. PROJET PROFESSIONNEL

3.1 Structuration juridique / gouvernance

NB : une MSP étant une personne morale, elle doit nécessairement être structurée autour d'une entité juridique.

La MSP indique la ou les structures de gouvernance qui regroupent les professionnels signataires du projet de santé (association loi 1901, SISA...).

Pour chacune d'entre elles, elle précise les éléments suivants :

- nom ;
- adresse du siège social et n°SIRET
- date de constitution ;
- objet général ;
- identité des représentants, officiels (président, trésorier, etc.) ou non (éventuels référents thématiques désignés) ;
- périmètre de ses membres (pour rappel, seuls les professions médicales, auxiliaires médicaux et pharmaciens peuvent constituer une SISA, tandis que l'association peut regrouper tous les signataires potentiels du projet de santé, au-delà des professionnels de santé reconnus par le code de la santé publique : psychologues, professionnels du social, personnes morales telles centres de santé, etc.) ;
- rôle de ses organes de gouvernance (assemblée générale, bureau, etc.)

En cas de coexistence de plusieurs structures (association et SISA), l'articulation entre les deux est décrite.

La MSP précise dans quelle mesure les usagers sont associés, le cas échéant, à la gouvernance de la MSP.

*NB : pour pouvoir percevoir les nouveaux modes de rémunération (ACI), la MSP doit nécessairement **constituer une SISA**. A titre dérogatoire et sous réserve d'un engagement, les professionnels de santé peuvent disposer d'un délai de 6 mois pour se constituer sous cette forme, à compter de la date de signature du contrat relatif aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Aucune avance ne pourra cependant être versée tant que la SISA n'est pas constituée.*

3.2 Implantation géographique

La MSP précise si elle est organisée en MSP monosite (professionnels regroupés au sein d'un bâtiment unique) ou en MSP multisites (professionnels répartis dans des locaux distincts).

Cette distinction entre MSP mono et multisites permet de ne plus utiliser le terme de pôle de santé que pour des projets liant des professionnels de santé, des structures type MSP, 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 (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 article 40 et article L.6323-4 du code de la santé publique).

*Dans le cas d'une **MSP monosite**, sont précisés :*

- *le porteur du projet immobilier (intercommunalité ou mairie – directement ou via un bailleur –, privé, etc.) ;*
- *l'adresse du bâtiment ;*
- *la date – ou date prévisionnelle – d'entrée dans les locaux.*

*Dans le cas d'une **MSP multisites**, sont précisés :*

- *le nombre de sites sur lesquels sont répartis les professionnels de santé ;*
- *l'adresse du bâtiment socle (celui où est domicilié la structure juridique et où figure généralement tout ou partie des médecins généralistes et la salle de réunion) ;*
- *s'il est public, le porteur du projet immobilier de ce "bâtiment socle" (intercommunalité ou mairie – directement ou via un bailleur –, etc.) et la date – ou date prévisionnelle – d'entrée dans les locaux.*

La rémunération

Niveau 1 : 250 points fixes (1750 euros)

Niveau 2 : 250 points fixes en +, soit 500 points (3 500 euros)

Dérogation années 2017 et 2018 : professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure

Documents pour la CPAM

liste des professionnels de santé associés de la structure (au 31 décembre de l'année) avec pour chaque professionnel: nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale.

la liste des professionnels de santé salariés pour les centres de santé

Liste des professionnels de santé assurant des **vacations** ou **consultations avancées** au sein de la MSP :

Nom	Prénom	Profession	N°ADELI	N°RPPS	Nb de ½ journées travaillées par semaine	½ journées concernées

Interventions de professionnels extérieurs à la structure (ACI 2017)

Critère optionnel

Spécialistes du second recours et autres : niveau 1 et niveau 2

Consultations de 2nd recours par des professionnels extérieurs à la structure : spécialités médicales hors MG ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine.

Niveau 1 : en moyenne 2 jours/mois

Niveau 2 : en moyenne minimum 2,5 jours/semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).

La rémunération

Niveau 1 : 250 points fixes (1750 euros)

Niveau 2 : 250 points fixes en +, soit 500 points (3 500 euros)

Présence physique de ces professionnels demandée.

Documents pour la CPAM

liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel: nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure.

