



LES FINANCEMENTS DE LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE AUX MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

PREMIERS ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION RÉALISÉS À LA DEMANDE DE LA RÉGION

Pour faire face aux problèmes de démographie médicale notamment, mais aussi pour répondre aux aspirations des jeunes médecins, pour améliorer les parcours de soins des patients..., les exercices médicaux coordonnés font aujourd'hui l'objet de l'attention croissante des pouvoirs publics. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont notamment eu le vent en poupe depuis le milieu des années 2000.

Soutenues par les différentes instances sanitaires (ARS et assurance maladie), elles sont également largement soutenues et encouragées par les collectivités territoriales dans le but de répondre aux aspirations de leurs administrés très sensibles aux questions d'accès aux soins. Le Conseil régional d'Île-de-France, notamment, a soutenu financièrement la création de soixante-dix MSP dans la région.

Il a aujourd'hui souhaité que l'ORS répertorie les enjeux sanitaires du développement de ces structures, synthétise les résultats des différentes évaluations qui ont pu être faites sur ces nouveaux modes organisationnels de la médecine libérale de ville et rende visible la répartition géographique des financements régionaux au regard de l'implantation de l'ensemble des MSP franciliennes.

Auteurs : Antoine Brunetti, Catherine Mangeney avec la collaboration d'Isabelle Dubois
Directrice de publication : Isabelle Grémy

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Éléments de définition et cadre juridique
- 6 Un fort portage politique depuis le milieu des années 2000
- 10 Premiers éléments d'évaluation
- 15 Les MPS financées par le Conseil régional
- 20 Conclusion
- 22 Liste des sigles et abréviations
- 23 Références

Introduction

L'image du médecin libéral exerçant seul dans son cabinet médical, qui a prévalu jusque très récemment dans le paysage de la médecine libérale de ville, semble s'estomper au profit d'un exercice plus coordonné et plus collectifs. Les médecins, et notamment les plus jeunes d'entre eux, y voient un moyen de ne plus être isolés dans leur pratique, mais également dans l'organisation de leur temps de travail (partage non seulement des locaux, des secrétariats... mais également partage des astreintes, facilitation des remplacements ou de la permanence des soins...). Les patients en tirent un bénéfice en termes de coordination des soins ou d'accessibilité aux soins. Les pouvoirs publics (État, Assurance maladie et collectivités territoriales) y voient également un intérêt pour lutter contre la désertification médicale de certains territoires, pour améliorer la coordination et la continuité des soins, pour organiser les soins à partir d'un projet sanitaire de territoire... Ainsi, les exercices regroupés, coordonnés et pluriprofessionnels ont-ils le vent en poupe.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont, dans ce contexte, fait l'objet de toute l'attention des pouvoirs publics à partir du milieu des années 2000, attention qu'elles partagent aujourd'hui avec d'autres formes de coopération et d'exercice coordonné.

Les modalités de rémunérations des professionnels de santé libéraux ont ainsi évolué, des aides publiques émanant des agences régionales de santé sont mises en place. Les collectivités territoriales également investissent cet enjeu sanitaire auquel les citoyens sont particulièrement attachés, comme l'a montré l'inscription spontanée des questions d'accès aux soins dans le Grand débat national organisé il y a peu. La région Île-de-France, notamment, s'est engagée dans ce champ d'action publique, a élaboré un plan de lutte contre les déserts médicaux, et a soutenu la création d'un certain nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans ce cadre, le Conseil régional a demandé à l'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France de réaliser la présente étude afin de retracer les principaux éléments d'évaluation de ces nouvelles formes organisationnelles de la médecine de ville et d'avoir un retour sur les fonds investis.

Le présent Focus s'attache ainsi en premier lieu à retracer l'avènement des maisons de santé pluriprofessionnelles et plus généralement des nouvelles formes d'exercice coordonné dans l'agenda des politiques de santé publique ainsi que le cadre réglementaire dans lequel elles s'inscrivent. En second lieu seront présentées les principales conclusions des études d'évaluation de ces dynamiques organisationnelles. Enfin, une dernière partie sera plus spécifiquement consacrée à la description des financements régionaux et aux pistes d'amélioration potentielles des processus de demande de financement.

