



Rapport à la demande de

Madame Roselyne Bachelot-Narquin, *Ministre de la Santé et des Sports*

Madame Fadela Amara, *Secrétaire d'Etat à la Politique de la Ville*

Monsieur Hubert Falco, *Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire*

Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement

TOME 1 Rapport

Présenté par

Jean-Marc JUILHARD
*Sénateur du Puy de
Dôme*

Béregère CROCHEMORE
*Interne de Médecine
Générale Ex Présidente de
l'ISNAR-IMG*

Annick TOUBA
*Infirmière libérale
Présidente du
Snii*

Guy VALLANCIEN
*Professeur à
l'Université Paris
Descartes*

Coordination : IGAS, Docteurs Laurent **CHAMBAUD** et Françoise **SCHAETZEL**

- Janvier 2010 -

Lettre adressée aux quatre membres de la mission le 18 juin 2009¹

Le déploiement des maisons de santé et des pôles de santé sur le territoire national correspond à une attente des professionnels de santé libéraux, qui y trouvent un environnement adapté à une pratique modernisée de leur exercice professionnel. De même, nos concitoyens apprécient tout particulièrement ces structures qui, tout en relevant de l'offre libérale de proximité, leur proposent une continuité et une permanence des soins. Enfin, ces installations ancrent de manière pérenne une offre de soins de proximité sur laquelle peuvent s'articuler un aménagement de l'offre médico-sociale et de nombreux services rendus à la personne.

Le Président de la République a rappelé en 2008 et 2009, dans ses discours de Bletterans et de Strasbourg, la nécessité d'accélérer le développement de ces maisons de santé. Le projet de loi «hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) va renforcer leur rôle en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoire en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans nos territoires. Or, en dépit de l'incitation financière existante, le développement de ces structures tarde à se mettre en place. Afin de dynamiser le développement de ces" structures, nous souhaitons vous confier une mission qui aura trois objectifs principaux :

Vous identifierez les facteurs de réussite des maisons de santé, ainsi que les obstacles à leur déploiement. Vous formulerez des propositions de nature à les surmonter. Vous veillerez notamment à ce que les aspects financiers et réglementaires soient traités avec exhaustivité et que les mesures envisagées soient cohérentes avec les dispositifs proposés par le projet de loi HPST. A cette fin, vous consulterez l'ensemble des acteurs concernés, notamment l'Assurance maladie, les organismes complémentaires, les agences ou établissements publics financeurs, les collectivités locales et, bien entendu, les syndicats de professionnels de santé libéraux.

En complément de vos propositions générales pour les territoires ruraux et urbains, vous formulerez des propositions concrètes permettant d'atteindre rapidement l'objectif que s'est fixé le Gouvernement d'une maison de santé dans chaque quartier concerné par la dynamique «espoir banlieues», à laquelle nous accordons une grande importance.

La coordination de la mission sera assurée par monsieur Laurent CHAMBAUD et madame Françoise SCHAETZEL, membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Un rapport de synthèse devra nous être rendu au plus tard le 1er octobre 2009. Nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Hubert FALCO

Fadela AMARA

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

¹ Une lettre a été adressée à chacun des membres de la mission.

Synthèse

Attachés à répondre aux enjeux futurs qui se posent à notre système de santé, **les Ministres chargé de la santé, des secrétariats d'Etat à la politique de la ville ainsi qu'à l'aménagement du territoire ont mis en place une mission portant sur « le développement des maisons et pôles de santé »**. Réaffirmant leur volonté de développer de nouvelles structures de regroupement pluri professionnel, ils demandent d'en identifier les obstacles ainsi que les facteurs de réussite et sont en attente de propositions de nature à soutenir leur déploiement.

Conscients que le dispositif de premier recours, tout en reposant sur la mobilisation des professionnels de santé, doit prendre en compte les préoccupations d'équité et d'aménagement du territoire, les Ministres ont sollicité un élu, **Monsieur le Sénateur Juillard** et trois professionnels de santé représentant des pans différents de notre système et en réaffirmant la nécessaire cohésion : **Mme Touba**, présidente du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (Sniil), **M le Professeur Vallancien**, spécialiste hospitalo-universitaire et **Mme Crochemore**, présidente, au moment de la commande, de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR IMG), syndicat représentatif des futurs professionnels de médecine générale. La mission a été coordonnée par l'IGAS.

La mission a délibérément adopté des préoccupations ayant trait à l'accès de la population au dispositif de premier recours et à la prise en compte des attentes des professionnels de santé aspirant à une amélioration de la qualité d'exercice. Elle s'est montrée soucieuse de la performance que peuvent apporter les différentes modalités de regroupement. Elle a enfin été amenée à examiner les différents modèles d'exercice pluri professionnel, qu'ils soient plus anciens, comme les centres de santé ou en voie d'émergence comme les maisons et pôles de santé. En effet, malgré leurs différences, les centres de santé mettant en avant une logique institutionnelle alors que les maisons et pôles de santé sont attachés à une logique professionnelle dominante, ces structures poursuivent les mêmes types d'objectifs et d'activités. En outre, les divergences dans le mode de rémunération de leurs professionnels de santé s'amenuisent, au profit d'une tendance générale vers plus de mixité alliant paiement à l'acte et forfait.

Explorant les différents pans de notre dispositif de premier recours, construit social autant que professionnel, la mission a sollicité les représentations professionnelles, qu'elles soient ordinales², syndicales ou de professionnels de santé d'ores et déjà engagés dans la démarche. Elle a également intégré dans ses explorations les collectivités territoriales et les instances administratives de même que des représentants d'usagers et a fait appel à différentes expertises. Pour ce faire, la mission a procédé à de nombreuses auditions et s'est déplacée sur site, en France et à l'étranger³.

Le constat global est clair : le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population. Les EGéOS, puis la loi HPST ont fait émerger espoirs et attentes et confortés les expériences existantes. Ce mouvement est perceptible chez l'ensemble des acteurs, les plus réticents d'entre eux ayant conscience qu'un mouvement majeur est en train de s'opérer dont ils ne pourront rester extérieurs.

La mission a observé **un foisonnement d'initiatives, difficile à quantifier** car ne faisant pas l'objet d'un recensement exhaustif. 160 maisons de santé et 25 pôles de santé ayant reçu un

² L'Ordre national des infirmiers n'a pas répondu à l'invitation de la mission, contrairement à l'Ordre des médecins.

³ La liste des personnes et organismes consultés figure en annexe

financement du fond d'investissement à la qualité et à la coordination des soins (FIQCS) devraient fonctionner fin 2009. D'autres exercices, non recensés par l'administration centrale, se sont développés grâce à l'aide d'autres financeurs, les collectivités territoriales y prenant une part importante. Le montant de leur contribution, principalement dévolue à l'investissement, apparaît en effet, selon une première approche, bien supérieure à celle de l'Etat.

La montée en charge de nouvelles structures est en voie d'accélération rapide. Cependant, leur répartition territoriale reste très inégale, les pôles de santé se développant principalement dans le nord ouest, alors que la dynamique de création de maisons de santé se situe plutôt à l'est. Force est de constater l'échec relatif de l'implantation en zone péri urbaine, l'un des facteurs explicatifs pouvant en être l'existence fréquente de centres de santé. Ceux-ci constituent en effet une première offre, souvent bien adaptée à ce contexte particulier, qu'il s'agirait de conforter.

Les attentes ne sont pas totalement similaires, de la part des professionnels d'une part, des autorités publiques de l'autre. Les premiers mettent en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins, l'élargissement à des missions de santé publique. Les seconds sont préoccupés par un accès aux soins pour l'ensemble de la population et un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins. **Un socle commun est cependant partagé par l'ensemble des parties. Il repose sur le respect d'une logique professionnelle sous peine d'échec. L'élaboration d'un projet de santé est en effet jugé déterminant,** bien plus que ne peut l'être celui d'un projet immobilier qui ne devrait jamais être mis en premier plan. **Ce projet doit être porté par les professionnels en leur laissant un temps de maturation et d'appropriation** suffisant. Enfin, un principe d'engagement réciproque entre professionnels de santé et pouvoirs publics est accepté, dans un cadre souple, évolutif et tenant compte des spécificités des territoires d'implantation.

Les principaux obstacles portent sur une fragilité juridique et financière. Elle oblige les promoteurs-professionnels de santé à des montages complexes, introduit des risques sociaux, fiscaux et de responsabilité professionnelle. Par ailleurs, **les modalités classiques de rémunérations ne permettent ni de valoriser les nouvelles missions, ni d'adopter un cadre souple de répartition entre professionnels des ressources financières.** Les freins sont particulièrement importants pour le corps infirmier dont ni le statut ni le mode de rémunération ne sont attractifs pour rejoindre un exercice pluri professionnel.

Franchir ces obstacles oblige à s'engager dans des démarches administratives chronophages face auxquelles l'aide à l'ingénierie de projet reste trop peu disponible. L'impossibilité législative de pouvoir disposer d'un dossier du patient, unique et partagé, l'archaïsme du système d'information sont indubitablement en contradiction avec la notion même d'exercice coopératif et sont révélateurs du décalage croissant entre le mode d'exercice classique des soins de premier recours, toujours dominant, et les attentes sociétales et professionnelles.

La mission s'est attachée à proposer des mesures, qui se veulent pragmatiques et progressives et qui visent à faciliter l'émergence du dispositif de premier recours de demain.

Sept séries de mesures sont proposées par la mission.

1. Identifier un cadre pour les exercices pluri professionnels

Afin de valoriser les efforts des professionnels s'engageant dans des modèles intégrés d'exercice en un lieu unique, la **création d'une marque collective « maisons de santé »** est préconisée. Cette marque ouverte aux centres de santé qui le désirent, est octroyée sous deux conditions : respect d'un cahier des charges national et projet de santé validé par l'ARS de la région concernée. **Le cahier des charges national introduit des critères obligatoires** qui reposent sur l'unité de lieu géographique et fonctionnelle et l'existence d'un projet de santé et d'un projet professionnel. La mission a estimé que ce cahier des charges ne devait pas s'appliquer, dans un premier temps, aux pôles de santé, afin de respecter la démarche par étapes qu'ils sous tendent.

2. Adopter un nouveau cadre juridique

Le développement de ces modèles exige leur sécurisation juridique et financière. Cette préconisation induit la création *d'un statut juridique spécifique*. Celui-ci devrait être positionné dans un cadre non lucratif, cohérent avec les missions de santé publique attendues, autorisant la perception de subventions et leur souple répartition entre professionnels et devrait permettre de conforter conjointement esprit d'initiative et leadership professionnel. Un statut associatif dérogatoire, la reconnaissance juridique d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) sans obligation d'établissement ou la création d'une « société maison de santé » s'appuyant sur ce qui fonctionne bien dans les différents cadres juridiques des sociétés civiles actuelles sont des pistes à analyser. Compte tenu de leurs objectifs similaires, les centres de santé devraient pouvoir intégrer ce cadre commun.

Le renforcement et le soutien aux pratiques coopératives impliquent des évolutions législatives concernant *le dossier du patient*. Il doit devenir unique et partagé entre tous les membres de la structure sous réserve du respect des droits des patients. *L'évolution de la notion même de médecin traitant* passant d'un concept individuel à un concept plus global assurerait une meilleure continuité de la prise en charge et simplifierait les procédures administratives.

3. Promouvoir de nouveaux modes de financement

L'évolution des missions et des pratiques ne pourra avoir lieu que si elle s'accompagne d'une évolution conjointe du mode de rémunération des professionnels. L'expérimentation actuelle⁴ constitue des prémices, mis en œuvre de façon trop lente et trop lourde. Une nouvelle impulsion doit être donnée, vers la recherche de *paiement mixte, forfaitaire et à l'activité*. Cette préconisation cible *l'exercice infirmier* de façon prégnante, dont les missions, reconnues par le décret professionnel, ne sont pas valorisées et dont le mode de rémunération n'incite pas assez à une contribution de santé publique et une prise en charge des patients au sein de la structure, plutôt qu'à domicile quand c'est possible.

Consciente que le développement de ces nouvelles structures demande des incitations financières spécifiques en termes d'aide au démarrage, de mise en place de système d'information ou de soutien à l'investissement, la mission préconise *la création d'un fond national pérenne*, abondé à partir d'enveloppes existantes. Cet effort financier est, selon elle, justifié par les économies que peuvent engendrer ces nouveaux exercices professionnels. Ceci a été démontré lors d'expériences étrangères et devrait être objectivé en France grâce à la mise en place d'une étude médico-économique portant sur l'impact global de consommation des soins.

La mission estime par ailleurs que l'aide à l'investissement relève d'abord des professionnels et des collectivités territoriales qui le souhaitent, l'aide de l'Etat ne devant intervenir que dans une logique de subsidiarité et de répartition territoriale équitable.

4. Accompagner les professionnels

Les nouvelles formes d'exercice ont été portées jusque là par des professionnels de santé charismatiques dont il faut saluer la motivation et l'engagement. Il s'agit maintenant de passer à une nouvelle ère pour assurer soutien et accompagnement à l'ensemble des professionnels voulant s'engager dans cette voie. En ce sens, la mission préconise la création d'une *mission d'appui au niveau national*, placée au niveau du conseil national des ARS. Elle remplit des missions de conseil stratégique et politique, ainsi que d'animation d'un réseau régional. Il convient en effet d'assurer également un soutien de proximité grâce à la mise en place d'un *guichet et caisse unique au niveau régional*, facilitant l'émergence et l'accompagnement de projets ainsi que la coordination des financements.

⁴ LFSS 2008, article 44.

Le *déploiement de systèmes d'information partagée* devient une priorité pour instaurer des modes d'exercice coopératif et assurer une coordination réelle des prises en charge. Pour assurer une standardisation du recueil de données, un cahier des charges devrait être élaboré nationalement en lien avec l'ASIP.

5. S'inscrire dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé

L'évolution du dispositif de premier recours exige un engagement et un soutien forts des pouvoirs publics en direction des professionnels de santé. Cet engagement doit être mutuel, contractualisé entre professionnels et autorités publiques comme le prévoit la loi HPST. Il convient d'en préciser le cadre. La validation, sous la responsabilité de l'ARS, du projet de santé et du projet professionnel ouvrira *droit aux aides publiques, de façon graduée en fonction des spécificités locales*. Afin de maintenir la dynamique évolutive et innovante qui procède de ces nouveaux modèles, l'*évaluation* doit être au rendez vous, sous la responsabilité de l'ARS, dans un processus ouvert aux professionnels.

6. Répondre aux attentes

Si les formes d'exercice pluri professionnel ne peuvent être à elles seules un outil de régulation de l'inégale répartition territoriale des professionnels de santé de premier recours, tout doit être fait pour que, grâce à leur capacité d'attractivité, elles contribuent à répondre aux attentes. C'est pourquoi des mesures sont préconisées, prônant *facilitation et incitations spécifiques dans le cadre de la « dynamique espoir banlieue » ainsi que dans le monde rural*. Il convient de lancer un appel à projet spécifique et de rechercher, autant que possible, une mutualisation entre services, qu'ils soient sanitaires ou sociaux.

Les collectivités territoriales, qui ont souvent été le fer de lance du soutien aux groupements pluri professionnels doivent être largement associées aux choix régionaux, ce qui passe par l'engagement des ARS dans une démarche contractuelle, afin d'éviter le risque de cloisonnement que pourrait induire une interprétation trop étroite de la loi HPST.

7. Identifier ces structures comme des lieux de formation pluri professionnelle privilégiés

La mission souhaite conclure son rapport *en alertant les pouvoirs publics et l'université sur l'importance à donner à la formation et à la recherche*. Les enjeux actuels qui se posent concernant l'évolution du dispositif de premier recours ne pourront être atteints que si les professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, connaissent ces exercices coopératifs, et ont pu, au cours de leur cursus, se confronter à leurs pratiques. La recherche en soins primaires devrait pouvoir enfin exister dans notre pays qui accuse un net retard par rapport à d'autres pays de l'Union européenne. C'est pourquoi la mission préconise que les maisons de santé constituent *des terrains de stage privilégiés ainsi que des lieux favorables d'exercice des universitaires de médecine générale mais aussi des enseignants des autres filières de santé*. Cette disposition nécessite la reconnaissance d'un réel statut de maîtres de stage concernant l'ensemble des professionnels et non exclusivement les médecins. Elle rend également nécessaire un *développement plus affirmé de la filière universitaire de médecine générale*. La mission compte ardemment sur ses commanditaires pour impliquer le ministère de l'enseignement et de la recherche dans ses préoccupations.