Liste des médecins intervenant dans le cadre d'un **Contrat de Solidarité Territoriale Médecin** (CSTM) au sein de la MSP :

Nom	Prénom	Profession	N°ADELI	N°RPPS	Nb de ½ journées travaillées par semaine	½ journées concernées

Accueil de médecins CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)

Critère optionnel

Intervention au sein de la structure d'au moins 1 médecin signataire d'un CSTM

Les CSTM sont des nouveaux contrats mis en place par la convention médicale de 2016 en relais de l'option solidarité (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses).

La rémunération

200 points fixes (1400 euros)

Documents pour la CPAM

Production de la copie du contrat CSTM

Liste des professionnels chargés de la **coordination** de la MSP (coordonnateur interne à l'équipe, coordonnateur externe à l'équipe, temps de secrétariat dédié à la coordination, etc.) :

Nom	Prénom		Fonction	Employeur(s)	Nb de ½ journées travaillées par semaine	Commentaires

Fonction de coordination (ACI 2017)

Critère socle et prérequis

La fonction de coordination regroupe notamment 4 grandes catégories de missions :

- animation de la coordination interprofessionnelle,
- coordination des parcours et des dossiers patients,
- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé
- relations avec l'assurance maladie, l'ARS, les collectivités, etc.

La rémunération

700 points fixes (4900 euros)

+1350 points variables par tranche de 4 000 patients, jusqu'à 8 000 patients

+1000 points par tranche de 4 000 patients, au-delà de 8 000 patients

Exemple : 10 000 patients

$700 + 1350 \times 2 + 1000 / (4\ 000 / 2\ 000) = 3\ 900$ points (27300 euros)

Documents pour la CPAM

Documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée :

- soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction
- soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste...

Liste des professionnels chargés du **fonctionnement administratif** de la MSP (secrétariat, délégué à l'information médicale, comptable, etc.) :

Nom	Prénom	Fonction	Employeur(s)	Nb de ½ journées travaillées par semaine	Commentaires

Autres professionnels et structures associés au projet de santé :

Sont ici concernés les professionnels du social (assistantes sociales, etc.) et éventuelles structures présentes dans les locaux de la MSP et travaillant avec les professionnels de santé de la MSP (PMI, services d'aides à domicile, permanences CPAM, etc.)

3. **ACCES AUX SOINS**

4.1 Accessibilité

- **Accessibilité géographique**

La MSP s'engage à prendre en charge tout nouveau patient sur le territoire qu'elle dessert (territoire primaire défini dans le diagnostic).

Sont également précisés ici la desserte de la MSP par les transports en commun, le respect des normes accessibilité du bâtiment et la présence de places de parking réservées aux personnes à mobilité réduite, la réalisation de visites à domicile pour les personnes dont l'état de santé ne permet pas de se déplacer, etc.

- **Accessibilité financière**

La MSP précise les tarifs pratiqués (secteur 1 / tarifs de la CCAM), les cas dans lesquels elle applique le tiers payant sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Les modalités d'information des patients sur les tarifs pratiqués sont précisées.

- **Accessibilité sociale**

La MSP s'engage à ne pas pratiquer de discrimination de quelque sorte que ce soit.

Elle précise le cas échéant les mesures mises en place pour aider les personnes en difficulté sociale dans leurs démarches administratives, ainsi que les éventuelles mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins, plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité ou de handicap, quel que soit leur âge.

La présence éventuelle d'une offre sociale (assistante sociale, etc.) au sein de la MSP est également mentionnée.

4.2 Actions de prévention et missions de santé publique

La MSP précise les actions de prévention (vaccination, dépistages, éducation thérapeutique, etc.) et autres missions de santé publique (développement d'une offre d'accès à l'IVG médicamenteuse hors établissement, etc.) dans lesquelles elle est engagée ou projetée de s'engager, en précisant les éventuelles formations suivies par des membres de l'équipe à cet effet et éventuelles conventions signées.

La MSP précise son intention de s'engager dans un protocole de coopération interprofessionnelle- art. 51 de la loi HPST- (Cf paragraphe 4.4)

Les éventuels liens avec les Ateliers Santé Ville (ASV), la politique de la ville et contrats locaux de santé sont décrits.

NB : tout programme d'éducation thérapeutique doit faire l'objet d'une autorisation par l'ARS avant sa mise en œuvre.