Éléments de définition et cadre juridique

Exercice collectif, pluridisciplinaire et fondé sur un projet de santé

La dénomination « maison de santé » peut désigner deux formes d'organisation différentes : les maisons de santé « monosites », où tous les professionnels sont réunis dans les mêmes murs ; les maisons de santé « multisites » ou « pôles de santé » constitués d'antennes correspondant à différents cabinets [1].

Une MSP fonctionne sur un mode d'exercice libéral et compte a minima deux médecins généralistes et un auxiliaire médical

Dans tous les cas, une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une personne morale constituée entre des professionnels de santé de premier recours et dans certains cas de second recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, médecins d'autres spécialités...). Elle fonctionne sur un mode d'exercice libéral et compte a minima deux médecins généralistes et un auxiliaire médical. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent (Code de la santé publique - Article L6323-3).

Le projet de santé est le fondement de la MSP

Le projet de santé est le fondement de la MSP. Ce document socle définit l'équipe pluriprofessionnelle, témoigne de son exercice coordonné et précise les différentes actions développées pour la population du territoire concerné [2]. Ce projet de santé doit respecter un cahier des charges pour que la MSP soit reconnue et labellisée par son Agence régionale de santé (ARS) et puisse prétendre au financement par le fonds d'intervention régional (FIR), prévu dans l'article L6323-5 du Code de la santé publique.

Exercice coordonné, accueil de professionnels de santé en formation, prévention et permanence des soins en sont quelques-uns des présupposés

Sans citer l'intégralité de ce cahier des charges, décliné au niveau régional par chaque ARS, on retiendra l'exigence d'un exercice pluriprofessionnel coordonné effectif, l'encadrement de professionnels de santé en formation (accueil d'internes en médecine, étudiants infirmiers...), le déploiement d'actions de

prévention, une permanence et une continuité des soins assurée, la pratique de tarifs opposables par la majorité des professionnels de santé et la mise en place d'un système d'information partagé labellisé par l'Agence pour les systèmes d'information partagé (Asip).

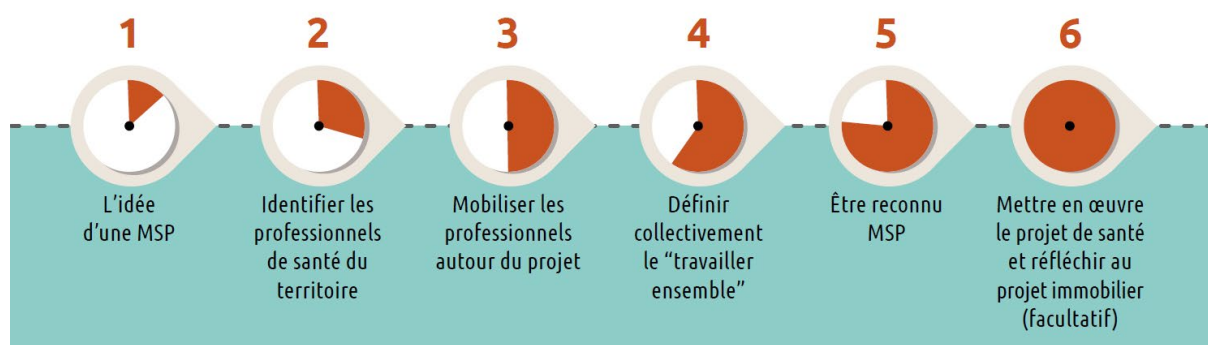
Ce cahier des charges très exigeant exclut de facto les regroupements pluriprofessionnels moins structurés, ne répondant pas à tous les critères et ne s'engageant pas dans une démarche pour y répondre. Sont donc présents sur le territoire de nombreux regroupements, non labellisés MSP [3].

Le financement public des structures répondant aux critères de labellisation est fait pour contribuer à financer l'exercice coordonné des soins. L'« aide au démarrage » consiste ainsi au financement de trois prestations facilitant la coordination : système d'information et de télécommunication partagé et coordonné ; équipements collectifs (salle de réunions pluriprofessionnelle, salle d'attente commune) ; organisation administrative de la maison de santé [4].