Sommaire

LETTRE ADRESSEE AUX QUATRE MEMBRES DE LA MISSION LE 18 JUIN 2009	3
SYNTHESE	5
RAPPORT	11
1. INTRODUCTION	11
1.1. <i>Contexte national</i>	11
1.2. <i>Périmètre de la mission</i>	12
2. LE BILAN DES MAISONS, POLES ET CENTRES DE SANTE.....	13
2.1. <i>La maison de santé : un exercice sous le même toit</i>	13
2.1.1. Le projet de santé, élément prédominant de la maison de santé.....	14
2.1.2. Le recensement des maisons de santé : les zones fragiles en question.....	15
2.1.3. Organisation et fonctionnement : Une insécurité juridique et financière	15
2.1.4. Des outils obsolètes : un archaïsme en décalage avec l'exercice pluri professionnel	17
2.1.5. Les aides : des collectivités territoriales très engagées.....	19
2.1.6. L'évaluation médico-économique : un manque à combler.....	20
2.2. <i>Les pôles de santé : une transition par étapes</i>	21
2.3. <i>Les Centres de santé : une mutation nécessaire</i>	22
2.4. <i>La spécificité des territoires</i>	23
2.4.1. En zone péri-urbaine.....	23
2.4.2. En milieu rural, une interaction forte avec l'aménagement du territoire.....	24
2.5. <i>Les aides, les échanges d'expérience, les expertises progressent ; un début de structuration</i>	25
2.6. <i>L'université reste peu impliquée</i>	26
2.7. <i>Convergences et divergences des trois types d'exercice : substitution ou complémentarité ?</i>	27
3. SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DES EXERCICES PLURI PROFESSIONNELS : LES PRINCIPES D'ACTIONS	28
3.1. <i>Les formes d'exercices pluridisciplinaires sont une réponse adéquate pour une nouvelle politique de soins de santé primaire</i>	28
3.2. <i>Un juste équilibre doit être adopté entre attentes des professionnels de santé et responsabilités des pouvoirs publics</i>	28
3.3. <i>L'attractivité du modèle repose sur sa sécurisation juridique et financière</i>	28
3.4. <i>L'université ne peut rester en retrait</i>	29
3.5. <i>Une modernisation du système demande la création de nouveaux métiers de la santé</i>	29
3.6. <i>Une adaptation évolutive et souple renforce les capacités d'innovation du modèle</i>	29
4. RECOMMANDATIONS	30
4.1. <i>Identifier un cadre pour les maisons de santé</i>	30
4.1.1. Créer une marque « maisons de santé »	30
4.1.2. Adopter un cahier des charges national pour les maisons de santé	30

4.2. Adopter un nouveau cadre juridique	32
4.2.1. Créer un statut juridique pour les maisons et pôles de santé	32
4.2.2. Permettre aux centres de santé d'intégrer ce cadre commun.....	33
4.2.3. Autoriser le dossier unique partagé	34
4.2.4. Permettre l'inscription du patient à la maison de santé	34
4.3. Identifier les maisons de santé comme des lieux de formation et de recherche pluri professionnelle privilégiés.....	34
4.3.1. Développer stages pratiques et enseignement mutualisé en formation initiale	34
4.3.2. Identifier les maisons de santé comme lieu de développement professionnel continu	35
4.3.3. Organiser l'universitarisation des maisons de santé.....	35
4.3.4. Impliquer l'ARS, l'université et les collectivités territoriales de façon concertée	36
4.4. Promouvoir de nouveaux modes de financement.....	36
4.4.1. Accélérer la mise en place de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé	36
4.4.2. Revoir la reconnaissance des compétences et le mode de rémunération des infirmiers.....	37
4.4.3. Identifier un fonds au niveau national en réorientant les enveloppes existantes de façon dispersée.....	37
4.5. Soutenir et accompagner les professionnels.....	38
4.5.1. Susciter une mission d'appui au niveau national.....	38
4.5.2. Mettre en place un « guichet et caisse » unique régional au niveau des ARS.....	38
4.5.3. Elaborer un cahier des charges du système d'information en lien avec l'ASIP	39
4.6. S'inscrire dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels.....	39
4.6.1. Octroyer, sous la responsabilité de l'ARS, des aides graduées selon le type de structure, le contenu des projets et le lieu d'implantation.....	39
4.6.2. Assurer le suivi et l'évaluation dans une démarche ouverte aux professionnels.....	40
4.7. Répondre aux attentes.....	41
4.7.1. Encourager un cadre contractuel entre ARS et collectivités territoriales pour développer les exercices pluri professionnels.....	41
4.7.2. Lancer un appel à projet incitatif et spécifique dans le cadre de « dynamique, espoir, banlieue » et en clarifier les modalités de pilotage	41
4.7.3. Intégrer la dimension d'aménagement du territoire dans les territoires ruraux : une implantation réfléchie de l'ensemble des services de santé.....	42
RESUME.....	45
LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES RENCONTRES	47
SIGLES UTILISES.....	51
LISTE DES ANNEXES	53

RAPPORT

1. INTRODUCTION

La Nation a pour mission, d'après le préambule de la constitution de 1946, de veiller à la « protection de la santé » des citoyens qui ont le droit à des soins de proximité de qualité quels que soient leurs revenus, leur lieu d'habitation et leur niveau d'information. Aujourd'hui une ambition aussi noble, que nul ne saurait remettre en cause, n'est pas concrètement réalisée. Afin de remédier à cet état de fait, nous devons revoir les concepts et les comportements traditionnels d'une pratique médicale souvent isolée et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et l'action sociale de terrain. Un tel changement conditionne, au-delà des nouvelles formes d'exercice en équipes pluri professionnelles qu'elle exige, des modes de financement des structures et des matériels adaptés ainsi que des modes de rémunération innovants qui satisferont à la fois les professionnels et les patients dans une reconnaissance et un respect mutuel. Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine sur la médecine en 2015 et celui du Sénateur Jean Marc JUILHARD sur la démographie médicale ont tracé les pistes qui serviront à œuvrer pour inventer une autre médecine, celle du XXIème siècle, toujours plus humaine et mieux organisée dans une prise en charge sanitaire systémique alliant l'épidémiologie, la prévention, les soins et l'éducation thérapeutique. Les équipes pluri professionnelles regroupées dans une même structure sanitaire œuvreront à ces tâches multiples et partagées pour le bien être des populations locales.

Le constat des lacunes dans l'organisation et le champ d'action des soins primaires en France, souvent partagé par les professionnels eux-mêmes, n'a pas suffi à déclencher un développement fort des maisons de santé. La peur d'une étatisation d'un système de soins sous le joug des futures agences régionale de santé (ARS), la crainte de voir disparaître la médecine libérale emportée par l'attrait des jeunes confrères vers de nouvelles formes de rémunération mixtes, voire vers le salariat, des habitudes de pratique qu'il est difficile de remettre en cause, des obstacles juridiques et financiers innombrables et accumulés, les chicaneries politiques locales sans stratégie se conjuguent pour freiner une évolution pourtant indispensable.

A cette inquiétude de certains professionnels soignants, l'ensemble des étudiants en santé répondent en plébiscitant un exercice partagé par une véritable équipe coordonnée, en vue d'une prise en charge globale des patients.

Replacer les professionnels de santé de proximité au cœur du l'organisation du système de santé est la priorité des priorités. L'action curative, qui a jusqu'à maintenant déterminé d'une façon quasi monopolistique toutes les politiques de santé publique, doit s'intégrer dans un cadre plus large incluant notamment les prestations médico-sociales.

La chance de réussir ce changement profond se trouve heureusement amplifiée puisque, dans les dix ans qui viennent, de 26 000 à 28 000 jeunes internes de médecine générale vont entrer dans la profession avec cette vision nouvelle de leur pratique. Aujourd'hui seuls 40% des jeunes diplômés de médecine générale exercent effectivement les soins primaires ambulatoires au terme de leur cursus, démonstration de l'inadéquation entre leurs attentes et l'exercice actuel.

1.1. Contexte national

Le dispositif de premier recours est le maillon faible du système de santé français. Il s'avère peu capable de donner une réponse adéquate aux demandes de soins, de prévention et de suivi des maladies chroniques, ni d'assurer un égal accès à l'ensemble de la population. En outre, il ne répond plus aux attentes des professionnels de santé.

Des évolutions récentes émergent, cherchant à rénover les modes d'exercices et à clarifier les missions des professionnels à chacun des échelons du système de santé. Sur le terrain, les exercices pluri professionnels de premier recours, qu'ils soient anciens comme les centres de santé ou plus récents comme les pôles et maisons de santé, sont portés par des dynamiques nouvelles, plébiscitées par les professionnels et encouragées par les collectivités territoriales. Ainsi, initié par le rapport du Sénateur Jean Marc JUILHARD⁵, le développement des maisons de santé a pris son élan lors des EGéOS⁶ au cours desquels la Ministre de la Santé a annoncé une aide financière, accordée par les missions régionales de santé (MRS) sous réserve du respect d'un cahier des charges (cf. annexe).

La loi HPST modifie et élargit le paysage : elle complète la notion de pôle et de maison de santé figurant dans le code de la santé publique, en donne une définition législative⁷. Elle renouvelle celle des centres de santé⁸, et précise pour la première fois les missions des médecins généralistes. Elle introduit une préoccupation d'organisation du dispositif de premier recours via les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ambulatoires non opposables. Un cadre cohérent, organisé et territorialisé, se met donc progressivement en place dans l'objectif d'assurer une offre de soins primaires de qualité pour tous.

Cette organisation territoriale du dispositif renvoie à une organisation graduée des soins, dont la base est constituée par *les soins de santé primaires*, définis très tôt par l'OMS, puis réactualisés⁹ en insistant sur le fait qu'«ils offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins ». **La loi HPST définit les missions à réaliser pour atteindre un haut niveau de soins de premier recours.** Quatre thèmes sous tendent une telle politique sanitaire :

- La coordination des soins, de la prévention jusqu'au traitement et au suivi du patient ;
- La dispensation de produits de santé ;
- L'orientation dans le système nécessitant une coopération des professionnels ;
- L'éducation pour la santé.

Dans ce contexte les nouvelles formes de regroupement pluri professionnel prennent toute leur valeur. Elles suscitent des expérimentations relatives à l'organisation des soins en équipe pluri professionnelle, comme celles concernant les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé¹⁰, avec un seul objectif, celui de **valoriser les nouvelles formes de prise en charge visant à remplir l'ensemble des missions de premier recours.**

Ces expériences restent toutefois marginales, fragiles, rencontrant de nombreux obstacles mais progressent, démontrant ainsi leurs capacités à répondre aux attentes des professionnels, notamment les plus jeunes d'entre eux. Elles suscitent l'intérêt des pouvoirs publics, notamment des collectivités territoriales, préoccupées par l'inégale répartition géographique des professionnels de santé.

1.2. Périmètre de la mission

La mission, si elle a été amenée à se concentrer plus spécifiquement sur les maisons de santé, a analysé les pôles de santé compte tenu de l'intérêt qu'ils présentent pour les populations et pour les professionnels. Elle a également traité des centres de santé, expérience historique d'un

⁵ N°14, Sénat session ordinaire de 2007-2008, annexe au procès verbal de la séance du 3 octobre 2007, Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale JM Juilhard.

⁶ Etats généraux de l'organisation de la santé (novembre 2007 – avril 2008)

⁷ Article 39 et 40 de la loi du 21 juillet 2009

⁸ Article 1 de la même loi et articles L6323 et L6111-3 du code de santé publique.

⁹ Rapport sur la santé dans le monde de 2008 Les soins de santé primaires deviennent une priorité affichée par l'OMS.

¹⁰ Conformément à l'article 44 de la LFSS 2008 (cf annexe)

exercice pluri professionnel de premier recours. Par contre, elle n'a pas traité des maisons de santé des spécialistes autre que médecins généralistes¹¹, focalisant son attention sur la prise en charge primaire des malades et blessés, ce qui n'exclut pas l'intervention de médecins spécialisés, sous forme de consultations avancées ou par télémedecine.

La mission a axé ses travaux sur trois préoccupations principales :

- **L'accès de la population au dispositif de premier recours**, incluant la question de la répartition territoriale des professionnels de santé ;
- **L'amélioration de la performance du dispositif** afin qu'il soit le plus à même de remplir pleinement ses missions ;
- **La réponse aux attentes des professionnels de santé**, en leur proposant d'autres modalités d'exercice, apportant plus de qualité des prises en charges, en même temps qu'une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle.

La mission a considéré que, si les nouvelles formes innovantes d'exercices ne pourront à elles seules répondre à l'ensemble de ces préoccupations, elles représentent cependant un enjeu de transformation et d'impérative refonte du paysage sanitaire ambulatoire et sont probablement destinées à devenir un pan de plus en plus important de notre système de santé.

Le calendrier législatif a amené la mission à adresser une note intermédiaire aux commanditaires, dans le cadre de la préparation du PLFSS 2010 (cf. annexe) proposant que trois grands domaines soient pris en compte sans attendre : le statut juridique, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération prévue dans la LFSS 2008, les subventions de l'Etat et de l'assurance maladie. La note proposait enfin d'effacer progressivement la distinction entre maisons, pôles et centres de santé pour promouvoir le concept intégrateur de structure ambulatoire de premier recours en santé.

2. LE BILAN DES MAISONS, POLES ET CENTRES DE SANTE

« Un foisonnement d'initiatives dont l'aboutissement relève du parcours du combattant »

La mission a rencontré une belle unanimité chez l'ensemble des acteurs, professionnels, syndicats, autorités publiques et représentant d'usagers pour reconnaître l'inadéquation de l'exercice isolé avec les tâches à accomplir au regard des besoins des usagers et des attentes des professionnels. Elle a relevé l'intérêt des professionnels pour des modèles d'exercice coopératif. La mission a aussi noté combien les formes d'exercice pluri professionnel étaient disparates dessinant un paysage mouvant difficile à photographier.

2.1. La maison de santé : un exercice sous le même toit

Un bref récapitulatif permet d'en faire émerger les caractéristiques principales.

¹¹ Ces maisons spécialisées peuvent présenter un intérêt, notamment pour le partage des matériels qu'utilisent les divers spécialistes.

2.1.1. Le projet de santé, élément prédominant de la maison de santé

Les définitions de cette forme d'exercice ne sont pas stabilisées à l'heure actuelle. Trois types de définitions ont cours actuellement :

- **La définition législative** : elle introduit, grâce au concept de projet de santé contenu dans la loi HPST, les missions des professionnels de premier recours en reconnaissant les médecins généralistes et les pharmaciens à l'exclusion des professions para médicales¹², et l'intégration dans un maillage territorial grâce à deux outils : le SROS ambulatoire et les contrats d'objectifs et de moyens (COM) signés avec l'ARS.
- **La définition élaborée par les missions régionales de santé** qui a donné lieu à un cahier de charges en 2008 ouvrant droit à des aides ponctuelles¹³ au titre du FIQCS : unité de lieu, pluri professionnalité, projet de santé avec obligation de continuité des soins, coordination interne et accès aux soins, système d'information, intégration à des réseaux, engagement dans la formation des étudiants.
- **Les définitions avancées par les professionnels eux-mêmes** qui considèrent qu'une maison de santé est d'abord définie par son projet de santé et son projet professionnel¹⁴. Le premier comprend des objectifs en direction de la patientèle, le deuxième, formalise l'organisation. Le tout est réuni dans une unité physique de lieu combinée à une unité fonctionnelle d'exercice.

Le projet de santé doit, selon l'ensemble des acteurs être à l'initiative des professionnels et sous leur leadership, sous peine d'échec assuré. Il demande un temps de maturation et d'appropriation, évalué entre un et deux ans dont on ne peut faire l'économie. Plusieurs cas sont ainsi rapportés, d'élus locaux, préoccupés par la désertification médicale, qui ont construit, dans la précipitation, des bâtiments qui restent vides (cf. annexe). Il importe donc de systématiquement clarifier les objectifs de la maison de santé, ainsi que ses modalités de fonctionnement avant même d'envisager son financement et sa concrétisation immobilière.

Le projet de santé comprend deux types d'objectifs :

- **Les objectifs tournés vers la patientèle** identifient différents items: accès et continuité des soins (incluant une large amplitude horaire) sont cités d'abord, suivis de missions de santé publique à vocation individuelle ou collective : séances d'éducation thérapeutique, consultations de dépistage des facteurs de risque, actions de prévention (chutes, séances de vaccination pour la population). Le suivi coordonné et l'orientation du patient dans son parcours de soins sont également évoqués, de même que la participation à la veille épidémiologique.
- **Les objectifs d'amélioration de la qualité** grâce à des engagements de formation et d'évaluation des pratiques pour les membres de la maison de santé. Beaucoup d'entre elles accueillent d'ailleurs des stagiaires. Plusieurs médecins interviennent également dans les départements universitaires de médecine générale, étant maîtres de conférences ou professeurs d'université titulaires ou associés.

Le projet professionnel repose sur une formalisation de l'organisation pluri professionnelle au sein de la structure pour atteindre les objectifs sus cités. Celui-ci précise le nombre de professionnels, les modalités de coordination interne (dossier partagé, réunions pluridisciplinaires...), le mode de répartition des rémunérations, l'implication dans les réseaux, l'articulation avec l'hôpital voire les liens avec le secteur social et médico-social, les partenariats souhaités, en particulier avec les pharmaciens.

¹² Ces missions sont obligatoires quel que soit le mode d'exercice (isolé ou pluri professionnel).

¹³ L'aide ne peut être accordée qu'une seule fois, sauf exception.

¹⁴ La terminologie n'est pas stabilisée. Certains acteurs ne parlent que de projet de santé. Considérant en effet que le projet professionnel représente un moyen d'appliquer les objectifs définis en direction de la population, ils l'intègrent comme partie du projet de santé. D'autres différencient projet de santé (s'appliquant à la population) et projet professionnel (s'appliquant à l'organisation). C'est cette dernière formulation qui est utilisée dans le rapport.

2.1.2. Le recensement des maisons de santé : les zones fragiles en question

Il est aujourd'hui impossible de connaître précisément le nombre des maisons de santé. Le seul dénombrement objectivable a été effectué par la DHOS (cf. annexe) et ne comptabilise que celles ayant obtenu un financement du FIQCS¹⁵. Selon cette enquête, 81 maisons de santé fonctionnent d'ores et déjà, ce chiffre devant s'établir à 160 d'ici la fin de l'année 2009, témoignant d'une accélération de la montée en charge. La fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) en dénombre, elle, environ 150.

Leur répartition territoriale est hétérogène. Les 81 maisons de santé recensées se répartissent sur 19 régions¹⁶, dont 79% en zones dites « fragiles »¹⁷.