Missions de santé publique (ACI 2017)

Critère optionnel

Réalisation de missions de santé publique à choisir dans une liste des thèmes (cf liste ci-dessous) ou en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale

Lutte contre la tuberculose

Surpoids et obésité chez l'enfant

Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans

Prévention du suicide

Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans expérimentation PAERPA

Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité

Éducation thérapeutique et éducation à la santé

La rémunération

350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée (2450 euros)

Une mission au plus rémunérée par thème retenu.

Maximum de 2 missions rémunérées dans l'année (donc 2 thèmes différents).

Documents pour la CPAM

Annexe au contrat structure / CPAM / ARS où sont précisés le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission

Justificatifs à transmettre.

Un bilan des actions de prévention et autres missions de santé publiques menées les années précédentes ainsi que le programme de travail pour l'année à venir figurent en annexe 1.

4.3 Horaires d'ouverture et organisation des soins

- **Horaires d'ouverture et accueil / prise de RV et orientation**

La MSP indique les jours et horaires d'ouverture, en précisant à minima :

- les horaires et missions (prise de rdv téléphonique, accueil physique, orientation, etc.) du secrétariat ;
- les horaires de présence et/ou consultation des médecins généralistes ;
- les modalités d'information des patients sur ces jours et horaires d'ouverture (affichage extérieur et intérieur, etc.) ;
- les modalités de gestion de la pause méridienne (secrétariat et/ou médecin joignable ? répondeur téléphonique ? etc.) ;

Les horaires et jours d'ouverture des autres professions sont également mentionnés.

Amplitude des horaires (ACI 2017)

Critère socle et prérequis

Ouverture de la structure de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi matin et pendant les congés scolaires (NB : pas de nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents sur l'amplitude des horaires)

La rémunération

800 points fixes (5600 euros)

Si intégralité de l'amplitude couverte ou si dérogation accordée au regard de la PDSA

Minoration si amplitude réduite

- Perte de 60 points si ouverture entre 10 h et 12 h par jour en semaine (+ ouverture samedi matin)
- Perte de 150 points si ouverture entre 8h et 10 h par jour en semaine (+ ouverture samedi matin)
- Perte de 120 points si fermeture le samedi matin
- Perte de 20 points si fermeture pendant des congés scolaires (maximum de 3 semaines)

Documents pour la CPAM

Charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients à formaliser (modèle en annexe 4 de l'ACI).
Affichage de la charte d'engagement dans la structure
Transmission de cette charte à sa CPAM.

- **Accès à des soins non programmés**

La MSP indique comment s'organise l'accès à des consultations non programmées au sein des heures d'ouverture de la structure :

- rôles respectifs du secrétariat et des médecins dans la régulation téléphonique des demandes;

- *organisation retenue : plages horaires vacantes dans l'agenda de chaque médecin pour pouvoir y inscrire ses patients qui nécessitent d'être vus dans la journée, médecin dédié au non programmé – avec ou sans rendez-vous – chaque jour à tour de rôle en précisant l'amplitude horaire, etc.*

La MSP indique si elle prend en charge des soins non programmés (consultations + petites urgences type suture, petite traumatologie), en précisant les modalités d'accueil de ces petites urgences (médecin dédié ou chaque médecin sur ces créneaux réservés au non programmé, salle dédiée avec un niveau d'équipement adéquat, etc.)

La MSP précise s'il existe des médecins correspondants SAMU (MCS) dans la structure..

Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré (ACI 2017)

Critère socle et prérequis

Disponibilité des différents professionnels de santé pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique) et possibilité de consultations de soins non programmés.

NB : l'accès à des soins non programmés ne comptabilise pas de points, mais fait partie des pré requis.

Documents pour la CPAM

L'accès aux soins non programmés doit figurer sur la charte d'engagement de la structure.

- o **Accès à des spécialités ou techniques particulières**

Les consultations / vacations de sages-femmes et/ou chirurgiens-dentistes extérieurs à la MSP sont mentionnées en précisant le nombre de demi-journées travaillées.

Les consultations / vacations de spécialistes du second recours (cardiologue, ophtalmologiste, dermatologue, etc.) sont pareillement décrites.

Interventions de professionnels extérieurs à la structure (ACI 2017)

Critère optionnel

Spécialistes du second recours et autres : niveau 1 et niveau 2

Consultations de 2nd recours par des professionnels extérieurs à la structure : spécialités médicales hors MG ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine.