Une fois les financements de l'ARS accordés, la MSP signe un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec cette dernière, contrat qui constituera l'outil privilégié de dialogue en vue de décliner les orientations du projet régional de santé à l'échelle des établissements [5].

En s'appuyant sur différents partenaires en fonction des régions (Unions régionales des professionnels de santé ou URPS, Fédération française des maisons et pôles de santé ou FFMPs notamment), les ARS peuvent accompagner les équipes de terrain (facilitation, formation de coordinateurs, critères et délais assouplis) pour éviter les situations locales tendues (MSP en difficulté, épuisement de leaders) [6].

Figure 1 – Une chronologie essentielle pour monter une MSP



Source : Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire,

Des structures qui répondent aux enjeux de santé publique et aux aspirations des professionnels

Ces structures ont été conçues pour répondre aux attentes des professionnels de santé libéraux, qui, de plus en plus et notamment les plus jeunes, sollicitent l'exercice de groupe plutôt que l'exercice traditionnel et individuel. Ils sont censés y trouver un environnement adapté répondant à leurs aspirations. Elles poursuivent aussi des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, d'amélioration de l'attractivité des zones sous-denses et de maintien des services publics de santé de proximité, ce qui justifie leur accès à des financements publics [7].

Les MSP se distinguent des autres formes de regroupement professionnel dans le domaine de l'offre de soins ambulatoires, notamment des cabinets de groupe monodisciplinaires (médecins d'une même spécialité) et pluridisciplinaires (médecins de spécialités différentes), par le projet collectif et la coordination des soins. Les centres de santé, autre forme d'organisation pluriprofessionnelle, se différencient des MSP principalement par le fait que leur personnel est très majoritairement salarié [8].

Les MSP sont souvent membres, et même fréquemment initiatrices, d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Les CPTS, instituées par la loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, sont un mode d'organisation assez léger (souvent sous forme d'association) prôné par les pouvoirs publics et qui permet aux professionnels de santé de se regrouper, sur la base du volontariat, sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun, s'inscrivant dans une approche populationnelle [9]. Peuvent s'y rassembler des acteurs qui assurent des soins de premier et second recours, et des établissements hospitaliers et du secteur médico-social et social afin de faciliter le parcours de soin des patients, tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des praticiens [10].

Un cadre juridique qui évolue

Les MSP ont une existence légale depuis une dizaine d'années seulement. Leur première inscription dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) date du 19 décembre 2007. Leur définition est alors insérée dans le Code de la santé publique. Cette dernière s'étoffe petit à petit, des modifications lui ayant notamment apporté les notions de projet de santé et de MSP universitaire (Code de la santé publique - Article L6323-3).

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) en 2008 pour valoriser les activités de coordination et d'éducation thérapeutique

Dès la LFSS de 2008, sont prévues des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour le financement des centres de santé et des MSP. L'objectif est de valoriser les activités de coordination ou d'éducation thérapeutique qui ne rentrent pas dans le cadre du paiement à l'acte.

Il faudra cependant attendre la loi Fourcade du 10 août 2011 pour doter les maisons de santé d'un statut juridique leur permettant de percevoir ces nouveaux modes de rémunération dans des conditions sécurisées : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). En offrant un cadre légal à l'exercice coordonné, la SISA permet de redistribuer les sommes perçues entre les différents membres de la MSP. Ce statut est important pour faciliter les regroupements sous cette forme d'exercice car ni le statut associatif loi 1901, ni le statut de société civile de moyens, jusqu'alors adoptés par les MSP ne permettaient la mise en commun de recettes [11].

Suite à un échec des négociations pour pérenniser les ENMR sur la base d'un règlement arbitral présenté dans l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a été signé à