Les professionnels de santé remettent d'ailleurs en cause *le concept de « zone fragile »* en tant que critère d'implantation pour deux raisons :

- Ils considèrent en effet que **ce type d'exercice, parce qu'il permet d'améliorer la qualité des soins** et répond aux attentes actuelles des jeunes, **ne doit pas être considéré d'abord comme un outil de régulation de la répartition territoriale** des professionnels de santé.
- Ils estiment par ailleurs, en accord avec certains préfigurateurs d'ARS, que **les critères existants sont inadaptés**, parce qu'ils ne prennent en compte que les médecins généralistes au détriment des autres professionnels de santé et parce que la démographie des professionnels peut se modifier rapidement dans un territoire. Ils font en outre observer que servir un territoire peut désertifier le territoire voisin. Par ailleurs, ils remarquent qu'en matière de zonage géographique, un décalage existe entre la vision des ARS dont le zonage s'inscrit dans une logique d'organisation de structures par rapport à une population, et la notion de zone d'implantation des professionnels de premier recours qui s'inscrit elle dans une logique de patientèle¹⁸.

2.1.3. Organisation et fonctionnement : Une insécurité juridique et financière

2.1.3.1. Le statut juridique

Les professionnels exercent dans le cadre de différents montages juridiques. Ils sont souvent membres d'une association loi 1901, association de professionnels de la santé, réunis autour d'objectifs de coordination, d'amélioration de la qualité des soins, de promotion de la santé et d'objectifs de santé publique. Parallèlement à cette association, ils constituent très fréquemment une société d'exercice : SCI, SCM, SCP, sociétés de fait etc. Ce sont dans ces structures qu'est exercée leur activité professionnelle, l'association n'ayant en charge que la coordination des soins entre eux. Dans le cas d'adossement à un établissement de santé (hôpital local surtout) c'est le groupement de coopération sanitaire (GCS) qui est souvent choisi.

La complexité des statuts ainsi élaborés alliée à l'absence de cadre juridique adéquat constitue un obstacle majeur au développement car :

- Elle complexifie le montage des dossiers, les professionnels devant en effet s'investir souvent à titre personnel sans en avoir toujours les compétences et sans que le projet ne soit définitivement lancé. Les modalités peuvent varier fortement selon la nature de

¹⁵ Il existe par ailleurs un certain nombre de maisons de santé pluri professionnelles qui se sont développées grâce à d'autres financements (autofinancement des professionnels de santé, subventions des collectivités locales, communes et communautés de communes, notamment, fonds européens de développement régional ou rural).

¹⁶ Dont 30 pour les seules régions de Bourgogne, Poitou-Charentes et Franche-Comté

¹⁷ 23 en zones déficitaires, (sous dotés en médecins généralistes), 32 en zones de revitalisation rurale, 4 en zones urbaines sensibles

¹⁸ Les études montrent que les médecins généralistes ne traitent que 40 à 50 % des habitants de leur commune (note de la FFMPS)

l'investisseur (public, privé) et la nature de l'engagement financier des professionnels (investissement de « parts » ou simple location).

- Elle introduit des risques fiscaux (taxation aux impôts commerciaux, assujettissement à la TVA...), sociaux (sommes perçues par les professionnels dans le cadre forfaitaire ne donnant pas lieu à abondement sur les cotisations sociales) et de gestion.
- Elle ne permet pas de percevoir à la fois des subventions et de redistribuer des fonds entre les professionnels de la structure.

2.1.3.2. Les professionnels de santé

La composition des maisons de santé peut être très ouverte. Basée sur les médecins généralistes et les infirmiers, considérés comme le « noyau dur » de ces structures, elle comprend souvent des professionnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes etc.), des diététiciennes, des psychologues, des assistantes sociales. Des médecins spécialistes, membres à part entière ou par convention avec d'autres opérateurs, peuvent y exercer. Selon le recensement effectué, **les professions de santé les plus représentées au sein des équipes des maisons de santé sont les médecins généralistes (34%) et les infirmiers (28%), puis les masseurs-kinésithérapeutes (14%)**. Il s'agit en général de petites structures, 80% d'entre elles comprenant moins de cinq médecins généralistes¹⁹.

2.1.3.3. Les modes et répartition des rémunérations

Dans les maisons de santé actuelles, les professionnels de santé sont essentiellement libéraux et les médecins exercent massivement en secteur 1. La répartition des rémunérations est variable selon les équipes. Certains ont créé des sociétés de fait afin de partager leurs honoraires et forfaits selon des clés de répartition adoptés par les membres, d'autres restent indépendants financièrement.

La rémunération principale est constituée par les actes mais le paiement forfaitaire prend de l'importance. Représentant à l'heure actuelle des montants modiques, de l'ordre de 30 000 à 60 000 euros pour une maison de santé de quatre à cinq médecins généralistes, il est destiné à augmenter rapidement, grâce au déploiement des fonctions de coordination et des nouvelles missions (santé publique, coopération entre professionnels...), objet de l'expérimentation actuelle²⁰. De plus en plus de professionnels jugent le paiement exclusif à l'acte inadapté aux exercices pluri professionnels car ne couvrant pas la totalité des actions sanitaires et appellent de leurs vœux d'autres modes, mixtes, de rémunération, dans une vision très extensive (forfait, salaire, capitation...), avis partagé par des préfigurateurs d'ARS.

Le statut et la rémunération des infirmiers posent un problème spécifique. Trois types d'obstacles sont évoqués :

- **Des modalités de rémunération peu attractives** pour un exercice en maison de santé, les soins infirmiers étant mieux valorisés quand ils sont effectués au domicile des patients (frais de déplacement). Ils ne comportent que des actes d'un montant de base dérisoire²¹. Bien que concernant pour l'essentiel des personnes âgées dépendantes, des malades lourds, des pathologies et soins complexes aux personnes en fin de vie, il est cependant considéré que 10 à 20% des actes pourraient être effectués au cabinet, mais l'investissement dans des locaux (achat ou location) est bien chère pour un temps d'occupation très partiel ;
- **Une non reconnaissance de missions de premier recours.** Parmi celles-ci, les activités de santé publique à visée individuelle comme à visée collective ne font l'objet d'aucune rémunération, alors que ces professionnels ont des profils, une proximité avec les patients,

¹⁹ Au niveau national, les médecins généralistes exerçant en maisons de santé représentent moins de 0,5% des médecins généralistes libéraux. La proportion est à peu près identique concernant les infirmiers libéraux.

²⁰ L'expérimentation actuelle, bien que jugée intéressante, est considérée par les professionnels comme trop lente dans sa mise en place, trop compliquée dans ses protocoles.

²¹ 3,15 euros brut

une formation adaptés à ce type d'exercice. Leur décret professionnel leur en reconnaît en partie les compétences, mais celles-ci ne font pas l'objet de valorisation par l'assurance maladie ;

- **La crainte d'un lien de subordination aux médecins** alors que leur décret professionnel leur confère pour une part rôle et compétences propres.

Pour ces professionnels, l'adhésion à une maison de santé relève donc d'une démarche militante alors qu'aucune maison de santé ne peut prétendre à ce titre si elle ne comprend pas d'infirmiers²².

Les autres professionnels de santé, comme les kinésithérapeutes disent se satisfaire d'un exercice rémunéré à l'acte.

2.1.3.4. Les coûts

Ils comprennent :

- **Les coûts d'investissement**, immobilier et d'équipements (en particulier les équipements informatiques). L'investissement immobilier, mis à disposition par une collectivité territoriale ou relevant de l'investissement des professionnels, peut être d'un montant variable selon que l'on parte d'un bâtiment existant (adossé à l'hôpital local par exemple) ou non, ou comprenant des logements pour les étudiants en formation, un parking, une salle d'urgence équipée...
- **Les coûts d'ingénierie et d'accompagnement** : l'ensemble des professionnels, de même que les financeurs (collectivités territoriales notamment), ont insistés sur le temps incontournable qu'il faut à la maturation et à l'appropriation du projet de santé, émanant des professionnels eux-mêmes et ne pouvant en aucun cas être parachuté de l'extérieur. L'ingénierie de projet est rarement prise en compte alors qu'elle peut être très chronophage, consacrée entre autre à démêler la pelote administrative et à lever les obstacles qui se nichent au fur et à mesure de l'avancement du dossier.
- **Les coûts de fonctionnement** qui intègrent les salaires des personnels (secrétariat, personnels administratifs, rémunération complémentaire du professionnel coordonnateur...), ainsi que différents frais de structure. Une étude menée par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) à partir de seize maisons de santé dresse le constat de la majoration des coûts de l'exercice en maison de santé (cf. annexe), liés principalement aux salaires et charges salariales ainsi qu'aux loyers plus lourds, et invalide l'idée que le regroupement crée des économies par mutualisation. Ce surcoût est évalué, en moyenne, à 4400 euros annuels par médecin exerçant en maison de santé.

2.1.4. Des outils obsolètes : un archaïsme en décalage avec l'exercice pluri professionnel

L'absence de dossier unique et partagé par l'ensemble des professionnels de santé est retenue comme un frein majeur au développement des exercices en équipe pluri professionnelle. Considéré comme facteur structurel de la maison de santé, il se heurte à de nombreux problèmes, dont les plus importants sont d'ordre législatif et déontologique. Un dossier médical partagé serait en effet susceptible de déroger à l'article 226-13 du code pénal concernant le secret professionnel, à l'article L1110-4 du code de santé publique limitant l'échange d'informations médicalisées aux établissements de santé et est considéré comme « non acceptable » par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)²³. Cependant, conscient des nécessaires évolutions, le CNOM s'est

²² En Franche Comté, le problème a été résolu, de façon insatisfaisante cependant, par le recrutement de 2 IDE, ne faisant que des actions de santé publique et salariées de la Fédération.

²³ Note du CNOM du 12 décembre 2008. Article 4 sur le secret médical et article 96 sur la conservation des dossiers médicaux qui empêchent de constituer un dossier patient partagé entre les différentes catégories de professionnels de santé, Article 23 interdisant le compéage entre médecins

emparé du dossier et devrait remettre ses conclusions en cours d'année 2009. D'accord sur le principe d'un dossier partagé en vue d'améliorer la coopération entre professionnels, il considère que trois points doivent être préalablement résolus : le respect des droits de l'utilisateur, la sécurisation des données, des niveaux d'accès différents selon les professionnels. Il alerte sur les liens entre sécurisation des données et responsabilité des professionnels. Les aspects d'ordre financier sont moins prééminents²⁴, et les aspects techniques ont déjà bien avancé, notamment grâce à la FFMPS.

Les professionnels déplorent *l'impossibilité pour un patient de désigner conjointement comme « médecin traitant » plusieurs médecins* exerçant en groupe bien que la loi l'ait prévu²⁵, voire de pouvoir choisir la maison de santé comme « cabinet traitant ». L'assurance maladie n'a en effet pas fait évoluer ses systèmes d'informatisation (système Sésame Vitale) parallèlement aux avancées législatives, et les médecins exerçant en groupe doivent cocher la case « médecin remplacé » lorsqu'ils ne sont pas le médecin traitant du patient. Outre la complexité administrative supplémentaire engendrée, cette situation est en décalage avec les pratiques : 12 à 43%²⁶ des actes médicaux réalisés pour des patients au sein d'une maison de santé sont pratiqués par un généraliste autre que leur « médecin traitant ». En outre, certaines caisses d'assurance maladie refusent de considérer le médecin associé comme remplaçant du médecin traitant ce qui pénalise les malades.

Les systèmes d'information actuels, au-delà du problème du dossier unique du patient, sont considérés comme archaïques et non adaptés aux exercices pluri professionnels. Il ne peut en effet y avoir de coordination des prises en charges sans informatique partagée entre l'ensemble des intervenants. D'ores et déjà, des cahiers des charges ont été élaborés, s'appliquant aux pôles, maisons et centres de santé²⁷, introduisant, en sus du dossier patient, d'autres rubriques : échanges entre professionnels, fonction de gestion, fonction à visée épidémiologique et d'alerte, fonction de formation, bases de données utilisables pour l'élaboration de projets de recherche, de protocoles de coopérations...

Les fonctions support : les professionnels déplorent l'absence de fonction de coordination (faute de financements notamment), tant pour contribuer à assurer le suivi des patients que pour optimiser le fonctionnement de la structure et la coordination des professionnels. Cette mission de « management », considérée comme incontournable, doit impérativement relever de l'un des professionnels de la maison de santé, toute intervention extérieure risquant de dénaturer l'originalité du projet de santé fondateur. Par ailleurs des fonctions administratives sont nécessaires afin de libérer les professionnels de santé de tâches souvent chronophages pour les recentrer sur leurs métiers et améliorer la performance de la structure. Les tâches concernées sont plus ou moins larges, allant d'un accueil secrétariat à l'exercice de tâches administratives ou de gestion de la structure.

La télé médecine est considérée comme un outil à développer mais elle est balbutiante. Elle permet un relais avec d'autres professionnels, confrères hospitaliers ou libéraux, la transmission d'images, ou de tout autre document du dossier médical, mais est également utile pour la formation continue des professionnels de santé ainsi que pour l'enseignement des stagiaires comme l'a souligné le rapport du Député LASBORDES. Certaines maisons de santé sont déjà reliées à des centres experts pour recevoir des avis ou organiser la formation continue pendant le temps d'exercice. Le manque de couverture par les opérateurs dans certaines zones rurales reste un problème.

²⁴ Un système informatique d'information nécessite, hors investissement (ordinateurs), un abonnement à hauteur de 60 euros par mois et une ligne téléphonique spécialisée cryptée dont le coût est estimé à 320 euros mensuels pour 10 professionnels selon la FFMPS.

²⁵ LFSS 2006 : article L162-5-3 du code de la sécurité sociale : « les médecins exerçant la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux peuvent être conjointement désignés médecins traitants ».

²⁶ Taux variant selon les maisons de santé. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne, Marie-Caroline Clément et coll, Revue de Santé publique, N° novembre 2009

²⁷ Notamment par la FFMPS, travail évolutif, 15 novembre 2009

2.1.5. Les aides : des collectivités territoriales très engagées

Les subventions et aides sont innombrables, disparates et proviennent de financeurs publics ou privés (cf. annexe). Assurance maladie, Etat, collectivités territoriales, voire Union européenne constituent les premiers. Les financements privés proviennent des professionnels eux-mêmes, d'organismes complémentaires (mutuelles et assurances) voire de groupes hospitaliers privés. Les maisons de santé représentent en effet des enjeux économiques certains, soit par le projet immobilier et entrepreneurial qu'elles peuvent générer, soit par la dynamique de développement qu'elles représentent, constituant une voie d'entrée à l'hôpital ou à la clinique.

Les montants de ces aides sont difficilement quantifiables et ne font pas la distinction entre maisons et pôles de santé²⁸. Le FIQCS a consacré 400.000 € en 2008, et devrait dépenser environ 2,2 millions d'euros en 2009 selon les dernières estimations de consommation, sans qu'il ne soit possible de distinguer l'investissement du fonctionnement. Dans la LFSS 2010 ont été provisionnés 100 millions d'euros au niveau national pour le financement de 100 maisons de santé supplémentaires annuelles et 20 millions d'euros au niveau régional en soutien à la mise en place par les ARS d'organisation des soins de premier recours.

Les collectivités territoriales, principalement conseils régionaux et collectivités locales telles que les communautés de communes, ont pris une part prépondérante dans le financement des structures de premier recours. Selon les données de la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT), **deux lignes budgétaires sont mobilisées** :

- **Celle des pôles d'excellence rurale** qui mentionne un montant total de près de 15 millions d'euros dont près de 10 émanant des collectivités territoriales (le reste de l'Etat). Leur fichier est exhaustif et bien renseigné ;
- **Celle correspondant aux volets territoriaux des contrats de projets Etat-région (CPER)** : le relevé est loin d'être exhaustif, n'étant renseigné que lorsque les conventions ont été signées. Il approche également les 14 millions d'euros, sans qu'il ne soit possible de distinguer les parts respectives des collectivités et de l'Etat.

Ces aides concernent surtout l'investissement mais peuvent également intégrer des coûts d'ingénierie. Lors de construction de bâti, les professionnels font le plus souvent le choix de payer un loyer. L'ARF a souligné la stricte nécessité d'échanges entre collectivités locales et professionnels de santé, qui permettent de lever les incompréhensions mutuelles et d'avancer conjointement dans l'élaboration de projets.

Les origines diverses des financements masquent leur lisibilité et génèrent une perte de temps importante. Les professionnels s'adressant à différents financeurs non coordonnés entre eux, ces aides sont rarement évaluées, rarement pérennes et n'introduisent pas d'engagements réciproques systématiquement entre financeurs d'une part et professionnels de l'autre²⁹. Certains préfigurateurs d'ARS ont souligné l'importance de la concertation entre les futures ARS et les collectivités locales, évitant ainsi le financement de différents projets potentiellement redondants en matière d'offre de soins, et l'obligation d'effectuer un choix a posteriori entre plusieurs projets d'ores et déjà avancés.

Des aides sont également dévolues à l'ingénierie initiale de projet, voire à l'accompagnement dans la durée des équipes de professionnels engagés dans ces nouvelles formes d'exercice. Elles sont mise en place par différentes instances. Ainsi, l'ARF a réalisé un guide à

²⁸ Ces subventions ne sont pas orientées vers les centres de santé, qui bénéficient, pour leur part, d'un accord national avec l'assurance maladie.

²⁹ Pour la région Aquitaine, quatre critères permettent de prétendre au financement du projet : portage par une communauté de commune, diagnostic territorial effectué, projet élaboré impérativement avec et par les professionnels de santé, politiques de prévention au sein de la maison de santé.

destination des élus sur la création des maisons de santé. Certaines régions contribuent également à financer l'ingénierie initiale du projet : réalisation de diagnostics territoriaux, prise en charge de l'animation de réunions entre les acteurs concernés,...