Niveau 1 : en moyenne 2 jours/mois

Niveau 2 : en moyenne minimum 2,5 jours/semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).

La rémunération

Niveau 1 : 250 points fixes (1750 euros)

Niveau 2 : 250 points fixes en +, soit 500 points (3 500 euros)

Présence physique de ces professionnels demandée.

Documents pour la CPAM

Liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure.

La MSP expose les éventuels services innovants mis en place pour permettre l'accès à des spécialités ou techniques particulières (télémédecine, offre d'IVG médicamenteuse hors établissement, etc.). Tout projet de télémédecine doit faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS avant sa mise en œuvre.

- **Continuité des soins en l'absence du médecin traitant**

La MSP indique la présence minimale de médecins généralistes requise chaque jour ouvré et l'organisation mise en place pour assurer cette présence minimum même en période de congés scolaires (concertation pour élaborer le planning des congés, recours à des remplaçants, etc.).

***NB** : pour pouvoir prétendre à accéder aux nouveaux modes de rémunération (critère socle et prérequis), la MSP doit assurer un accès aux soins sur les horaires d'ouverture cités supra, tout au long de l'année – à l'exception de 3 semaines maximum de fermeture pendant les périodes de congés scolaires incluses.*

Les modalités de prise en charge d'un patient en l'absence de son médecin traitant sont décrites (choix du médecin, accès au dossier médical du patient, information du médecin traitant et traçabilité de la consultation dans le dossier médical du patient, etc.)

4.4 Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La MSP décrit le dispositif de permanence des soins ambulatoire (= astreintes / gardes des médecins généralistes) mis en place sur le territoire : jours et horaires, régulation des appels (via le 15), garde assise au sein d'une maison médicale de garde (MMG) ou au cabinet, visites à domicile, etc.

La MSP précise la participation des médecins de la structure à cette PDSA et le respect des principes afférents (application du tiers-payant sur la part obligatoire pour toute consultation régulée, etc.)

Sont également décrites les modalités d'information des patients sur l'organisation mise en place sur le territoire aux heures de permanence des soins (mention sur les ordonnances, répondeur téléphonique, affichage à l'extérieur de la MSP et en salle d'attente / à l'accueil, site internet, encarts dans la presse locale, etc.)

La participation des autres professionnels de la MSP à des dispositifs de permanence des soins, qu'ils soient institutionnels (chirurgiens-dentistes, pharmaciens) ou non (ex : gardes volontaires de masseurs-kinésithérapeutes en période hivernale) est mentionnée le cas échéant.

4. TRAVAIL EN EQUIPE PLURI-PROFESSIONNELLE

5.1 Organisation de la coordination

La MSP indique comment est structurée la fonction de coordination en son sein :

- *identification d'un responsable : coordonnateur externe à la structure (préciser ses temps de présence au sein de la structure), professionnel de la MSP désigné par l'assemblée générale (préciser ses temps de coordination), etc. ;*
- *missions du responsable (au moins : animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et dossiers patients, suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, relations avec l'assurance maladie, l'ARS, les collectivités...);*
- *rôle du secrétariat (ex : accueil et orientation des patients, gestion des plannings de l'ensemble des médecins voire autres professionnels, organisation logistique des réunions pluriprofessionnelles, etc.);*
- *existence d'une salle de réunion (au sein de la MSP ou mise à disposition par une collectivité)*

Fonction de coordination (ACI 2017)

Critère socle et prérequis

La fonction de coordination regroupe notamment 4 grandes catégories de missions :

- *animation de la coordination interprofessionnelle,*
- *coordination des parcours et des dossiers patients,*
- *suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé*
- *relations avec l'assurance maladie, l'ARS, les collectivités, etc.*

La rémunération

700 points fixes (4900 euros)

+1350 points variables par tranche de 4 000 patients, jusqu'à 8 000 patients

+1000 points par tranche de 4 000 patients, au-delà de 8 000 patients

Exemple : 10 000 patients

$700 + 1350 \times 2 + 1000 / (4\ 000 / 2\ 000) = 3\ 900$ points (27300 euros)

Documents pour la CPAM

Documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée :

- *soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction*
- *soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste...*