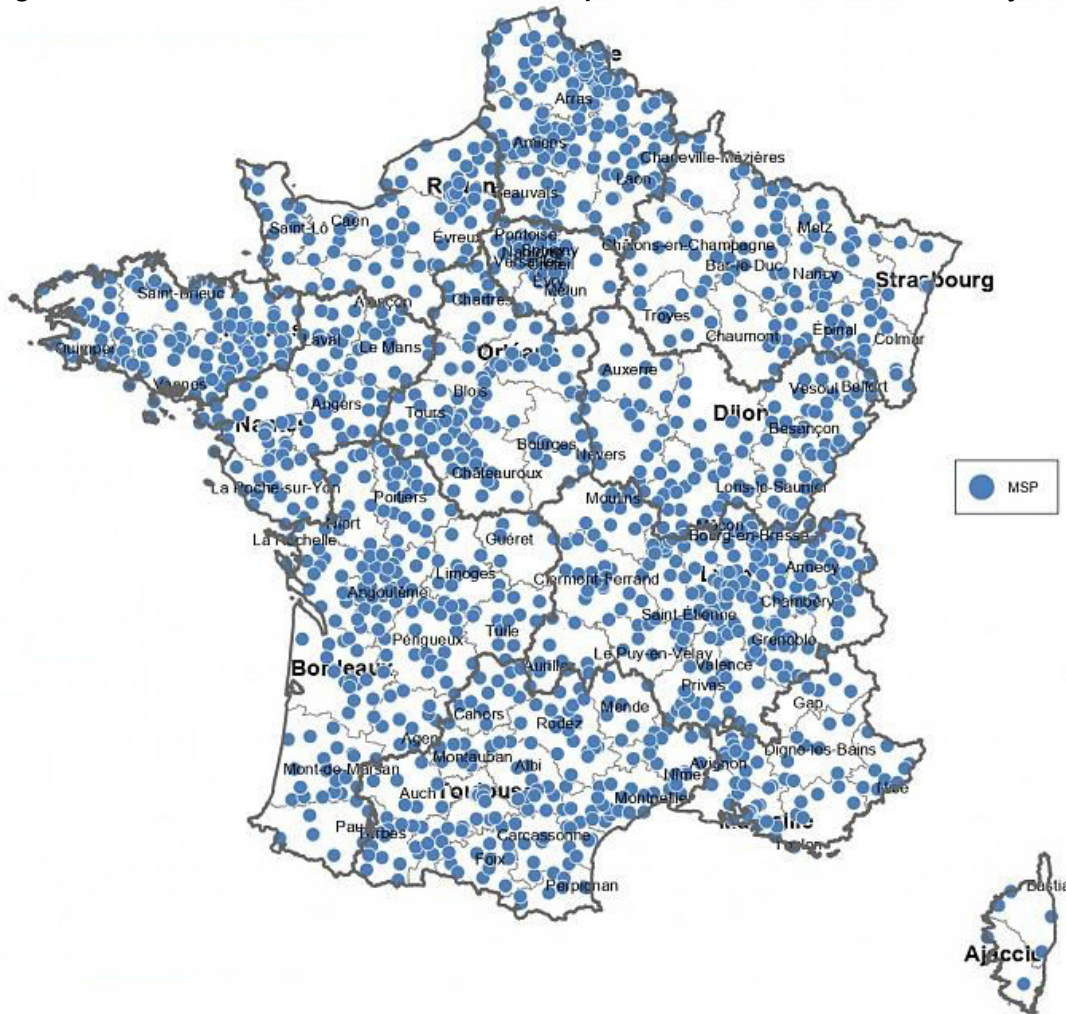
partir d'avril 2017 par la majorité des syndicats pluri-professionnels pour organiser les relations des maisons de santé avec l'assurance maladie pour les cinq prochaines années.

L'ACI est un « forfait structure » SISA avec un socle d'obligations et des items facultatifs se cumulant pour faire augmenter le montant de la rémunération. En pratique, le forfait est calculé en fonction d'un socle de prérequis et de modules optionnels auxquels sont associés des points de valeur fixe, avec une majoration si le taux de patients en CMU ou AME de la structure dépasse les taux nationaux de 7,5 % et de 0,4 %. Ce montant est modulé en fonction de la patientèle totale de la structure et peut atteindre jusqu'à 70 000 € par an [12].