Des missions régionales de santé ont individualisé des équipes d'accompagnement. Ainsi, en Franche Comté, une équipe, co-pilotée par la MRS et le conseil régional, en articulation forte avec les professionnels et notamment la fédération régionale des maisons et pôles de santé (FEMASAC), apporte sa compétence et son expérience en matière juridique, financière, d'ingénierie etc. et met à disposition ses outils régionaux (cf. annexe). En Lorraine, le Conseil Régional, l'ARH, l'URCAM ont signé une convention définissant un cahier des charges pour les maisons de santé pouvant prétendre à financement. La mutualité sociale agricole (MSA) développe les maisons de santé en milieu rural en apportant un appui logistique et technique, quelquefois financier, en partenariat avec les collectivités territoriales et les missions régionales de santé.

2.1.6. L'évaluation médico-économique : un manque à combler

Peu d'études existent à l'heure actuelle en France. L'IRDES vient de publier une étude portant sur neuf maisons de santé et comparant l'activité de leurs professionnels et le recours aux soins de leurs patients à des cabinets libéraux « classiques »³⁰. Elle note une amélioration de l'accès et de la continuité des soins, par rapport à l'exercice classique, les maisons de santé ayant des plages d'ouverture plus importantes et la coopération entre professionnels étant renforcée. Elle observe également une augmentation de la productivité des médecins de maisons de santé, le nombre moyen de patients suivis par un médecin étant égal ou supérieur à celui d'un médecin libéral, alors que le nombre de jours travaillés est moindre. L'exercice en maison de santé permet également d'élargir l'offre de soins à la population à des actes qui ne sont pas classiquement réalisés en médecine générale : suture, pose de plâtre, prise en charge des urgences. Cependant, cette étude n'a pas exploré de dimension économique et n'a pas porté sur l'impact en terme de consommation globale de soins (soins de premier recours, examens complémentaires, soins hospitaliers...).

En Belgique, l'assurance maladie (INAMI) a publié une étude³¹ comparant le coût et la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne, actes et forfaits, ces derniers étant pratiqués en général dans le cadre de maison de santé. Elle montre que le paiement forfaitaire entraîne une meilleure performance des activités de prévention et que les soins sont plus accessibles financièrement pour le patient. Elle montre surtout que, si les dépenses de première ligne payées au forfait sont plus élevées que celles liées au paiement à l'acte, cette augmentation est largement compensée par des dépenses nettement plus faibles concernant les soins de deuxième ligne. Trois postes sont notamment concernés : moindre recours à la médecine spécialisée, diminution des hospitalisations, diminution des dépenses de médicaments.

Au total, les succès d'implantation des maisons de santé sont le fait d'un professionnel, leader charismatique qui a su faire éclore une équipe malgré l'accumulation parfois caricaturale d'obstacles juridiques, administratifs, ordinaires, financiers et autres...

Le développement à grande échelle de ces structures impose de sortir de cette ère du militantisme. Ce sont toujours plusieurs années de galère qui peuvent ne pas se concrétiser en une réalisation pérenne, expliquant que de nombreux professionnels hésitent à se lancer dans l'aventure.

³⁰ Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne, Marie-Caroline Clément et coll, Revue de Santé publique, novembre 2009.

³¹ Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique, KCE reports 85B, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2008.

2.2. *Les pôles de santé : une transition par étapes*

Le pôle regroupe dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice. La loi HPST a reconnu son existence mais ne lui impose pas, contrairement aux maisons et centres de santé, l'obligation d'élaborer un projet de santé. Cependant, les concepteurs du modèle, principalement représentés par six URML du Nord ouest (cf. annexe) le définissent par l'articulation de trois notions : projet professionnel, projet de santé et territoire. Cette dernière notion le différencie des autres modes d'exercice pluri professionnel. Mettant en avant une logique d'aménagement du territoire, les professionnels de santé promoteurs se proposent d'organiser, sur un bassin de vie, la majorité des cabinets médicaux et paramédicaux qui y sont présents, dans le cadre d'un projet professionnel. Ils avancent le chiffre de dix médecins généralistes au minimum.

En formalisant le projet professionnel, **les membres du pôle s'engagent à partager des tâches et des actes, en mutualisant certains moyens** et en échangeant régulièrement des données concernant les malades. Le « projet de santé territorial » se construit alors de façon progressive selon le degré d'intégration des différents professionnels y participant, en adoptant des objectifs de santé publique en direction des patientèles concernées. Ces derniers (accès aux soins, développement de la prévention, amélioration des pratiques) sont similaires à ceux des maisons de santé. Ce projet de santé ne peut avoir de sens, selon les promoteurs du modèle, que si la quasi-majorité des professionnels de santé du territoire adhèrent au pôle. L'ensemble de la population est alors desservi par le pôle, ce qui permet de se situer dans une logique de santé publique. On passe en effet de la notion de patientèle d'un cabinet à la notion de population d'un territoire.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles fonctionnant à l'heure actuelle, la notion, grâce à sa souplesse, restant fluctuante. Selon le recensement fait par la DHOS à partir des pôles ayant eu des subventions du FIQCS, il y aurait, à l'heure actuelle, 25 structures de ce type dont la grande majorité fonctionnent en Poitou Charentes.

Globalement, ces organisations multi-sites procèdent d'un modèle moins intégrateur des pratiques professionnelles que les maisons et centres de santé et, à ce titre, sont susceptibles d'en rendre plus difficile le pilotage et le caractère effectivement pluri professionnel. Elles présentent néanmoins un intérêt indéniable. Ces expériences sont en effet pragmatiques, s'appuyant sur l'existant (médecins et paramédicaux déjà installés, hôpitaux de proximité, EPHAD ...), le projet immobilier n'étant évoqué qu'en cas de nécessité. Elles procèdent par étape, laissant un temps de maturation et d'intégration progressive tant aux professionnels qu'aux projets de santé publique construits par « briques ». Les promoteurs insistent sur le fait que l'évolution vers un exercice pluri professionnel ne peut réussir que si les professionnels eux-mêmes en sont le fer de lance.

Les pôles de santé constituent ainsi une formule bien adaptée à des professionnels en exercice isolé, permettant un travail extensif sur la qualité et l'échange de pratiques. Le travail technique qui a été mené par les professionnels promoteurs de ces pôles est particulièrement approfondi. Il a porté sur le découpage territorial, différentes méthodes ayant été déployées, basées sur un recueil et une analyse épidémiologiques et de consommation de soins. Un effort d'évaluation a également été mis en œuvre, allant jusqu'à explorer un paiement à la performance collective d'un pôle, traçant ainsi des perspectives utiles pour l'avenir. Ces travaux ont été menés en partenariat étroit avec les autorités sanitaires publiques et les collectivités territoriales, démontrant esprit d'ouverture et acceptation d'une logique de contractualisation.

Les **freins principalement évoqués** par les promoteurs sont en rapport avec :

- Le **financement** : il concerne, de façon prépondérante, l'ingénierie d'élaboration des projets et le fonctionnement (investissement informatique). L'investissement immobilier est considéré comme secondaire, les projets immobiliers étant rarement nécessaires.

- Le **statut juridique** : le manque de cadre juridique adéquat est considéré comme l'un des obstacles principaux, pour des raisons similaires à celles citées pour les maisons de santé.
- Un **système d'information** inadapté : le caractère multi sites de ces pôles impose un système d'information performant. Contrairement aux maisons de santé, ce système n'intègre pas la notion de dossier unique du patient, partagé par l'ensemble des professionnels, mais doit permettre les échanges entre membres du pôle, faciliter la gestion et être un outil pour la formation professionnelle. Il doit également faciliter le lien avec d'autres structures sanitaires, en premier lieu, l'hôpital.
- **L'absence de valorisation de certaines fonctions** essentielles au bon fonctionnement de la structure (tâches de coordination, de coopération et de santé publique)³².

2.3. *Les Centres de santé : une mutation nécessaire*

Les centres de santé représentent les modes les plus anciens d'exercices pluri professionnels intégrés et les plus présents sur le territoire national (en 2005, la CNAMTS en dénombrait 1 432 dont 521 centres de soins infirmiers, 159 centres de santé médicaux et 255 centres polyvalents). Leurs statuts et missions ont été réactualisés par la loi HPST, le regroupement des professionnels sous le même toit participant de la même philosophie que celle qui sous-tend la création d'une maison de santé en termes de missions et, souvent, de fonctionnement.

Un certain nombre de caractéristiques les différencient cependant : le mode de rémunération de leurs professionnels, basé essentiellement sur le salariat³³, une forte prise en compte de la dimension sociale, ceci étant lié à leur histoire (ils sont particulièrement présents dans les départements de tradition ouvrière), et leur implantation (dans les grandes villes pour les centres médicaux). Atout appréciable à l'heure actuelle, ils garantissent l'accès aux soins, pratiquent le tiers payant et inscrivent leurs professionnels en secteur 1, y compris les médecins spécialistes autres que médecine générale. Cependant, ils ne participent pas, pour la plupart, au dispositif départemental de permanence des soins³⁴.

A l'inverse des maisons et pôles de santé, ils sont gérés essentiellement par des organismes à but non lucratif (Mutualité, régime minier...) ou des collectivités locales³⁵ qui ne citent pas le leadership professionnel comme une valeur dominante. Certains organismes gestionnaires estiment qu'ils sont ainsi garants d'une meilleure pérennité et d'un projet de santé adapté à leurs populations, étant propriétaires de l'outil de travail et bien ancrés dans les territoires.

Deux éléments, qui freinent leur développement sont souvent mis en avant :

- **L'image dégradée de « dispensaire »** dont on les affuble, image injustifiée pour la plupart, tant les évolutions en matière de qualité d'accueil et de pratiques ont été majeures³⁶ ;
- **Leur déficit « structurel »**, de l'ordre de 10 à 50% selon les centres. Certains responsables avancent que le modèle économique, en l'état actuel, ne peut être équilibré et ont renoncé à leur développement. Selon les gestionnaires, ce déficit structurel est en partie dû à :
 - Des charges administratives et de structure souvent importantes ;
 - Un financement des tâches médico-sociales, de coordination, de coopération et de prévention non rémunérées à la hauteur du travail engagé par les professionnels qui les accomplissent. En ce sens, il est symptomatique d'une problématique qui peut se

³² A remarquer que la seule convention signée à l'heure actuelle dans le cadre de l'expérimentation, est le fait d'un pôle de santé breton.

³³ Dans les centres de santé, les médecins sont très généralement salariés et payés avec ou sans intéressement sur la base des actes médicaux réalisés en secteur I.

³⁴ Ceci étant lié à la non transcription de l'accord national de la CNAM : pas de rémunération versée ni aux centres, ni aux médecins y participant.

³⁵ Rapport sur les centres de santé, juin 2007, Dominique Acker, CGES

³⁶ La Fédération Nationale de la Mutualité Française, par exemple, a lancé une démarche globale de certification de ses centres, fondée sur le référentiel HAS et les dotant d'un label selon une cotation compétitive.

poser, de la même façon, aux maisons et pôles de santé si la généralisation des nouveaux modes de rémunérations tarde trop.

- Une plus faible productivité en actes techniques rémunérateurs que dans les autres structures de premier recours.

Une tendance forte se dessine dans les centres de santé à l'introduction d'un mode de revenu mixte des médecins, comprenant une part forfaitaire et une part variable selon l'activité, comme dans les centres de santé du Régime Minier, au Centre Alfred Fournier à Paris ou dans certains centres mutualistes. Le seul salariat n'est en effet guère mobilisateur pour ceux qui travaillent beaucoup.

Un pays comme la Finlande a abandonné le tout salaire pour les médecins en privilégiant des rémunérations mixtes, combinant paiement à l'acte et forfait selon les tâches à accomplir. Ce schéma semble aujourd'hui correspondre au souhait de nombreux médecins dont la plupart des jeunes installés, remplaçants ou étudiants.

On pressent bien alors que la différence majeure entre maisons et centres de santé, relative au mode de rémunération des professionnels, tend à s'amenuiser nettement.

2.4. La spécificité des territoires

La situation et les besoins des usagers en montagne ne peuvent se comparer à ceux d'une banlieue ou d'une zone de campagne d'accès facile. Les tâches à accomplir peuvent être différentes, compte tenu des caractéristiques épidémiologiques locales et des spécificités du territoire. La proximité d'établissements sanitaires existants constitue un facteur supplémentaire de variabilité. Impossible dans ces conditions de prétendre définir LA structure de soins pluri professionnelle de premier recours.

2.4.1. En zone péri-urbaine

Ces quartiers abritent des populations présentant globalement des états de santé défavorables, de nombreux travaux ayant démontré, depuis de nombreuses années, la persistance, voire le creusement d'inégalités de santé liées au statut social en France³⁷. Ces disparités sont traduites par des différences notables concernant l'espérance de vie à la naissance selon le statut social ou sur le plan géographique. C'est également dans ces zones que l'accès et le recours aux soins sont souvent problématiques pour des questions d'ordre financier, administratif, culturel ou linguistique. Par ailleurs, ce sont souvent des zones dépourvues de services, y compris de santé³⁸. Même les centres de santé, qui y sont particulièrement présents, peinent à y recruter des professionnels de santé.

Selon le recensement effectué par la DHOS, quatre maisons de santé³⁹ seulement se sont créées en zone urbaine sensible (ZUS), dont trois dans le cadre de « dynamique espoir banlieue⁴⁰ » (DEB), une vingtaine étant en projet pour 2010, réparties sur 9 régions.

On est loin du compte face au souhait de la Ministre de la santé et de la Secrétaire d'Etat à la ville, qui affirmaient leur volonté d'en créer une centaine d'ici 2011⁴¹.

³⁷ Voir notamment le dernier Insee première No 1 162, octobre 2007, sur la santé des plus pauvres et le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) No 43/2005 du 31 octobre 2005 sur les inégalités de santé et comportements

³⁸ Cette notion est cependant à relativiser, une étude récente de l'ONZUS tendant à montrer que quand on élargit le périmètre à 150m autour des ZUS, les chiffres sont fortement relativisés. On reste cependant à 80% des professionnels de santé par rapport aux unités urbaines.

³⁹ Recensement actualisé au 30 juillet 2009 : 1 en Alsace, 1 en Rhône-Alpes, 1 en Ile-de-France et 1 en Franche-Comté

⁴⁰ Dynamique espoir banlieue se veut représenter un tournant dans la politique de la ville, celle-ci étant considérée comme une priorité nationale par le président de la République. 215 quartiers ont été identifiés. 5 volets ont été adoptés dont la santé, qui en constitue le « 5ème pilier ».

⁴¹ Objectif affiché une première fois en janvier juin 2008, puis rappelé dans une note du 15 juillet 2009.

Les obstacles sont en effet nombreux et tiennent à des facteurs :

- **D’ordre économique** : les territoires en déficit sont en général des villes pauvres et qui n’ont guère de possibilités d’investissements propres. Les initiatives des élus seuls se soldent alors par un échec. Le foncier peut y être cher, comme en Ile de France.
- **D’ordre administratif** : il s’agit souvent de micro-quartiers délimités, ne correspondant ni au zonage de la politique de la ville, ni à celui des zones déficitaires de l’assurance maladie. A l’intervention classique des collectivités territoriales d’une part, de l’ARH et de l’Assurance maladie d’autre part, s’ajoute celle des préfectures de région et de département ayant sous leur responsabilité la politique de la ville. La complexité et la juxtaposition des différentes démarches rendent le paysage illisible, les différentes interventions n’étant pas coordonnées. La politique de la ville, transversale et interministérielle par construction, est pilotée de façon conjointe par le préfet de département et les communes concernées. Son volet santé repose sur des outils spécifiques, notamment les ateliers santé ville, mettant, à juste titre, en exergue l’importance conjointe de la promotion de la santé, de la prévention et de l’offre de soins et reposent sur des acteurs multiples : élus, professionnels sanitaires et sociaux, associations... Or, la loi HPST risque d’entraîner un cloisonnement entre santé et social dans la mesure où elle prévoit peu de lien entre les ARS, les collectivités locales, les préfets chargés de la politique de la ville et les directions de cohésion sociale (en dehors de l’article L 1435).
- **D’ordre démographique** : le taux de renouvellement des professionnels de santé dans ces zones, de l’ordre de 30 %⁴², entraîne une surcharge de travail ne favorisant pas la conception d’un nouveau projet.
- **D’ordre sécuritaire** : les problèmes d’insécurité (avérés ou on) n’incitent pas les professionnels qui sont majoritairement des femmes à y exercer.

Face à ces obstacles, la volonté politique ne pourra s’exprimer concrètement sans incitations fortes et coordonnées des pouvoirs publics, tant du point de vue du pilotage que des mesures d’aides en direction des professionnels.

Les atouts restent cependant réels, car les professionnels de santé sont intéressés par une approche globale imposée par l’intrication des problèmes sanitaires et sociaux, l’intérêt du métier, les pathologies rencontrées faisant appel à de réelles compétences techniques et cliniques, enfin, le lieu même d’implantation, proche de grandes villes, souvent universitaires, facilitant une diversification des activités. Des aides spécifiques y sont d’ores et déjà accordées⁴³.

2.4.2. En milieu rural, une interaction forte avec l’aménagement du territoire

Le recensement de la DHOS fait état de 46 maisons de santé fonctionnant en milieu rural. Le rôle des collectivités territoriales y a été prépondérant. Revendiquant une légitimité d’aménageurs du territoire, de nombreux conseils régionaux se sont saisis de la problématique sanitaire. La question du devenir des hôpitaux locaux, la désertification médicale dans les territoires ruraux ont d’abord été les motivations de leur mobilisation. Des aides financières ainsi qu’en matière d’ingénierie ont été apportées. Les collectivités locales ainsi que les conseils généraux se sont également mobilisés. Des bourses ont été octroyées à des internes de médecine générale, avec engagement d’exercice dans les maisons de santé, mais ce type d’aides, d’ordre essentiellement financier, a rencontré peu de succès.