5.2 Concertation pluri professionnelle sur les cas complexes

La MSP précise :

- la fréquence de ces réunions (définie et/ou à la demande) et les modalités de convocation des professionnels concernés ;
- les modalités de sélection des patients concernés (sur expression d'un besoin de la part d'un des professionnels qui en assure le suivi et/ou sur sélection à partir de critères objectivés)
- les objectifs de ces réunions ;
- la formalisation de leur tenue (préparation, feuille d'émargement, rédaction d'un compte-rendu, production de plans personnalisés de santé (PPS), intégration de ce compte-rendu et de ces PPS au dossier informatisé du patient, etc.) ;
- les modalités de suivi des décisions prises à l'occasion de ces réunions.

Un bilan des revues pluri-professionnelles sur cas complexes menées les années précédentes (nombre, catégorie de professionnels associés et type de pathologies traitées) ainsi que le programme de travail pour l'année à venir figurent en annexe 1.

Concertation pluriprofessionnelle (ACI 2017)

Critère socle

Organisation de réunions de concertation entre les professionnels de la structure autour du cas des patients relevant de certains thèmes (cf ci-dessous). A l'issue de la réunion, un compte rendu est à intégrer dans le dossier informatisé du patient.

La liste des thèmes à privilégier pour les protocoles pluriprofessionnels et à aborder lors des réunions de concertation a été étendue par rapport à celle qui était annexée au règlement arbitral de 2015.

Ci-dessous les principaux exemples (pour plus de précisions se reporter à l'annexe 3 de l'ACI):

Insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves, etc. (affections sévères);

Lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif etc. (pathologies chroniques en vue notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle);

AVK insulinothérapie, etc. (traitements nécessitant l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs).

Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté.

Sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...); plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique); patients polyopathologiques; soins palliatifs; suivi post AVC, etc.

Patients obèses ;

Grossesses à risque ou se déroulant dans un environnement psychosocial difficile;

Prise en charge rendue complexe par l'association à des troubles psychiques ou du comportement ou association à des difficultés sociales.

La rémunération

1000 points variables (7000 euros)

Rémunération maximale : si au moins 6 réunions par an et si le nombre de dossiers étudiés correspond à 5 % des patients médecins traitants présentant une ALD ou âgés de plus de 75 ans.*

Rémunération proratisée : si moins de dossiers que la cible.

** Dérogation pour les années 2017 et 2018 pour le calcul de la patientèle « médecin traitant » : prise en compte des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure.*

Si la maison de santé compte 1000 patients ALD ou + de 75 ans, cela fait 50 cas patients à examiner en réunion de concertation dans l'année. Ces patients peuvent être ni en ALD ni âgés, mais nécessiter une concertation car leur situation est complexe.

Documents pour la CPAM

Calendrier des réunions organisées + nombre de dossiers examinés par réunion

Comptes rendus des réunions de concertation mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.

5.3 Elaboration de protocoles pluri-professionnels

La MSP indique :

- *la fréquence des réunions de protocolisation et leur organisation ;*
- *les modalités de choix des thèmes abordés (définition annuelle collégiale en assemblée générale ou définition au fil de l'année, en fonction des propositions individuelles ou sur objectivation des besoins via l'analyse des données du système d'information, etc.) ;*
- *les modalités d'association des différents types de professionnels (désignation d'un ou plusieurs représentants de chaque profession concernée, ou présence de tous les professionnels volontaires, etc.) ;*
- *le respect des recommandations de la HAS pour l'élaboration de ces protocoles ;*
- *les modalités de diffusion des protocoles à l'ensemble des professionnels de la MSP ;*
- *les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de ces protocoles.*

Un bilan des protocoles pluri-professionnels élaborés les années précédentes (nombre, catégorie de professionnels associés et pathologies traitées) ainsi que le programme de travail pour l'année à venir figurent en annexe 1.

Elaboration de protocoles pluriprofessionnels (ACI 2017)

Critère socle

Élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Ces protocoles doivent notamment : être conformes aux recommandations, être adaptés à chaque équipe, répondre à un vrai besoin, préciser les interventions de chaque professionnel, être réactualisés régulièrement, etc. (cf texte de l'accord pour l'intégralité des critères).

*Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes fixés sur une liste (cf encadré précédent).
Pour les thèmes hors liste, examen au cas par cas par la CPAM en vue d'une éventuelle valorisation.*

La rémunération

100 points fixes par protocole (700 euros)

Maximum de 8 protocoles (5600 euros)

Un protocole validé une année peut être représenté l'année suivante.

Documents pour la CPAM

Les protocoles élaborés.

5.4 Coopérations interprofessionnelles (art. 51 de la loi HPST)

NB : Sont ici visées les coopérations interprofessionnelles mises en œuvre au sens de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, plus communément appelées "transferts de compétences". Ces coopérations interprofessionnelles consistent, pour un professionnel de santé, à déléguer à un autre professionnel certaines activités ou actes de soins qui ne sont pas prévus par les textes régissant leur exercice professionnel au travers d'un protocole strict. Ce protocole doit être autorisé par la HAS et faire l'objet d'un arrêté de l'ARS autorisant son application dans la région d'exercice des professionnels concernés. Les demandes d'autorisation sont à déposer sur le site <https://coopps.ars.sante.fr/>.

Si vous souhaitez mettre en place un protocole, vous pouvez vous adresser à la personne référente sur ce sujet, par mail à : fahrad.entezam@ars.sante.fr

Exemples de protocoles de coopérations interprofessionnelles :

- *Protocole ASALEE entre médecins et infirmiers (<http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html>),*
- *Diagnostic à domicile des personnes âgées fragiles par les IDE,*
- *Protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes pour le renouvellement de corrections optiques, etc. (consultables sur <https://coopps.ars.sante.fr/>)*

La MSP indique les coopérations interprofessionnelles mises en œuvre en son sein, en précisant les professionnels concernés et la date de début de l'activité.

5.5 Coordination avec les professionnels et structures extérieurs

La MSP précise les procédures mises en place, définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients :

- vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ;
- vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation ;
- vers les structures et services médico-sociaux.

La MSP précise si elle a confié cette tâche à un professionnel de santé « coordinateur du soin ».

La MSP est en capacité, pour ces transmissions, de produire le **volet de synthèse médical (VSM)** tel que défini par la HAS. Elle précise également l'utilisation de **la messagerie sécurisée** (Medimail ou autre).

La MSP liste les principaux professionnels et structures extérieurs avec lesquels elle travaille et précise les éventuelles conventions / procédures / réunions communes existantes.

Les liens avec le secteur de la psychiatrie font l'objet d'un focus particulier.

L'adhésion des professionnels de santé de la MSP à des réseaux de santé est mentionnée.

NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via les nouveaux modes de rémunération (critère optionnel), la MSP doit mettre en place une procédure définissant les **modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux**. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Coordination externe pour la prise en charge des patients (ACI 2017)

Critère optionnel

Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels et établissements extérieurs à la maison ou centre de santé.

Cette procédure doit permettre notamment la transmission du **Volet Médical de Synthèse** établi par le médecin traitant et complété par les autres professionnels.

NB : en conformité avec la réglementation applicable sur la gestion des données de santé.

La rémunération

200 points variables (base 4 000 patients)

Documents pour la CPAM

Tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à l'équipe, vers les hôpitaux, les Ehpad, les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel pour ceux-ci).

5.6 Formation – recherche – qualité

○ **Accueil de futurs professionnels**

La MSP indique, pour chaque profession, le nombre de professionnels maîtres de stage ou en cours de formation pour le devenir.

Pour les médecins généralistes, le nombre de terrains de stage ouvert chaque année est précisé, de même que le type de stagiaires accueillis (externes, internes en stage chez le praticien ou en SASPAS).

Les éventuelles facilités mises en place par les professionnels eux-mêmes ou par les collectivités pour permettre l'accueil de ces étudiants et stagiaires (hébergement, etc.) sont indiquées.

Formation des jeunes professionnels (accueil de stagiaires) ACI 2017

Critère optionnel

Accueil d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé).

La rémunération

450 points fixes (3150 euros)

Documents pour la CPAM

Copies des attestations ou conventions de stages réalisés au sein de la structure permettant d'identifier : le nom du stagiaire et la profession concernée par la formation, ainsi que les dates de réalisation du stage

○ **Formation continue des professionnels de la MSP**

Au-delà des obligations légales incombant à chaque profession (DPC, etc.), la MSP précise l'articulation entre le choix, par les professionnels, des formations, et les projets portés par la MSP (développement des formations interprofessionnelles, formations sur la coordination ou le management d'une MSP, formations sur l'éducation thérapeutique, formation pour devenir infirmier ASALEE, etc.)