Vers une cohésion renforcée des acteurs en vue d'une prise en charge globale du patient : l'incitation à une prise en charge partagée (Ipep)

Plus récemment, l'article 51 de la LFSS pour 2018 lance l'expérimentation « incitation à une prise en charge partagée » (Ipep). Le cahier des charges a été construit avec dix-huit groupements d'acteurs en santé et sa mise en œuvre a débuté au second semestre 2019. L'Ipep s'adresse à différents types de groupement volontaires (MSP, CPTS, centres de santé...) et sera calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, incluant la dimension de « l'expérience patient » et de maîtrise des dépenses pour une population donnée. Ce type d'intéressement plus collectif a vocation à prendre le pas sur des rémunérations individuelles à la qualité (par exemple la rémunération sur objectifs de santé publique ou ROSP), afin de permettre la cohésion des acteurs sur un objectif de résultat d'une prise en charge globale du patient, dont ils sont tous partie prenante [13].

Figure 2 – Couverture du territoire national métropolitain des MSP fonctionnelles en juin 2020



Source : Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne] Système de santé et médico-social. Structures de soins. Les maisons de santé. Disponible à partir de l'URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

Un portage politique fort depuis le milieu des années 2000

Un fort soutien aux MSP se constate à toutes les échelles, de l'État aux collectivités locales, en passant par l'échelon régional. Les initiatives se multiplient et la volonté politique de structurer l'offre de soins primaire autour d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel est de plus en plus affichée depuis la deuxième moitié des années 2000.

Les représentants des professionnels soignants ne sont pas non plus en reste, comme en témoigne la création de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS appelée aujourd'hui AVEC-santé) en 2008, qui a su en quelques années devenir un véritable groupe d'intérêt, permettant aux groupes privés que forment les MSP de s'approprier des enjeux publics tels que l'accès aux soins, la permanence et la qualité des soins. Le fait que la quasi-totalité des candidats à l'élection présidentielle de 2017 ait mentionné les maisons de santé dans leur discours de campagne montre que l'entreprise de légitimation de la fédération a plutôt réussi auprès des pouvoirs publics [11].

Un soutien politique à toutes les échelles pour soutenir l'exercice coordonné et pluriprofessionnel des soins primaires

Cela part d'un contexte politique favorable, à la recherche de solutions pour accompagner le vieillissement de la population et la multiplication des polyopathologies à traiter et cherchant à pallier, grâce à une forme organisationnelle plus efficace, la pénurie d'offre de soins sur un territoire donné.

Les MSP comme nouvelle forme organisationnelle plus efficace et attractive et comme rempart à la désertification médicale de certains territoires

Cela s'inscrit également dans un contexte plus global d'évolution des systèmes de santé dans le monde. En effet, dans la plupart des pays développés, les réformes destinées à accroître l'efficacité des systèmes de santé furent amorcées dans les années 1970 puis renforcées dès le début des années 1990. Elles s'inscrivent dans un processus général de décentralisation des institutions auquel est associée une montée en puissance du « local » [14]. Elles s'inscrivent également dans un objectif de régulation financière, de développement des partenariats et d'un décloisonnement des domaines sanitaires (ville et hôpital notamment). En France, un « virage ambulatoire » est notamment prôné. Il s'agit, chaque fois que cela est possible, de promouvoir des alternatives

à l'hospitalisation complète en accord et dans l'intérêt du patient. Pour ce faire, l'organisation et la coordination avec les professionnels de santé exerçant en ville est une nécessité.

Un enjeu de la politique nationale de santé

Les MSP sont devenues, dès les années précédant leur définition légale, un enjeu pour la politique nationale de santé.

On retiendra pour point de départ à leur développement les États généraux de l'organisation de la santé (EGOS) des 8 et 9 avril 2008. L'incitation à l'exercice en MSP y est plusieurs fois mentionnée, avec l'annonce de financements publics, sous réserve du respect d'un cahier des charges [15].

Les MSP présentées comme une forme d'exercice plébiscitée par les patients et les jeunes médecins

Le projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) présenté en octobre 2008 fait de leur développement une priorité, les présentant comme une « forme d'exercice plébiscitée par les patients et les jeunes médecins ». Cette affirmation découle de la mise en relation de la préférence croissante des médecins pour un exercice regroupé et en association avec d'autres professions de santé sur un territoire, avec la volonté des patients d'avoir recours sous un même toit à l'ensemble des professions de santé, notamment en zone rurale [16]. Dans cette lancée, en mai 2010, le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) lance un plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural visant à financer 250 MSP en milieu rural sur la période 2010-2013.