Des initiatives d’aménagement des transports collectifs ont quant à elles été expérimentées et se révèlent porteuses. Des conseils généraux de la Marne ainsi qu’en Bretagne ont

⁴² A Villiers le Bel, pour 15 départs il y a 1 installation

⁴³ Par exemple les zones franches.

ainsi développé du transport « à la demande des usagers » et songent à introduire des possibilités de transport dédiés aux services de santé.

Diverses fonctions peuvent être mutualisées en zone rurale : organiser la permanence des soins (maison de santé et maison médicale de garde au sein des mêmes locaux), permettre des consultations de spécialistes libéraux ou hospitaliers, héberger des services d'aide ou de soins à domicile mais aussi des services de santé scolaire ou de médecine du travail, accueillir des réseaux de santé ou de soins, des permanences associatives, être un relais pour l'hospitalisation à domicile ou les réseaux de soins palliatifs, accueillir des permanences sociales du Conseil Général ou d'associations spécialisées, organiser un accueil de soins non programmés...

La restructuration hospitalière en cours constitue des opportunités saisies par les professionnels et les collectivités. L'hôpital local, dans lequel interviennent déjà les médecins libéraux, y joue un rôle important. L'adossement à l'hôpital est en effet souvent utilisé, permettant de regrouper les professionnels, de faciliter la continuité des soins et de profiter des moyens logistiques d'imagerie et de biologie de l'hôpital. La télétransmission y est développée, permettant aux manipulateurs radio de faire des scanners ou des échographies de débrouillage, les images étant interprétées par des centres experts. Dans ces hôpitaux locaux, les médecins peuvent hospitaliser facilement les malades qui le nécessitent pour affiner un diagnostic, suivre certaines pathologies, adapter des traitements, au total assurer les tâches de proximité d'une médecine rénovée.

Professionnels de santé et collectivités territoriales font cependant état d'un certain nombre de risques contre lesquels il faut se prémunir. Ils citent ainsi le risque de polariser l'offre locale sur un centre unique ce qui contribue à assécher le territoire alentour. Si dans un canton dit déficitaire on rassemble l'offre dans un lieu unique, on risque de mettre en difficulté les cabinets périphériques. Le risque est réel dans les cantons ruraux où réside une population âgée, qui ne peut se déplacer que difficilement. Les réponses avancées consistent à préférer l'implantation de la maison de santé au chef lieu et à favoriser l'ouverture de cabinets secondaires. Le soutien à une organisation sous forme de pôle de santé est également évoqué, l'essentiel étant de s'organiser, selon les spécificités du territoire et de sa population. On retrouve ici le caractère primordial du projet de santé. Professionnels et élus insistent sur une période incontournable de temps (un à deux ans) qui doit être laissée pour mûrir un projet. Une attitude pro-active est souvent adoptée, qui consiste à agir avant que les derniers professionnels n'aient quitté leurs exercices.

C'est en milieu rural qu'est pointé le risque de ne pas suffisamment respecter un leadership professionnel. Les exemples commencent à se multiplier ou les maires, préoccupés par la désertification médicale, construisent des maisons de santé qui restent des boîtes vides. Des projets redondants peuvent également s'élaborer dans des communes proches, chaque maire voulant sa maison de santé.

Ces illustrations laissent suggérer que le niveau régional puisse être le niveau d'organisation le plus pertinent grâce aux échanges et à la connaissance réciproque entre élus, instances administratives et professionnels.

Enfin, les associations de maires, si elles déclarent un soutien massif à des formes d'exercices pluri professionnels, affichent leur opposition à ce que cela accélère le processus de restructuration hospitalière.

2.5. *Les aides, les échanges d'expérience, les expertises progressent ; un début de structuration*

Les raisons de ces dynamiques nouvelles ont été maintes fois mises en avant. Elles tiennent principalement à des raisons d'ordre professionnel ainsi qu'aux problématiques nouvelles posées par la santé des populations. Citons, pour rappel, les principales raisons soulevées par le rapport du Sénateur Juillard : une crise de la démographie des professionnels de santé mêlant crainte de

pénurie et constat de répartition territoriale inégale, les aspirations nouvelles des professionnels de santé, demandant une modernisation des conditions de travail et une meilleure qualité de vie. Les problématiques de santé publique mettent en avant quant à elles le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques, exigeant tout deux suivi au long cours, coordination des professionnels et des structures, intégration d'activités de prévention, de dépistage, de réadaptation en sus des prestations cliniques curatives classiques.

Les initiatives, portées au départ par des professionnels militants, ont rencontré un écho certain et suscité des aides sous différentes formes. Paradoxalement, à l'heure où la loi HPST affiche sa volonté d'un soutien et d'une meilleure organisation du dispositif de premier recours, l'Etat en est relativement absent.

Portée par ce foisonnement d'initiatives, une **expertise** est en train de se constituer. Les colloques se multiplient, des cabinets de conseil s'orientent vers ce nouveau domaine.

Comme en témoigne l'état des lieux précédemment exposé, ces réflexions et aides, précieuses pour le développement de ces nouvelles formes d'exercice, restent éparpillées. Elles peuvent même quelquefois être redondantes voire concurrentielles. Cependant, **des prémices de structuration entre professionnels de santé** émergent. Une Fédération des maisons et pôles de santé (FFMPS) s'est créée sous forme associative en septembre 2008, se donnant pour objet de soutenir le développement de ces structures, d'aider les professionnels et de devenir force de propositions. A l'heure actuelle, cinquante maisons de santé y adhèrent, une centaine est en projet. Elle couvre les régions Bourgogne, Lorraine, Franche Comté et Rhône-Alpes, d'autres régions s'étant d'ores et déjà déclarées intéressées.

2.6. L'université reste peu impliquée

Les professionnels de santé insistent, à juste titre, sur les potentialités de ces structures pour participer à la formation des futurs professionnels, rénover les modalités de développement professionnel continu et s'impliquer dans des projets de recherche. Ils sont cependant peu entendus par l'université. Concernant la formation, seuls les internes de médecine générale sont aujourd'hui accueillis dans ces structures. Le temps consacré aux stages ambulatoires pour ces futurs professionnels est excessivement insuffisant (6 à 12 mois pour un cursus de 9 ans), mais les maisons de santé constituent un terrain de stage idéal et doivent donc toutes être en mesure de former ces futurs médecins généralistes. Pour la plupart des autres professionnels, notamment pour les élèves infirmiers, la réalisation de stages dans les maisons de santé pluri professionnelles relève du pur militantisme : maîtres de stage non rémunérés, étudiants totalement passifs faute de remboursement des actes effectués par le stagiaire,... Il n'y a guère de structures d'accueil et d'hébergement des stagiaires, ni de relais télé-médical pour la formation initiale.

Il en est de l'exercice en maison de santé pluri professionnelle comme de toute installation : on ne s'y lance pas sans connaître. L'expérience prouve que les maisons de santé existantes, accueillant des étudiants, n'ont aucune difficulté de recrutement. C'est au cours des stages pratiques que le futur professionnel fait ses choix d'exercice à venir. L'attractivité des structures de soins pluridisciplinaires n'est plus à démontrer, encore faut-il que cet exercice soit connu.

Pour le versant recherche, les maisons, pôles et centres de santé ne sont quasiment pas impliqués dans les protocoles de recherche alors qu'il s'agit indéniablement du lieu le plus opportun pour développer, enfin, la recherche en soins primaires, source impérieuse à l'amélioration des prises en charge. La mission n'a eu connaissance que d'une seule expérience dans le domaine. Il s'agit du Département de Médecine Générale de la Faculté de Montpellier-Nîmes. Un projet de recherche y est mené avec le Collège Régional des Généralistes Enseignants du Languedoc-Roussillon, en lien avec un centre collaborateur de l'OMS. D'autres projets d'enseignement et de recherche impliquant les nouvelles formes d'exercice seraient en train d'émerger. C'est le cas en Bourgogne, qui projette la création d'une « unité de santé universitaire »

à Grésilles, quartier DEB. Le peu d'implication universitaire témoigne, une fois de plus, des difficultés d'émergence de la filière universitaire de médecine générale et de sa structuration sur le terrain.

Le nombre d'universitaires de médecine générale reste minimaliste eu égard au nombre d'étudiants qui se destinent à la médecine de premier recours. Actuellement, on recense dix professeurs universitaires de médecine générale (leur titularisation datant de quelques mois) contre 4300 PUPH, 215 professeurs associés, 48 chefs de clinique en médecine générale (3500 pour les autres spécialités). La conférence des doyens et le Conseil National des Universités devrait revoir leurs copies en favorisant largement le développement de la filière universitaire de médecine générale. Les arguments qui viennent à dire qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes qualifiés pour devenir professeur est une erreur. A ne pas vouloir ouvrir les portes du professorat à cette nouvelle spécialité, on ne fait que reporter le problème sans le résoudre. Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les autres écoles para médicales doivent aller dans le même sens, en sensibilisant leurs étudiants à la recherche, dans un cadre pluri disciplinaire. Il est urgent d'offrir aux professionnels concernés une formation leur permettant de répondre effectivement aux missions qui leur sont confiées.

2.7. *Convergences et divergences des trois types d'exercice : substitution ou complémentarité ?*

De nombreux éléments structurants sont communs aux trois types d'exercices pluri professionnels que sont les maisons, les pôles et les centres de santé. Il en va du projet de santé ainsi que des missions dont ils se dotent : prendre en compte les besoins de la population, favoriser les coopérations entre professionnels, élargir l'offre de soins et les services rendus à la population, assurer une prise en charge globale.

Les éléments qui les différencient fondamentalement s'estompent. C'est notamment le cas des modalités de rémunération des professionnels évoluant vers des possibilités de paiement mixte: part forfaitaire et part liée à l'activité. Mais le mode actuel de financement des professionnels de santé de premier recours constitue une difficulté commune aux trois types d'exercice, en ne valorisant pas suffisamment ce qui fait la plus value même d'un exercice pluri professionnel quelle que soit sa forme. Les regroupements pluri professionnels quelle que soit leur forme, restent des modèles économiques fragiles.

Chacune de ces structures offre des facettes multiples. Maisons et pôles de santé mettent en avant le respect d'un leadership professionnel favorisant esprit d'initiative et dynamique de développement, ceux-ci pouvant parfois entrer en tension avec des pouvoirs publics garants d'un accès égal aux soins et de priorités de santé publique. Les centres de santé s'inscrivent dans une gouvernance publique, facilitant l'adéquation aux besoins de santé de la population qu'ils desservent, l'équilibre entre logique professionnelle et logique gestionnaire étant quelquefois difficile à trouver.

Cette variété constitue une richesse qu'il s'agit de préserver car susceptible de séduire des cultures professionnelles variées et de répondre à des environnements diversifiés. La question du pôle, de la maison ou du centre de santé ne se pose pas en termes d'alternative, mais de complémentarité. Les opposer serait une erreur stratégique, les ressources médicales et paramédicales étant suffisamment rares pour parvenir à remplir les différentes missions demandées au dispositif de premier recours. En outre il ne saurait être question de renoncer à ce qui fonctionne bien quand les professionnels s'engagent fortement dans une restructuration vertueuse de leur pratique. On peut par ailleurs estimer que les pôles de santé sont bien adaptés au monde rural et à des professionnels déjà en place, que les centres de santé répondent mieux à des problématiques urbaines alors que les maisons de santé sont particulièrement plébiscitées par les jeunes générations de professionnels, attirées par un exercice intégré et un travail d'équipe au quotidien.

Ces différentes configurations sont évolutives. D'ores et déjà, **des projets communs entre les différentes formules tentent de se constituer**. Ainsi, des projets de maisons de santé sont en train d'être élaborés conjointement entre professions libérales et centres de santé (dans le Nord Pas de Calais et en Lorraine par exemple). De même, les professionnels promoteurs des pôles de santé intègrent les maisons de santé dans leur maillage territorial, évoquant le « rôle de catalyseur » qu'elles pourraient avoir, et l'entrevoient comme tête de réseau de l'animation territoriale des professionnels du pôle.

Dans ce cadre, les maisons de santé seraient susceptibles de devenir le modèle privilégié des groupements d'exercices professionnels à venir.

3. SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DES EXERCICES PLURI PROFESSIONNELS : LES PRINCIPES D' ACTIONS

L'enjeu sanitaire, économique et territorial lié aux formes d'exercices pluri professionnels est important pour l'avenir des soins de premier recours. C'est un nouveau modèle d'organisation qui émerge, encore trop souvent « terra incognita » pour les autorités publiques, mais qui constitue l'un des prochains gros chantiers des ARS. La mission a identifié les principes d'action sous jacents aux recommandations qu'elle préconise.

3.1. Les formes d'exercices pluridisciplinaires sont une réponse adéquate pour une nouvelle politique de soins de santé primaire

Les modèles pluri professionnels pour les soins de premier recours sont les plus aptes à répondre aux enjeux de demain, à condition de comprendre un double objectif : réponse aux besoins des populations et amélioration de la qualité des pratiques. Ils pourraient devenir les modèles dominants d'exercices futurs et méritent d'être favorisés partout et sous toutes les formes (pôles, maisons et centres de santé).

Il n'y a ainsi aucune raison de réserver le développement dans les seules zones dites désertifiées médicalement, car on ne voit pas pourquoi l'on priverait les populations des zones dites dotées ou sur dotées de ces regroupements bénéfiques de professionnels de santé. La crainte des médecins isolés de se retrouver en concurrence doit faire place à une information claire des enjeux sanitaires locaux et à une concertation amenant peu à peu les médecins et les autres professionnels de santé qui le désirent à rejoindre en temps partiel éventuellement un exercice pluri professionnel, ou au moins à collaborer avec lui

3.2. Un juste équilibre doit être adopté entre attentes des professionnels de santé et responsabilités des pouvoirs publics

Si les dynamiques professionnelles doivent être respectées, il ne peut être question de ne plus garantir un accès équitable à des soins de qualité pour l'ensemble de la population quel que soit son lieu d'habitat. C'est aux autorités publiques qu'il revient, par un effort de concertation entre futures ARS, collectivités territoriales et professionnels de santé, de favoriser les implantations en fonction des besoins des populations et de la spécificité des territoires. C'est pourquoi un mécanisme d'aides graduées doit être adopté.

3.3. L'attractivité du modèle repose sur sa sécurisation juridique et financière

Le dispositif de premier recours s'est construit en France à partir de professionnels libéraux en exercice isolé dont le mode de rémunération valorise essentiellement des actes techniques curatifs. Ce modèle, s'il a bien fonctionné jusqu'à peu, n'est plus apte à répondre aux besoins et n'est plus attractif pour les professionnels. L'évolution vers de nouvelles formes d'exercice ne pourra faire l'impasse de modifications législatives fortes, touchant tant au statut des structures

qu'aux partages de données et aux modes de financement. Ne pas donner un signal fort dans ce sens revient à condamner l'exercice pluri professionnel et à ne pas donner l'impulsion nécessaire au dispositif de premier recours.

3.4. *L'université ne peut rester en retrait*

Si l'on veut remettre au cœur du système sanitaire les professionnels de soins primaire, il importe de reconnaître pleinement leurs spécificités. Les postes universitaires de médecine générale ne sont distribués qu'au compte goutte par les doyens, alors que dans chaque faculté de médecine la moitié de l'effectif étudiant se destina à la médecine de premier recours.

La coopération entre professionnels de santé exige des formations pratiques pluri professionnelles sur les lieux même d'exercice. Le développement de stages dans les maisons de santé est l'un des garants de leur pérennité (on n'opte pas pour un exercice que l'on ne connaît pas), de leur dynamisme et de la qualité des soins qui y sont dispensés (échanges inter générationnels, formation précoce à cet exercice, aux coopérations, aux mesures de santé publique,...). Il est urgent de permettre l'accueil de tous les futurs professionnels de santé au sein de ces structures. A l'heure où l'on s'interroge sur la « relève » qu'assurera la nouvelle génération, il est plus que justifié d'investir dans leur formation au sein de ces structures d'avenir.

Les expériences innovantes ont également tout à gagner en contribuant à des projets de recherche sur des problématiques qui leur sont propres, au risque de se rigidifier et de ne plus évoluer. Tout projet de recherche en soins primaires vise une population définie et repose sur une base de données. La maison de santé pluri professionnelle regroupe l'ensemble des éléments propices au développement de projets de recherche, adaptés aux besoins des usagers du système de soins du territoire correspondant.

3.5. *Une modernisation du système demande la création de nouveaux métiers de la santé*

Il s'agit de concevoir de nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers : assistants administratifs, assistant chargé d'organiser le système d'information, gestionnaire-manager de groupements d'exercices pluri professionnels...La formation initiale dans le cadre de la réforme Licence-Master-Doctorat devrait accélérer l'émergence de ces nouveaux métiers dont notre système de santé a besoin.

C'est au prix d'un effort de modernisation des outils (notamment d'informatisation des systèmes d'information et de télé-médecine) et des fonctions support que les professionnels de santé pourront se recentrer sur leur métier de base, que la performance des structures pourra être améliorée, au bénéfice de l'offre et de la qualité des soins.