Un bilan des formations suivies par les professionnels les années précédentes, en rapport avec les projets portés par la MSP, ainsi que les projets de formation pour l'année à venir figurent en annexe 1.

- **Recherche**

La MSP indique, le cas échéant, son souhait de participer à des programmes de recherche en soins primaires en lien avec l'université.

Un bilan des programmes de recherche auxquels a participé la MSP les années précédentes, ainsi que les projets de recherche auxquels elle envisage de participer pour l'année à venir figurent en annexe 1.

- **Démarche qualité**

La MSP indique les mesures mises en place pour permettre l'amélioration continue de l'organisation de la structure, de la qualité et de la sécurité des soins (gestion des risques) :

- Au moins une réunion annuelle dédiée à l'analyse du fonctionnement, des pratiques dans la MSP et des améliorations à engager via l'utilisation du référentiel d'analyse et de progression (RAP, dit "matrice de maturité") de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires) ;
- mise en place de revues de morbi-mortalité (RMM), groupes de pairs / groupes d'analyse de la pratique ;
- labellisations ;
- analyse des pratiques individuelles et collectives à travers le suivi d'indicateurs extraits du système d'information ;
- enquêtes de satisfaction auprès des usagers ;
- participation des usagers aux réunions d'analyse du fonctionnement,
- dispositif de recueil des incidents (effets indésirables, problèmes de prises en charge, difficultés rencontrées) ; http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2566412/fr/reperes-evenements-indesirables-associés-aux-soins-eias
- etc.

Satisfaction des patients (ACI 2017)

Critère optionnel

Mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients : questionnaire puis adaptations selon les besoins identifiés (organisation et services offerts de la structure, exemples : modalités d'accueil, contacts avec la structure, etc.)

Travail à mener si possible en lien avec des représentants des patients.

La rémunération

100 points fixes (700 euros)

Documents pour la CPAM

Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés.

5. DISPOSITIF / SYSTEME D'INFORMATION

6.1 Dispositif d'information mis en place au sein de la MSP

La MSP indique si elle est dotée d'un système d'information :

- partagé entre les médecins généralistes de la structure ;
- partagé entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé de la structure.

La MSP précise si le système d'information partagé est labellisé « V2 maisons et centres de santé » par l'ASIP santé ainsi que son niveau de labellisation (standard / avancé).

La liste des logiciels labellisés ainsi que leur niveau de labellisation est accessible sur le site internet de l'ASIP santé : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>

En l'absence de labellisation, la MSP précise si le système d'information est compatible avec le DMP.

Système d'information niveau standard (ACI 2017)

Critère socle et prérequis

Système d'information partagé entre professionnels de santé ayant obtenu la labellisation « maisons et centres de santé » de l'ASIP santé (base du référentiel V2 de l'ASIP santé)

A fin mai 2017, 13 logiciels étaient labellisés sur ce référentiel, dont 2 sur le seul périmètre « centres de santé ».

Ce label peut être délivré pour un niveau standard de fonctionnalités ou un niveau avancé. Seul le niveau standard est requis pour entrer dans le dispositif.

La rémunération

500 points fixes (3 500 euros)

+ 200 points par professionnels de santé associés de la structure ou salariés pour les centres de santé jusqu'à 16 professionnels,

+150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels.

La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel. Elle est renouvelable chaque année.

Exemple pour une structure de 10 professionnels :

$500 + 200 \times 10 = 2\,500$ points (soit 17500 euros)

Pour une structure de 20 professionnels :

$500 + 200 \times 16 + 150 \times 4 = 500 + 3\,200 + 600 = 4\,300$ points (soit 30100 euros).

Dérogation pour les années 2017 et 2018 : sont comptés les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure.

Dérogation en cas de SI ayant perdu sa labellisation ASIP santé : pendant deux années civiles, la structure peut percevoir une rémunération si les deux autres pré requis (amplitude horaire-soins non programmés et fonctions de coordination) sont remplis.

Documents pour la CPAM

Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Système d'information niveau avancé (ACI 2017)

Critère optionnel

Système d'information partagé entre professionnels de santé ayant obtenu la labellisation « maisons et centres de santé » de l'ASIP santé, de niveau avancé.