3.6. *Une adaptation évolutive et souple renforce les capacités d'innovation du modèle*

Le propre de l'innovation est sa capacité à s'interroger et à organiser l'interaction entre pratiques et recherche. L'évaluation, à condition d'y associer l'ensemble des acteurs qui contribuent aux dispositifs, est un espace qui permet de répondre aux questions qui se posent et d'avoir des débats constructifs, visant l'amélioration permanente du système. En tout état de cause, des expériences innovantes perdent de la légitimité si elles n'apportent pas des éléments objectifs sur leur qualité, leur impact sur les prises en charges et les consommations. Les professionnels rencontrés y sont prêts, dans une logique pédagogique et de questionnement, et non de sanctions et de bureaucratisation.

4. RECOMMANDATIONS

Afin de dessiner le paysage global à concevoir pour le dispositif de premier recours, la mission propose des mesures s'adressant aux différents échelons territoriaux (national, régional et local) ainsi qu'aux principaux acteurs qui y contribueront (autorités publiques, professionnels et université). La plupart sont communes aux différentes formes d'exercice pluri professionnel. Certaines mesures sont spécifiques à l'une ou l'autre forme, ce qui sera à chaque fois précisé.

Ces mesures sont guidées par un souci de pérennité, d'adéquation avec les besoins des usagers, et de réponses aux attentes de modernisation et de nouvelles pratiques, particulièrement présentes chez les jeunes professionnels. Ce dispositif est également considéré comme une plus value pour la population. A ce titre, il ne devrait pas servir principalement des intérêts privés.

La mission a conscience de l'effort en termes de dépenses publiques d'origine diverse qu'elle demande mais est persuadée qu'il s'agit là d'un investissement utile pour l'intérêt collectif et qui peut être rapidement amorti par les économies réalisées grâce à une pratique professionnelle améliorée.

4.1. Identifier un cadre pour les maisons de santé

4.1.1. Créer une marque « maisons de santé »

Une marque collective « maisons de santé » devrait être déposée par le Ministre chargé de la santé auprès de l'Institut national de la propriété industrielle (INPI). Elle a pour objet d'identifier les structures de groupements pluri professionnels que les pouvoirs publics entendent promouvoir auprès de la population pour améliorer l'accès et la qualité des soins de premier recours. Elle protégerait les maisons de santé de la référence abusive du terme par des professionnels qui ne respecteraient pas le cahier des charges. Cette marque serait ouverte aux centres de santé qui le désirent.

La marque serait octroyée à deux conditions : respect du cahier des charges national et projet de santé validé par l'ARS de la région concernée (cf.4.6.1). Les conditions de son utilisation sont fixées par arrêté.

4.1.2. Adopter un cahier des charges national pour les maisons de santé

Il s'agit de disposer d'un cadre national définissant les missions des professionnels de premier recours et les services minima qui doivent être garantis à la population dans le cadre de ces structures. Pour ce faire, un cahier des charges doit être élaboré au niveau national et faire l'objet d'un arrêté, condition plus contraignante que l'article 39 de la loi du 21 juillet 2009.

En ce qui concerne les pôles de santé, la mission ne préconise pas de les soumettre au même cahier des charges, estimant que leur démarche pragmatique, par étape, doit être respectée et garder toute sa souplesse. Les aides publiques peuvent cependant leur être ouvertes, sous condition de validation de leur projet par l'ARS (cf. 4.6.1).

Le cahier des charges des maisons de santé doit garder une certaine souplesse tout en étant basé sur des **critères obligatoires**, l'adaptation aux spécificités locales étant laissée à l'évaluation des ARS. **Ces critères reposent sur l'unité de lieu géographique et fonctionnelle, et l'existence d'un projet de santé et d'un projet professionnel.** Ces derniers doivent être élaborés par les professionnels et non imposés par une instance externe. Un temps d'élaboration et d'appropriation doit être respecté.

Les critères portent sur deux dimensions. La première s'applique à la population et définit le projet de santé adapté à son territoire d'implantation ainsi que sa place dans le maillage territorial. La seconde définit le projet professionnel. Les sujets souvent « tabous » et source potentielle d'implosion de la structure doivent y avoir été abordés.

Critères obligatoires du cahier des charges national

Le projet de santé : critères liés aux populations, définissant les missions et objectifs

Assurer la continuité des soins y compris en assurant une amplitude horaire suffisante, en accueillant les soins non programmés et en prenant en charge les « petites » urgences (plaies, sutures etc.) ;

- Assurer l'accès financier aux soins et appliquer le tiers payant ;
- Développer la prévention individuelle et collective dans un cadre organisé ;
- Assurer un suivi coordonné des maladies chroniques ;

Améliorer la qualité des soins en favorisant démarche qualité et processus d'auto évaluation⁴⁴;

- Participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants) ;
- Participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations ;

Certains de ces critères demandent l'application effective des nouveaux modes de financement ainsi qu'une évolution législative : accueil de tous les étudiants en santé, missions de santé publique, dossier unique partagé notamment (cf. 4.2.3)

Le projet professionnel : critères liés à l'organisation et au fonctionnement

- Un exercice pluri-professionnel avec un nombre minimum de trois type de professionnels : médecins, infirmiers, professionnels de rééducation (masso-kinésithérapeutes, orthophonistes...). Tout autre professionnel peut être membre de la maison de santé comme les diététiciens, les dentistes, les psychologues etc. ;

- Une formalisation de l'organisation entre professionnels : engagements, modes de rémunération entre les membres de la structure⁴⁵, modes de coordination et de coopération dont notamment délégations d'activités et d'actes conformément à la loi HPST, organisation des emplois du temps...;

- L'existence d'une fonction de coordination : elle peut être assurée par un membre de la maison de santé ou par recrutement de personnel dédié pour les structures les plus importantes et facilitera l'organisation de réunions interprofessionnelles (à visée formative ou d'évaluation pluri professionnelle des pratiques par exemple), la concertation interprofessionnelle autour d'un cas, la formalisation de protocoles, etc. ;

- Une fonction de coopération, formalisant la coopération entre les professionnels de santé au sein de la structure mais également la coopération avec les professionnels et les structures externes: pharmacie, hôpital, hospitalisation à domicile, SSIAD, structures médico-sociales et sociales (assistantes sociales du Conseil Général...);

- Une fonction de management et de gestion pouvant être mutualisée entre différentes structures, assurée par un professionnel de santé membre de la structure ou par recrutement de personnel dédié⁴⁶ ;

- Un dossier de patient unique et partagé, informatisé, avec précision des accès spécifiques selon le type de professionnels ;

⁴⁴ L'HAS a publié, d'ores et déjà deux référentiels qu'il s'agirait d'adapter et de préciser notamment sur la question des nouveaux modes de coopération (protocoles pour une prise en charge partagée des consultants dans une nouvelle démarche de prévention et de soins) : « Référentiel d'évaluation des centres de santé » février 2007 et « L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé » novembre 2007.

⁴⁵ Pour éviter tout lien de subordination entre professionnel de santé, certains préconisent qu'aucun professionnel de santé ne soit salarié d'un autre dans la maison de santé.

⁴⁶ Cette fonction pourrait faire l'objet d'une formation diplômante.

- Un système d'informatisation partagé : celui-ci est particulièrement indispensable dans les pôles de santé, les professionnels n'étant pas sur le même lieu. Outre la transmission d'informations, il facilite la collecte de données épidémiologiques à partir d'indicateurs choisis de façon concertée, intègre les logiciels métiers ;
- Des locaux aux normes d'hygiène et de sécurité favorisant salle d'attente et secrétariat communs, salle de réunion et salle d'urgence.

En fonction des spécificités des territoires, d'autres critères peuvent être fort justement proposés par les professionnels de santé. De telles structures pourraient, selon les besoins, assurer la permanence des soins et la participation aux urgences, offrir des prestations médicales spécialisées, développer les partenariats avec les associations de patients et d'usagers de la santé, créer des cabinets secondaires...

La mission considère par ailleurs que l'utilisation de télésanté a vocation à être très vite systématisée. Le cadre régional devrait être privilégié, tant pour l'apport d'expertise spécialisée que pour l'enseignement et la formation.

4.2. Adopter un nouveau cadre juridique

4.2.1. Créer un statut juridique pour les maisons et pôles de santé

Actuellement les montages des maisons et pôles de santé sont divers (SEL, SCM, GIE, association loi 1901...) et souvent complexes car ils obligent à distinguer la structure qui reçoit des fonds pour l'investissement, celle qui reçoit des fonds pour le fonctionnement et celle (parfois plusieurs) qui gère les répartitions des rémunérations entre les professionnels. De plus, les modalités peuvent varier fortement selon la nature de l'investisseur (public, privé) et la nature de l'engagement financier des professionnels (investissement de « parts » ou simple location). La complexité de ces démarches freine souvent la mise en place effective des projets.

Un nouveau cadre juridique doit être trouvé permettant de concilier l'esprit d'initiative et les attentes des professionnels de santé en termes d'exercice professionnel et de qualité de vie avec l'exigence publique garante d'un accès à des soins de qualité pour toute la population.

La mission préconise que le cadre juridique des maisons et pôles de santé respectent les critères suivants :

- Recevoir des subventions globales, que ce soit en investissement ou en fonctionnement, y compris de type forfaitaire, tout en laissant une place à l'investissement privé venant des professionnels concernés ;
- Définir un poste de gérant, qui serait l'un des membres de l'équipe, choisi pour une durée à déterminer dans le projet professionnel ;
- Pouvoir exclure un membre sur la base d'une majorité de voix, clause définie dans le projet professionnel ;
- Laisser le choix aux professionnels de santé des modes de répartition des subventions, honoraires et rémunérations entre eux ainsi que du mode d'exercice de chacun. Ces modalités sont explicitées dans le cadre d'un projet professionnel, celui-ci précisant quels sont les professionnels de santé qui y exercent (article 6133-1 du CSP, article 23 de la loi HPST) ainsi que leurs statuts et leurs responsabilités ;
- Poursuivre un but non lucratif, celui-ci se justifiant par les missions de santé publique conférées aux professionnels de santé (article 6112-1 et 6112-2 du CSP, article 1 de la loi HPST) ;
- Permettre d'intégrer avec souplesse des entités différentes, comme c'est le cas pour les pôles de santé. Ce nouveau cadre devrait également permettre d'accueillir les centres de santé volontaires ou autoriser les regroupements privé-public comme ce pourrait être le cas de cabinets libéraux s'associant à un centre de santé.

Les auditions pratiquées par la mission ont mises en avant plusieurs formules juridiques apparaissent comme pouvant être retenues préférentiellement :

- **La création d'un groupement de coopération sanitaire sans obligation de présence d'établissement de santé**⁴⁷. Sa convention constitutive, incluant le projet de santé de la structure, est approuvée par le Directeur de l'ARS. Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent opter pour un GCS personne morale de droit privé ou de droit public, ce dernier présentant des avantages fiscaux.
- **Un régime dérogatoire au statut d'association loi 1901**⁴⁸, faisant bénéficier les associations composées exclusivement de professionnels de santé d'un régime spécifique, sous réserve que l'activité de ces associations soit à objet exclusif de coordination des soins. La dérogation envisagée porte sur plusieurs axes :
 - Les sommes reversées aux professionnels ne sont pas assimilées à des salaires pour l'application de la législation sociale et fiscale et seront assimilables à des honoraires médicaux
 - Les sommes perçues par l'association au titre de la coordination des soins ne sont pas assujetties aux impôts commerciaux
 - Résultats et déficits éventuels de l'association seront imputables aux reversements opérés pour chaque professionnel membre de l'association.
- **Une « société maison de santé »**, s'appuyant sur ce qui fonctionne bien dans les différents cadres juridiques des sociétés civiles actuelles. C'est une formule qui pourrait attirer certains professionnels libéraux. Cette société est responsable des moyens financiers octroyés et respectueuse des missions de santé et de service publics qu'elle aura à accomplir dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS.

La mission considère que ces formules ne sont pas exclusives, les professionnels promoteurs des maisons et pôles de santé pouvant, s'ils le souhaitent, opter pour un autre statut. Cependant, quel que soit le statut adopté, il doit obéir aux principes et critères sus cités.

Cette recommandation demande une modification de type législatif, reposant sur une expertise juridique préalable qui outrepassse les prérogatives ainsi que les compétences de la mission.

La mission insiste pour que cette innovation législative soit effective rapidement si l'on veut montrer une véritable volonté politique pour aboutir au déploiement de ces structures de premier recours.

4.2.2. Permettre aux centres de santé d'intégrer ce cadre commun

La différence de statut entre maisons et centres de santé, qui s'explique par l'origine des centres, ne correspond plus à la réalité des missions de ces deux types de structures.

Le mode de rémunération des professionnels, qui en France a fortement cristallisé les antagonismes entre le monde libéral et le monde salarié s'estompe très rapidement avec l'arrivée sur le marché de jeunes médecins décidés à être honorés autrement.

Un cadre juridique unique doit permettre d'accueillir les différents types d'exercice pluri-professionnel. Les deux réseaux y sont d'ailleurs favorables. Une telle évolution n'empêchera pas la diversité des réponses qui peuvent tenir au lieu d'implantation (les centres de santé sont très implantés dans les zones péri-urbaines), au mode d'implication des collectivités locales (qui

⁴⁷ Cette obligation est stipulée par l'article L6133-2 du code de santé publique, suite à la loi 2009-879 du 21 juillet 2009.

⁴⁸ Une formule équivalente a d'ores et déjà été en partie appliquée, par simple instruction publiée au Bulletin Officiel de la Direction Générale des Impôts, dans le cadre des sommes versées au titre de la permanence des soins : BO du 31 janvier 1984. Cette proposition émane de la FFMPs.

financent une partie du fonctionnement dans les centres de santé), au statut des professionnels y œuvrant.

4.2.3. Autoriser le dossier unique partagé

Considéré comme un élément structurant des modes d'exercices pluri professionnels, indispensable pour assurer une coordination des soins entre tous les intervenants autour d'un patient, sa mise en place doit être garantie.

La mission estime qu'une évolution législative pourrait se faire par ajout dans l'article L1110-4 du code de santé publique, celui-ci prévoyant un partage des informations limité à une équipe de soins dans un établissement de santé. Cet ajout consisterait à élargir l'application de cet article aux équipes de soins « d'un pôle ou d'une maison de santé », sous réserve d'une expertise juridique plus approfondie, prenant en compte le respect du droit des patients, la sécurisation des données et des niveaux d'accès spécifiques selon les professionnels de santé.

4.2.4. Permettre l'inscription du patient à la maison de santé

La mission propose que la notion de médecin traitant soit élargie, les patients adhérant directement à la maison de santé comme médecin traitant. Cette possibilité ne limiterait pas le libre choix du patient, qui choisirait le médecin de son choix parmi les membres médicaux de la maison de santé. Cette clause doit apparaître dans le projet de loi. Cette modalité serait illustrative du travail d'équipe et simplifierait les procédures administratives de l'assurance maladie. Elle est également en cohérence avec la réalité des pratiques actuelles.

4.3. Identifier les maisons de santé comme des lieux de formation et de recherche pluri professionnelle privilégiés

Les maisons de santé regroupent l'ensemble des éléments propices pour la formation initiale et continue. En formation initiale, elles permettent d'appréhender l'exercice pluri professionnel et sensibilisent les futurs professionnels aux coopérations qui feront partie intégrante de leur exercice futur, favorisant une meilleure compréhension du réseau sanitaire. Elles constituent également un lieu privilégié de développement professionnel continu, les professionnels aspirant à se former de façon dynamique, sur des sujets concrets de leurs pratiques quotidiennes.

Les maisons de santé représentent également un lieu de recherche privilégié en soins primaires, grâce à leurs aspects d'inter professionnalité et aux bases de données qu'elles constituent. Cette recherche souffre en France d'un retard par rapport aux pays équivalents. Les besoins sont criants, tant pour le dynamisme et l'attractivité du dispositif de premier recours que pour répondre aux besoins de qualité de prise en charge des patients en ambulatoire.

Les grands principes précédemment cités engendrent bien sûr l'adhésion de tous : responsables des filières de formation, étudiants, professionnels, élus locaux... Cependant, la réalité est loin d'être aussi reluisante.

4.3.1. Développer stages pratiques et enseignement mutualisé en formation initiale

La mission préconise *une sensibilisation systématique en formation initiale théorique*. Cet enseignement porte sur le mode d'exercice en structure de soins pluri professionnelle et fait intervenir les professionnels qui y exercent. Ces interventions gagneraient à être mutualisées, s'adressant à l'ensemble des étudiants en santé, sous forme de tronc commun.

Des mesures urgentes doivent être prises pour permettre la *réalisation effective de stages en maisons de santé pour l'ensemble des étudiants en santé*. A défaut, le risque de « perdre »

toute une génération de professionnels est réel. Bien sûr la nouvelle génération aspire au regroupement mais il s'agit de passer du stade de l'envie à l'installation effective. Hormis la question démographique, il s'agit de se donner les moyens de réelles coopérations inter professionnelles. Celles-ci ne verront le jour que si chaque corps professionnel identifie les missions de ses confrères, qui seront ses partenaires dans la prise en charge des patients. Les maisons de santé constituent le meilleur terrain d'apprentissage. Elles sont le lieu le plus opportun des rencontres et du développement des relations entre professionnels, favorisant une meilleure compréhension du fonctionnement du réseau sanitaire, de la nécessité de coopérer de manière durable et efficace.

Afin de pouvoir accueillir les étudiants en formation paramédicale, une nouvelle réglementation prévoyant un réel statut de maître de stage doit être élaborée, élément clef de la valorisation de cet exercice, gage d'un recrutement facilité. Il s'agit également de permettre aux étudiants de pratiquer actes et activités pour leur assurer une réelle formation professionnalisante.

Pour les étudiants en médecine, il faut imposer aux doyens des facultés de médecine l'application des textes réglementaires existants et notamment l'arrêté relatif au stage en médecine générale au cours du deuxième cycle⁴⁹. Il convient que les maisons de santé soient agréées comme terrains de stages, au même titre que les terrains de stages hospitaliers, sous réserve que l'ensemble des médecins de la structure aient effectué la formation à la maîtrise de stage. Le bénéfice serait double. Il permettrait en effet une formation en soins primaires mais aussi un désengorgement des hôpitaux (saturés par le nombre d'étudiants) et donc, une amélioration de leur formation dans les services.

4.3.2. Identifier les maisons de santé comme lieu de développement professionnel continu

La formation continue de tout professionnel de santé est indispensable à la qualité de sa pratique. Elle doit indiscutablement être renouvelée et adaptée à l'exercice de demain. Le temps des séances de formation magistrales est révolu. Les maisons de santé sont un lieu particulièrement adapté pour développer les groupes d'échanges de pratiques, des réunions interprofessionnelles autour d'une pathologie donnée... Ces initiatives devraient s'adresser à l'ensemble des professionnels du territoire et non exclusivement aux membres de la maison de santé. Dans cette configuration, ces échanges seront garants de l'effectivité de la formation mais aussi de la mise en place de coopérations reposant sur des connaissances communes solides.

4.3.3. Organiser l'universitarisation des maisons de santé

La loi Giraud⁵⁰ crée la Filière Universitaire de Médecine Générale. Cependant, cette filière a bien du mal à se développer sur le terrain, notamment par le manque de postes, relevant là encore de la responsabilité des Doyens des facultés de médecine.

Il est essentiel que les maisons de santé puissent constituer *le lieu d'exercice des universitaires de médecine générale mais aussi des enseignants des autres filières de santé*. La mission recommande que soit favorisée l'universitarisation des maisons de santé: promotion de l'accueil des universitaires, développement de projets de recherche. C'est à ces conditions que la recherche en soins primaires se développera, au regard des réalités de terrain et de façon inter professionnelle afin d'atteindre les multiples objectifs visés : attractivité, dynamisme et surtout amélioration de la qualité des soins dispensés en ambulatoire. Les bases de données constituées par les maisons de santé sont colossales et leur non exploitation serait un véritable gâchis.

⁴⁹ Ce stage, obligatoire depuis 1997, n'est souvent pas réalisé, l'immense majorité des étudiants voyant leur deuxième cycle validé sans l'avoir effectué.

Les textes ont été révisés plusieurs fois. La dernière mise à jour date de 2009 et résulte d'une concertation de l'ensemble des acteurs concernés.

⁵⁰ Loi n°2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale

4.3.4. Impliquer l'ARS, l'université et les collectivités territoriales de façon concertée

Les relations entre les professionnels, les collectivités territoriales, l'ARS et les responsables pédagogiques de chaque filière de santé sont impératives. Chacun des acteurs précités doit prendre conscience de ses responsabilités. Cette action concertée doit être recherchée sur les volets formation et recherche.

En matière de formation, elle permet de coordonner les actions de recrutement de maîtres de stages, mise à disposition de logements, prise en charge de frais de transport...

Sur le plan de la recherche, elle permet d'assurer aux chefs de clinique universitaires de médecine générale un lieu d'exercice de leur part soins au sein des maisons de santé, voire de faire émerger des problématiques communes de recherche, y compris sous forme de recherche action.

4.4. Promouvoir de nouveaux modes de financement

4.4.1. Accélérer la mise en place de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé

Les maisons et pôles de santé doivent pouvoir offrir des formules innovantes de rémunération qui permettent :

- de valoriser la prestation clinique des professionnels (médecins, infirmières, kinésithérapeute, etc....) ;
- de faciliter l'engagement des professionnels dans des pratiques préventives et dans des modalités de coopération avec d'autres professionnels.
- de permettre le recrutement de personnels dédiés aux tâches de coordination et administratives, ce qui maximiserait la qualité des soins dispensés et la performance de la structure.

Ces lignes de forces, bien que n'étant pas l'apanage des seuls pôles et maisons de santé (elles rejoignent les propositions d'un nouveau système de rémunération déjà faites par ailleurs⁵¹), peuvent cependant constituer une opportunité, d'autant plus que nombre de leurs professionnels y sont ouverts.

La mission a conscience que cette évolution demande un travail technique et de concertation avec les différents acteurs qu'il ne lui revient pas de mener. Elle attire cependant l'attention sur le fait que, faute de s'engager dans cette voie, ces nouveaux modes d'organisation et de pratique professionnelle risquent de rencontrer des difficultés d'équilibre budgétaire analogues à celles que connaissent bien les centres de santé.

Pour avancer dans cette direction de manière résolue, la mission préconise :

- **D'amplifier l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération prévue dans le LFSS 2008** tout en assurant son suivi régulier par le Parlement et de passer rapidement à l'extension de ces formes de rémunération, sous réserve des résultats obtenus. Les facteurs de précarité devraient y être mieux pris en compte, ceux-ci demandant des efforts de coordination, d'articulation santé/social et d'actions de santé publique renforcées ;

⁵¹ Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, rapport IGAS RM2008-147P - Janvier 2009 – « Le système de rémunération doit favoriser une amélioration de la prise en charge globale du patient. Il doit prendre en compte la valeur ajoutée du médecin pour restaurer la santé du patient et pas seulement une succession d'actes techniques isolés et cumulatifs dont la contribution aux soins ne répond pas à une stratégie cohérente dans la prise en charge, notamment pour les maladies chroniques. Il doit favoriser l'interaction entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire, par une cohérence des modes de rémunération ».

- **De mettre en place une nouvelle classification des actes médicaux** visant à couvrir l'ensemble des activités médicales, qu'elles soient cliniques, médico-techniques ou mixtes (forfait, capitation...). Des modalités permettant de **resserrer les liens entre activités, résultats et rémunérations**, déjà partiellement explorées dans certains pôles de santé, pourraient également être expérimentées. Un système de rémunération à la performance collective de la structure portant sur des objectifs d'efficacité et de qualité des soins pourrait être ainsi expérimenté, basé sur le volontariat des structures : maîtrise des prescriptions, couverture vaccinale de la patientèle, moindre recours aux urgences hospitalières pour les petites urgences etc. ;
- **D'impulser une étude visant à mieux cerner les avantages médico-économiques** de ces structures, portant sur leurs coûts réels mais incluant également les éventuelles économies réalisées sur les dépenses de médicaments, d'exams complémentaires, de recours aux urgences ou d'hospitalisations⁵². Cette étude, comparative de l'exercice habituel, devrait être faite sous le pilotage conjoint de l'Assurance Maladie et la Direction de la Sécurité Sociale.

4.4.2. Revoir la reconnaissance des compétences et le mode de rémunération des infirmiers

La mission attire l'attention sur le fait qu'à l'heure actuelle, le mode de rémunération des infirmiers freine leur intégration aux exercices pluri professionnels. Reconnus comme ayant les compétences pour contribuer aux missions des soins de premier recours selon leur décret professionnel, ils n'en sont pas individualisés comme des acteurs à part entière par la loi HPST puisque n'ayant pas pouvoir de prestations de première ligne dans le cadre conventionnel.

La mission préconise d'apporter plus de cohérence à l'exercice infirmier de l'ensemble du corps. Il convient de **mieux valoriser les actes et activités en cabinet et de les reconnaître comme professionnels de santé de premier recours ayant des missions de santé publique**.

4.4.3. Identifier un fonds au niveau national en réorientant les enveloppes existantes de façon dispersée

Ce fonds donne la possibilité d'incitations financières spécifiques pour développer les pôles et les maisons de santé. Il a vocation à faciliter le financement de frais peu pris en compte par ailleurs et qui sont :

- **Une aide au démarrage**, comprenant notamment les frais d'ingénierie d'élaboration et d'implantation des projets : diagnostic territorial, étude de faisabilité, élaboration du projet ;
- **Une aide pour la logistique**, la mise en place d'un système d'information, voire, si nécessaire de télésanté⁵³, l'équipement d'une salle de prise en charge des petites urgences ... ;
- **Un soutien à l'investissement** en facilitant des contacts nationaux entre les professionnels promoteurs et la caisse des dépôts et consignations ou des groupes bancaires ou de micro-crédit afin d'obtenir des prêts avantageux, sachant qu'il s'agit de structures présentant peu de risques financiers. De façon exceptionnelle, une aide à l'investissement immobilier pourrait être octroyée, dans une logique de subsidiarité. La mission estime en effet que l'investissement relève plutôt des professionnels eux-mêmes et des collectivités territoriales qui les accompagnent (sous réserve d'un paiement de loyer par les professionnels).

⁵² Sur le modèle des travaux de l'assurance maladie en Belgique (INAMI) ou en poursuivant les travaux initiés récemment par l'IRDES en France.

⁵³ Voir le rapport Lasbordes remis à la Ministre de la santé le 12 novembre 2009

Ce fond a vocation à être alimenté par redistribution des enveloppes venant de l'Etat ou de l'assurance maladie. D'ores et déjà, 50 000 à 100 000 euros sont accordés au titre du FIQCS en une fois pour chaque projet. Ce fond pourrait également être alimenté par d'autres sources de financement, y compris hospitalières (MIGAC) sous condition de résultats (diminution du recours aux urgences ou diminution des hospitalisations par exemple).

La dotation serait versée aux ARS, en introduisant une péréquation entre régions pauvres et régions mieux dotées. Cette enveloppe régionale devrait être globalisée et une fongibilité avec d'autres enveloppes devra être permise afin d'accorder aux ARS toute souplesse dans leur mission d'organisation du dispositif de premier recours⁵⁴. Cet axe devrait être inséré dans le contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'ARS et le Ministère.

4.5. Soutenir et accompagner les professionnels

4.5.1. Susciter une mission d'appui au niveau national

Cette mission, placée au niveau du conseil national de pilotage des ARS⁵⁵, est chargée de contribuer à l'évolution des dispositifs d'exercices pluri professionnels. Ses conseils doivent porter sur les orientations stratégiques et politiques en matière d'évolution des structures ainsi que sur le montant et l'équilibre entre régions des enveloppes financières à prévoir. Constituée d'une équipe pluri professionnelle, elle est sollicitée par l'administration centrale et les ARS. Elle développe observation et analyse comparative des structures, accompagnement du changement et partages d'expériences. Elle peut également être amenée à la construction d'outils (évolution des cahiers des charges, méthodologie d'élaboration des projets de santé, cadre de suivi et d'évaluation...) et a un rôle d'animation des équipes régionales (cf.4.5.2).

Elle assure le lien avec d'autres instances nationales amenées à travailler dans ce champ : Acsé et ANRU dans le cadre de la politique de la ville, HAS, INPES...

4.5.2. Mettre en place un « guichet et caisse » unique régional au niveau des ARS

Il est nécessaire de faciliter l'ensemble des démarches en créant, au niveau de chaque ARS, une équipe d'accompagnement unique à l'attention des professionnels et des élus locaux. Celle-ci permettra à la fois de faciliter l'émergence de projets, d'aider au montage du dossier, de mettre à disposition les outils disponibles dans les régions⁵⁶, de centraliser toutes les informations utiles aux acteurs concernés et de coordonner les financements.

Ce guichet unique doit s'inscrire dans **une logique d'action la plus en amont possible**, avant l'apparition de nouvelles zones fragiles et avant que les derniers professionnels n'aient cessé leur exercice. Il s'agit d'analyser de façon précise les situations locales, d'aller à la rencontre des acteurs de terrain afin de les sensibiliser aux nouvelles réponses possibles, de travailler, avec l'université et son département de médecine générale à la motivation des jeunes professionnels à venir.

Il convient également de lui conférer **un rôle majeur dans l'ingénierie initiale et dans l'accompagnement des projets**. Conseils juridiques, identification des financements possibles

⁵⁴ Une fongibilité pourrait ainsi être introduite entre les enveloppes dédiées à la permanence des soins (enveloppe spécifique des MRS actuelles) d'un côté et aux urgences hospitalières de l'autre (émargeant aux missions d'intérêt général hospitalières).

⁵⁵ Ce conseil a été créé par la loi HPST et est une instance de coordination des ARS. Coprésidé par les deux ministres, il regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA.

⁵⁶ Outils tels que cartosanté, infosanté...

pour chaque territoire, aide à l'écriture des projets de santé, aide dans le diagnostic et l'étude de faisabilité de projets, conseils architecturaux, organisation de séminaires favorisant les échanges de pratiques « tout au long de la vie » des structures,... Différentes modalités peuvent être mises à bon escient à la disposition des professionnels promoteurs.

La coordination des financements devrait également être assurée à ce niveau, qu'ils soient d'investissement ou de fonctionnement, et ce quelle que soit l'origine des financements. Ceci permettrait d'éviter la surenchère de certains professionnels auprès de collectivités différentes ou la multiplication de projets potentiellement redondants.

Pour réussir, ce **guichet unique doit s'appuyer sur les instances de représentation des professionnels de santé**, certaines d'entre elles s'étant montrées particulièrement innovantes. Il pourrait, pour partie, être confié aux unions régionales des professionnels de santé (URPS créés par la loi HPST) et aux acteurs des pôles et maisons de santé eux-mêmes (fédérations régionales des maisons et pôles de santé), tout en restant sous la responsabilité des ARS. Il doit également s'assurer d'une articulation forte avec les collectivités territoriales, et particulièrement les conseils régionaux, dont la majorité participe déjà au financement des structures existantes, des copilotages avec l'ARS devant être encouragés.

4.5.3. Elaborer un cahier des charges du système d'information en lien avec l'ASIP

Les modes coopératifs d'exercice nécessitent la mise en place d'un système d'information partagé. Outre la transmission d'informations autour de la prise en charge d'un patient, entre professionnels de premier recours mais aussi avec l'hôpital, il assure une rupture d'isolement des professionnels et permet la collecte de données épidémiologiques choisies de façon concertée. Il facilite, de ce point de vue, la qualité des pratiques et le développement de projets de recherche appropriés. Afin d'assurer une standardisation du recueil des données et une interopérabilité des systèmes, la mission préconise la publication, en lien avec l'Agence des systèmes d'informations de santé partagée (ASIP) d'un cahier des charges national.

4.6. *S'inscrire dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels*

4.6.1. Octroyer, sous la responsabilité de l'ARS, des aides graduées selon le type de structure, le contenu des projets et le lieu d'implantation

Pour toutes les formes d'exercice pluri professionnel, les projets de santé et professionnel sont validés par l'ARS concernée, plus à même de vérifier l'adéquation du projet de santé aux spécificités du territoire concerné et à la politique régionale de santé. Cette validation ouvre possibilité de financement et entraîne, conformément à la loi HPST, la signature d'un « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec la participation des collectivités territoriales⁵⁷ ».

L'ARS validera également, pour les seules maisons de santé (et les centres de santé qui le désirent) la conformité au cahier des charges national, ce qui entérinera l'octroi de la marque « maison de santé ».

Selon les priorités identifiées par le SROS, les aides pourront être graduées, étant entendu que les maisons et pôles de santé ne sont pas réservés exclusivement à des zones dites sous dotées, car c'est aussi un service rendu à la population en terme de qualité des soins. Degré d'intégration de l'exercice pluri professionnel, contenu des objectifs en direction de la patientèle, démographie des professionnels de santé, de nombreux critères peuvent être pris en compte. On peut ainsi

⁵⁷ Article 118 de la loi créant l'article L. 1435-3 du CSP

estimer que si, au regard des contraintes économiques, il faille choisir entre une maison de santé implantée dans un lieu sans problème de démographie de professionnels de santé et un pôle s'inscrivant dans une zone fragile, la préférence ira au second. Dans le cas où les deux types de projet s'inscrivent dans le même territoire, la maison de santé, modèle plus intégrée, pourrait être favorisée ou alors, une obligation est faite pour que l'ensemble s'inscrive dans le même maillage territorial, la maison de santé ayant fonction de tête de réseau. La mission du Directeur de l'ARS sera en effet de faire du « cousu main » adapté aux réalités du terrain, du point de vue de la population mais aussi des professionnels en s'appuyant sur les conférences de territoires concernées.

4.6.2. Assurer le suivi et l'évaluation dans une démarche ouverte aux professionnels

4.6.2.1. Proposer des recommandations en direction des professionnels

Selon la mission, *les 10 clefs de la réussite* peuvent être résumées de la façon suivante :

1. Ne pas céder à la précipitation au prétexte du non remplacement du médecin local et se donner le temps de l'appropriation par tous les professionnels avant d'écrire un projet ;
2. Apprendre à travailler avec les élus des différentes communes voisines sur un même projet ;
3. Etablir un projet de santé sur la base d'une solide étude d'implantation correspondant aux besoins locaux ;
4. Adopter, entre professionnels, les modes de rémunération mixtes (libéral, forfaitaire, salarié) les plus adaptées aux tâches accomplies (veille, prévention, éducation sanitaire et soins) et formaliser un projet professionnel ;
5. S'appuyer sur l'Agence Régionale de Santé et le guichet et caisse unique pour toute aide d'ingénierie, financière, juridique nécessaire et pour assurer la cohérence du projet dans le cadre du SROS et du dispositif de permanence des soins ;
6. Trouver les financements d'aide et d'accompagnement à la création de la maison de santé ;
7. Trouver les financements pour assurer le fonctionnement pérenne de la structure ;
8. Utiliser un dossier informatisé partagé entre les professionnels ;
9. Envisager un relais de télémédecine avec les centres experts ;
10. N'envisager le projet immobilier qu'après avoir constitué le noyau dur de la future équipe pluri-professionnelle.

4.6.2.2. Confier l'évaluation des structures à l'ARS en concertation avec les professionnels

En sus d'une évaluation médico-économique qui est faite au niveau national, l'ARS assure le suivi de chaque projet, à partir d'un cadre d'évaluation proposé nationalement et des spécificités des structures. Il est également commanditaire de leur évaluation, celle-ci, externalisée ou non, favorisant une logique participative, intégrant l'ensemble des parties prenantes dont les collectivités territoriales et les professionnels.