Le niveau avancé apporte des fonctionnalités supplémentaires.

Au 28 février 2017 3 logiciels avaient obtenu ce label : Acteurs CS, Chorus et éO

La rémunération

100 points fixes (700 euros) qui s'ajoutent aux points variables en fonction du nombre de professionnels.

Exemple : 2 500 points (niveau standard dans une maison de 10 professionnels) + 100 points (majoration niveau avancé) = 2 600 points, soit 18 500 euros.

6.2 Accès du patient à ses données médicales

La MSP indique les modalités d'accès du patient à son dossier médical (réfèrent identifié au sein de la structure, existence d'un formulaire de demande, consultation spécifique pour la remise du dossier médical, etc.) et la manière dont le patient est informé de ces modalités (affichage, brochure remise lors de la première consultation, etc.)

6.3 Modalités de partage des informations de santé

o **Entre les professionnels de la MSP**

La MSP décrit comment est organisé le partage des informations de santé entre les professionnels de santé de la structure concourant à la prise en charge d'un même patient (système d'information partagé avec accès différenciés, utilisation de la messagerie sécurisée, etc.)

Elle indique, dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les modalités de recueil du consentement du patient sur le partage de ses données de santé (recueil écrit via la signature d'un formulaire ; recueil oral lors de la consultation médicale avec mention dans le système d'information, etc.) ainsi que les modalités d'information du patient sur ce partage (affichage, dépliant, information au cours de la consultation, etc.).

o **Avec les autres acteurs du territoire**

Cf. 4.5 – La MSP indique les modalités de transmission (messagerie sécurisée, plateforme, courrier remis au patient, etc.) des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients :

- *vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ;*

- vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation ;
- vers les structures et services médico-sociaux.

La MSP précise si, pour ces transmissions, elle utilise le volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant.

6.4 Gestion et exploitation des données cliniques

La MSP indique ici la manière dont elle utilise son système d'information pour piloter et évaluer son activité (capacité du SI à produire des listes permettant de cibler les thèmes et bénéficiaires d'actions de prévention, de revues de cas complexes, de protocolisation, etc. ; suivi d'indicateurs permettant de mesurer l'impact d'une action de prévention, ou l'évaluation de la mise en œuvre d'un protocole, etc.)

L'éventuel recours à un délégué à l'information médicale (DIM) est mentionné.

*** * ***

« Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé » (article L. 6323-3 du code de la santé publique)

Projet de santé établi en date du :

Signatures manuscrites:

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

Nom / Prénom
Profession

DIDIER	Salomé	12/09/2018
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Les politiques d'accompagnement des Agences régionales de santé dans la mise en place des maisons de santé pluriprofessionnelles		
Promotion 2017-2018		
<p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire s'attache à analyser le phénomène de territorialisation de la santé. L'Agence Régionale de Santé (ARS) créée par la loi HPST de 2010, établissement public administratif de l'Etat, est chargée de mettre en œuvre la politique nationale de santé dans sa région. Aussi, est-elle en mesure de déployer des politiques d'accompagnement, c'est-à-dire organiser un soutien, une assistance auprès des acteurs de terrain (professionnels de santé, élus locaux) dans la mise en œuvre d'une politique de santé. Cet accompagnement peut être humain, matériel et financier.</p> <p>La politique de santé publique se trouve aujourd'hui face à des problématiques majeures : vieillissement démographique, maladies chroniques, démographie médicale inégale selon les territoires. Ce sont autant de raisons qui poussent les pouvoirs publics à réorganiser l'offre de soins ambulatoire autour de soins primaires « forts ». C'est dans cette optique que le système de santé français a mis en place les maisons de santé pluriprofessionnelles dans le but d'offrir un cadre attractif aux professionnels de santé et aux patients.</p> <p>Ce mémoire intègre une enquête de terrain réalisée grâce à des entretiens avec des Agences Régionales de Santé dans le but d'établir un état des lieux des différentes politiques d'accompagnement, en ce qui concerne le déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Maisons de santé pluriprofessionnelles, MSP, Agence régionale de santé, ARS, territorialisation, politiques d'accompagnement, étude d'opportunité, étude de faisabilité, projet de santé, professionnels de santé, patients, pouvoirs publics.</p>		
<p><i>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.</i></p>		