Le développement des exercices pluri professionnels ainsi que leur évaluation pourraient être discutés au niveau de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), le débat concernant l'accès aux soins et à la santé méritant d'être partagé démocratiquement, de façon plus large que le cercle restreint des instances publiques et des professionnels.

4.7. Répondre aux attentes

4.7.1. Encourager un cadre contractuel entre ARS et collectivités territoriales pour développer les exercices pluri professionnels

Si le maillage territorial et le SROS ambulatoire sont sous la responsabilité des ARS, les collectivités territoriales sont des acteurs majeurs des politiques d'aménagement du territoire. La répartition des compétences, suite à la loi HPST, pourrait être porteuse de risque de déconnexion entre ces deux politiques. Or, le développement des formes d'exercice pluri professionnel est un projet collectif qui implique toute la gouvernance territoriale, associant Etat et collectivités territoriales.

Selon la mission, il est indispensable d'organiser les concertations et la coordination des financements spécifiques aux maisons et pôles de santé dans le cadre de démarches contractuelles régionales précisant les rôles et les engagements respectifs. Cette contractualisation pourrait englober les contractualisations déjà existantes dans d'autres domaines, en particulier le volet santé de la politique de la ville.

4.7.2. Lancer un appel à projet incitatif et spécifique dans le cadre de « dynamique, espoir, banlieue » et en clarifier les modalités de pilotage

Cet appel à projet doit s'adresser à toutes les formes de groupements pluri professionnels y compris les centres de santé. Ceux-ci en effet, sont déjà très présents sur ces territoires et constituent des formes adaptées aux populations qu'ils desservent. La mission considère qu'il s'agit là d'une première offre qu'il faut conforter avant même de créer de nouvelles structures, les différentes formes d'exercice pluri professionnel devant être déployées dans une logique de coopération.

Les mesures incitatives en direction des professionnels concernent le fonctionnement de même que l'investissement. En termes de fonctionnement, des mutualisations des fonctions support doivent être recherchées, les tâches administratives étant souvent plus lourdes. Par ailleurs, d'autres types de fonctions pourraient être mutualisés : les coordinateurs d'atelier santé ville (ASV) pouvant en assurer une partie à condition d'une augmentation de leur temps de présence, les observatoires locaux souvent créés par les collectivités locales pouvant contribuer au système d'information pour la veille épidémiologique, les personnes relai assurant médiation entre professionnels et population pouvant être, pour partie, au service des structures ainsi que les interprètes souvent indispensables à plusieurs services. De façon plus globale, **un engagement des structures sur le volet social devrait leur permettre d'assurer la présence de travailleurs sociaux dans leurs murs, afin de faire le lien avec la lutte contre la pauvreté et la précarité.**

Les professionnels de santé peuvent cumuler les nouvelles modalités de rémunération avec des aides spécifiques déjà existantes (zones franches par exemple). Par contre, la mission ne préconise pas d'incitation financière individuelle, celles-ci s'étant montrées peu efficaces pour attirer de nouveaux professionnels. **En termes d'investissement, l'ANRU doit pouvoir intégrer la création de services de santé dans le cadre des projets de rénovation urbaine.**

Cette aide spécifique se justifie par le fait **que les projets de santé doivent, selon la mission, s'insérer dans les contrats locaux de santé** prévus par la loi HPST, ceux-ci devant « trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville »⁵⁸. **Les professionnels, acteurs à part entière des ASV** lorsqu'ils existent, peuvent en effet y apporter une contribution de différentes façons :

⁵⁸ Selon la lettre du 20 janvier 2009 cosignée de la Ministre de la santé et de la Secrétaire d'état à la politique de la ville.

- En participant à l'observation locale, les cabinets de ville étant des postes d'observation en temps réel des problématiques de santé ;
- En ayant un rôle de veille et d'alerte permettant d'ajuster les actions grâce aux informations transmises par les pairs ;
- En tenant compte dans leur pratique quotidienne des priorités individualisées dans le contrat local de santé et en assurant une cohérence dans les messages préventifs ;
- En assurant l'orientation des patients concernés vers des actions collectives de promotion de la santé développées dans le quartier ;
- En se coordonnant avec d'autres professionnels de santé de médecine préventive (santé scolaire, médecine du travail, PMI, secteur psychiatrique...) dans le cadre d'un suivi individualisé qui permette un accueil adapté et une continuité assurée entre repérage précoce et prise en charge ;
- En garantissant des liens avec d'autres professionnels que ceux de la santé, en particulier les travailleurs sociaux permettant d'assurer une approche globale personnalisée et individualisée si nécessaire.

Dans ce cadre, la mission préconise **que le contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et les structures reçoivent préalablement l'avis du Maire et du Préfet concernés**. Cette démarche sera facilitée par le fait que des compétences sur les problématiques spécifiques santé-pauvreté-précarité soient présentes dans l'ARS et puissent être mobilisées par le guichet et la caisse unique.

4.7.3. Intégrer la dimension d'aménagement du territoire dans les territoires ruraux : une implantation réfléchie de l'ensemble des services de santé

La problématique d'aménagement du territoire est prépondérante, donnant un rôle d'importance aux collectivités territoriales, particulièrement les élus locaux (maires et conseils généraux).

La mission recommande :

- De respecter le leadership des professionnels dans l'élaboration du projet, tout en facilitant les échanges professionnels-élus ;
- D'apporter une vigilance particulière à l'implantation, localisée de préférence dans un chef lieu tout en facilitant l'instauration de cabinets secondaires ;
- De prendre en compte l'existant de façon attentive, les maisons de santé ayant particulièrement intérêt à s'adosser aux hôpitaux locaux permettant mutualisation des plateaux techniques et des fonctions support. D'autres structures telles que les EHPAD, les maisons de retraite peuvent également être concernées. La gradation des soins entre premier recours et soins hospitaliers et médico-sociaux doit cependant être respectée ;
- De renforcer certaines caractéristiques du projet de santé qui se justifient particulièrement dans ce type d'environnement : projet de télésanté et consultations avancées, prise en compte de la permanence des soins, participation aux urgences...

Les élus locaux peuvent intervenir de diverses façons : en termes d'investissement (la plupart des maisons de santé existantes étant des projets à maîtrise d'ouvrage public), en œuvrant pour un **meilleur rassemblement des services santé et sociaux** sur le lieu d'implantation de la maison de santé (services en directions de la petite enfance, des personnes âgées etc.). Il convient également de prendre en compte les attentes d'ordre plus personnel ou familial (présence de services collectifs et de perspectives professionnelles pour les conjoints), ou de contribuer aux fonctions support (mutualisation de tâches administratives ou de gestion avec d'autres services de la commune). **Les transports en commun** peuvent également être mobilisés, à l'instar de certaines collectivités ayant inscrit les maisons de santé dans des transports à la demande, voire dédiés.

La mission estime que **les pôles de santé sont particulièrement adaptés au monde rural**, faisant évoluer les cultures professionnelles et les métiers de façon progressive vers un exercice pluri professionnel à condition que le réseau soit suffisamment dense.

En montagne ou en zone touristique, des modalités particulières pourraient être adoptées. Compte tenu de difficultés géo-climatiques de certains territoires, des cabinets secondaires pourraient être installés soit dans les mairies des villages ou dans des locaux voisins, mais ces exceptions ne devront pas devenir la règle. En zone touristique, un transfert de professionnels volontaires pourrait être testé afin de remplir au mieux les missions quotidiennes. Certains jeunes professionnels de santé, qui ne sont pas désireux de s'installer tout de suite, assureraient par contrat annuel une rotation entre deux lieux selon les variations de la population touristique. Des logements seront à prévoir.

Résumé

L'exercice solitaire des professions de santé a vécu. La somme des connaissances a explosé, les besoins de la population en terme de prise en charge globale sont criant, la demande des malades pour plus de sécurité s'est considérablement accrue et les jeunes professionnels de santé ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle sur l'autel d'une disponibilité sans fin. Dans un tel contexte, l'émergence d'un regroupement des professionnels de santé prend tout son sens afin de former de véritables équipes pluri professionnelles qui agiront dans une prise en charge partagée pour prévenir, soigner, éduquer les malades et enseigner les étudiants. Qu'il s'agisse des Maisons de Santé qui regroupent les professionnels sous un même toit, des Pôles de Santé qui maintiennent une activité isolée mais coordonnée, ou des Centres de Santé qui devront évoluer dans leur productivité, **les clefs de la réussite pour les professionnels** sont les mêmes :

1. Ne pas céder à la précipitation au prétexte du non remplacement du médecin local et se donner le temps de l'appropriation par tous les professionnels avant d'écrire un projet ;
2. Apprendre à travailler avec les élus des différentes communes voisines sur un même projet ;
3. Etablir un projet de santé par les professionnels sur la base d'une solide étude d'implantation correspondant aux besoins locaux et intégrée dans le maillage territorial ;
4. Adopter, entre professionnels, les modes de rémunération mixtes (libéral, forfaitaire, salarié) les plus adaptées aux tâches accomplies (veille, prévention, éducation sanitaire et soins) ;
5. Utiliser un dossier informatisé partagé entre les professionnels ;
6. Envisager un relais de télémedecine avec les centres experts publics ou privés et les spécialistes libéraux dans un cadre régional.
7. S'appuyer sur le guichet unique et la caisse de l'ARS pour toute aide à l'ingénierie, aux financements, afin d'assurer la cohérence du projet dans le cadre du SROS et du dispositif de permanence des soins.

Les huit propositions phares retenues par les membres de la mission sont :

1. La création d'une marque collective « maisons de santé » à partir d'un cahier des charges national. Celui-ci repose sur des critères obligatoires s'appliquant au projet de santé et au projet professionnels des maisons de santé.
2. La création d'un nouveau statut juridique. Souple et adaptable, il combinera attente des pouvoirs publics et marge de manœuvre des professionnels de santé
3. L'autorisation d'un dossier du patient, unique et partagé qui respectera le droit des patients, la sécurisation des données et des niveaux spécifiques d'information selon les professionnels.
4. L'inscription possible du patient à la maison de santé en tant que médecin traitant : l'évolution de la notion même de médecin traitant passant d'un concept individuel à un concept plus global permettra une meilleure continuité de la prise en charge et facilitera les démarches administratives
5. La création d'un guichet et d'une caisse unique dans les Agences Régionales de Santé et d'une mission d'appui au niveau national. Il faut d'une part réduire le temps perdu par les professionnels à monter leurs dossiers et courir après les aides financières multiples et souvent désordonnées, et d'autre part développer une expertise pour appuyer les choix stratégiques et budgétaires des autorités publiques.
6. L'implication des maisons de santé dans la formation et la recherche. La formation pratique des futurs professionnels se fera grâce aux stages dans les maisons de santé, source d'attractivité et outil de formation aux coopérations pluri professionnelles. Des projets de recherche seront développés par contrat avec l'université.

7. La montée en charge immédiate, visant une généralisation rapide, de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels, tant médicaux que paramédicaux qui tiennent compte des tâches variées à accomplir et du temps passé à les réaliser. La combinaison de plusieurs modes (salaire, forfait et paiement à l'acte) reçoit un accueil favorable auprès des professionnels et pourrait être pérennisé dans l'avenir.
8. La recherche d'une cohérence des exercices pluri professionnels avec les besoins de la population. L'ARS contractualise avec les collectivités territoriales et les aides sont graduées en fonction du projet présenté et des caractéristiques territoriales. Des incitations spécifiques tiennent compte de la politique de la ville et de l'aménagement du territoire.

Liste des personnes et organismes rencontrés

1. CABINETS DES MINISTRES CONCERNES

Cabinet du ministre chargé de la santé
 Cabinet du secrétariat d'Etat à la politique de la ville
 Cabinet du secrétariat d'Etat à l'aménagement du territoire

2. AUDITIONS

2.1. *Ministères et organismes de sécurité sociale*

Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires	Mme Echard-Bézault	Chargée de mission
Direction de la sécurité sociale	M Libault Mme Jeantet	Directeur
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	Mme Nivet	Chef de bureau
CNAMTS	Mme Polton	
Mutualité sociale agricole	M Lancry Mme De la Seglière	

2.2. *Associations d'élus*

Association des régions de France	Mme Ménival	CR Aquitaine
Association des départements de France	M Savary	CG Marne
Association des Maires de France	Mme Maicion	Maire de Ville-aux-Clercs
Association des maires ruraux	M Berberian	Président
Association élus, santé, territoires	M Elghozi	Président

2.3. *Représentation professionnelle*

2.3.1. Organisations professionnelles

Ordre national des médecins	Dr Simon	Section d'exercice professionnel
URML Bretagne	Dr Feger	Président
URML Basse Normandie	Dr Leveneur	Président

	Mme Collet	Chargée de mission
URML Centre	Dr Gaspard	Président
URML Nord Pas de Calais	Dr Rehby Dr Alao	Président Chargé de mission
URML Pays de la Loire	Dr Gasser Dr Herault	Président directeur
URML Picardie	Dr Descombes	Président
Union nationale des professionnels de santé	M Bergeau William Joubert Marcel Afférgan	Président

2.3.2. Syndicats

CSMF	Dr Chassang Dr Rey Dr Combier	Président Président UMESPE Président UNOF
FMF	Dr Leveneur Dr Hamon Dr Bréchat	Président Union généraliste Co-Président Union généraliste
MG	Dr Koehret Dr Mercier	Président
ONSIL	M Elvira Mme Maylié	Président Vice présidente
Snail	Michelle Charles Catherine Kirnidis	
FNI	Contribution écrite	
Convergence infirmière	Contribution écrite	
FNESI (étudiants infirmiers)	M Bader	Président
ISNAR IMG (internes médecine générale)	M Balouet	Président
ISNIH (internes autres spécialités)	Dr Elleboode	Président
FNEO (étudiants orthophonistes)	Mme Demaille	Présidente
ANEMF (étudiants en médecine)	Mme Loyez	Présidente
FNEK (étudiants masso-kinésithérapie)	M Michaux	Président
ANEPF et FNSIP (étudiants et internes en pharmacie)	Mme Lemachatti	Vice présidente
ANESF (étudiants sage femme)	Mme Nsimba	Présidente
REAGJIR (regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants)	Dr Ruelle	Président

2.4. Acteurs de maisons, pôles et centres de santé

Fédération française des maisons et pôles de santé	Dr De Haas Dr Serrin Dr Vuattoux	Président secrétaire
Fédération nationale des centres de santé	Dr Hourri Dr Brodart Mme Gruer	Président Secrétaire général Directrice
Maison de santé de Woerth	Dr Ostermann	
Maison de santé de la Réole	Dr Gay	

2.5. Experts

IRDES	M Bourgueil	chercheur
Haute autorité de santé	M Chabot	
Université Montpellier 1	Professeur Bourrel	Directeur du département de médecine générale
Centre collaborateur de l'OMAISSON DE SANTÉ	Professeur Bousquet	CHRU Montpellier
RIR Ile de France	M Hyunes M Grenier	Président Directeur

2.6. Autres

ARS Ile de France	M Evin	Préfigurateur
ARS Auvergne	M Demuis	Préfigurateur
ARS Nord Pas de Calais	M Lenoir	Préfigurateur
Avocat	Maître Cormier	Barreau de Paris
Avocat	Maître Dubus	
CISS (Collectif interassociatif sur la santé)	M Saout	Président
FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)	Dr Hubert	Présidente

3. VISITES SUR SITE

3.1. En France :

Mission régionale de santé de Franche-Comté
 FEMASAC (fédération des maisons de santé comtoises)
 Maison de santé de Pont d'Ain (Ain)
 Maison de santé de Bletterans (jura)
 Centre mutualiste de Toulouse le Mirail (Haute Garonne)
 Institut Alfred Fournier(Paris)
 Centre de santé des mines d'Alès (Gard)

3.2. *A l'étranger :*

Fédération des maisons de santé belges
Maison Botanique en Belgique

Sigles utilisés

Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ARF	Association des Régions de France
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASV	atelier santé ville
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPER	Contrat de projet Etat-région
CRSA	conférence régionale de santé et de l'autonomie
DEB	Dynamique espoir banlieue
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIACT	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
FFMPS	Fédération française des Maisons et Pôles de santé
FIQCS	Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAS	Haute autorité de santé
HPST (Loi)	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPI	Institut national de la propriété industrielle
ISNAR IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MG	Médecin généraliste
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONZUS	Observatoire national des zones urbaines sensibles
PLFSS	Projet de Loi de financement de la sécurité sociale
Snill	Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
URML	Union régionale des médecins libéraux
ZUS	zone urbaine sensible

Liste des annexes

ANNEXE 1	Note de la mission dans le cadre du PLFSS
ANNEXE 2	Référentiel maison de santé pour le FIQCS
ANNEXE 3	Mise en œuvre des expérimentations article 44 : Point d'étape novembre 2009 DHOS
ANNEXE 4	Article de presse : maison de santé vide
ANNEXE 5	Recensement des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé au 31/01/2009 : DHOS
ANNEXE 6	Contribution des syndicats des jeunes internes et étudiants des écoles para médicales
ANNEXE 7	Présentation de la Fédération française des maisons et pôles de santé
ANNEXE 8	Financements possibles des maisons et pôles de santé source : mutualité sociale agricole
ANNEXE 9	L'équipe d'appui « Territoire et santé » en Franche-Comté
ANNEXE 10	Document des URLM sur les pôles de santé
ANNEXE 11	Contribution de ReAGJIR
ANNEXE 12	Contribution de l'UNPS : coopération interprofessionnelle