Le Pacte territoire santé, présenté fin 2012 par le Ministère de la Santé affirme sa volonté politique à l'égard des MSP en y consacrant deux de ses douze engagements [17]. Il part en effet du constat que les MSP répondent aux attentes des jeunes médecins en termes de conditions d'exercice et d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, et constituent ainsi une réponse importante apportée à la désertification médicale. La volonté de rapprocher les MSP des universités pour développer le vivier de terrains de stages pour les étudiants et les internes y est aussi exprimée.

Les MSP comme vecteur d'amélioration de la qualité des soins et du suivi médical des patients

Le Pacte territoire santé 2 de novembre 2015 s'inscrit dans la continuité de son prédécesseur tout en introduisant les innovations de la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), alors en préparation. Dans son engagement pour favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains, l'objectif de 1 000 MSP en fonctionnement d'ici 2017 est présenté. On peut y lire que les MSP renforcent l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé et améliorent la qualité des soins et du suivi médical, grâce à une prise en charge complète des patients dans un lieu central et adapté. Un autre engagement est de soutenir la recherche en soins primaires. Pour ce faire, sont notamment introduites les maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires, prévues par la LMSS à venir [18]. Il s'agit d'offrir la possibilité aux MSP de conclure une convention avec l'ARS et un établissement compétent (universitaire ou CHU) afin de développer la formation et la recherche en soins primaires. Elles deviennent alors « maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires » (MSPU) [19].

Pour autant, l'innovation que cette possibilité constitue pour les MSP est quelque peu éclipsée lors de la promulgation de la LMSS le 26 janvier 2016 par d'autres innovations : la LMSS recentre en effet le système de santé sur les soins de proximité, engage le « virage ambulatoire » et crée les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

D'autres formes d'organisation collective et coordonnée se développent également : l'avènement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment

Le plan gouvernemental « Renforcer l'accès territorial aux soins » d'octobre 2017 mentionne les MSP dans deux de ses priorités. La priorité n°2 concerne la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances, enjeu que la crise de la Covid-19 ne manquera pas de réactiver. Chaque MSP pourra dorénavant toucher 28 000 euros du Fonds d'intervention régional (FIR) de l'ARS pour l'accompagnement, la mise à disposition de locaux et l'investissement nécessaire à la télémédecine. Dans sa priorité n°3, ce plan réaffirme le soutien au développement des MSP et autres modes d'exercices coordonnés. L'objectif de doubler le nombre de MSP et de centres de santé d'ici à cinq ans est une nouvelle fois fixé, avec la volonté que toutes ces structures puissent bénéficier des nouveaux modes de rémunération d'ici ce même délai [20]. Ce plan

apporte donc des mesures concrètes pour les MSP, mais ces dernières n'y occupent plus une place centrale comme c'était le cas dans les deux Pactes territoire santé. Les MSP sont désormais comprises dans le bouquet des modes d'exercice coordonnés pluriprofessionnels, au même titre que les centres de santé ou que les nouvelles CPTS.

Ce sont de fait les CPTS qui sont placées au cœur du plan « Ma santé 2022 », présenté en septembre 2019 par le Ministère de la Santé. Y sont définies leur six missions prioritaires correspondant aux besoins premiers de la population dans les territoires : la réponse aux soins non programmés ; la garantie d'accès à un médecin traitant ; la réalisation d'actions de prévention ; l'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes ; la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital ; le maintien à domicile des personnes fragiles [9].

Les conclusions du Ségur de la santé, présentées en juillet 2020, réaffirment le diagnostic effectué par « Ma santé 2022 » et se veulent un accélérateur pour les transformations engagées. On retiendra qu'au sein du pilier quatre (Fédérer les acteurs de santé dans les territoires au service des usagers), le développement de l'accès aux soins non programmés et de l'exercice coordonné est un engagement clé, ce qui se traduit notamment dans la mesure 25 par l'atteinte de l'objectif fixé en 2017 de doublement du nombre de MSP et de centres de santé d'ici 2022, la volonté étant de faire de l'exercice coordonné la norme [21].

Une priorité déclinée au niveau régional...

Au niveau régional, les ARS rendent compte de leur politique concernant les MSP dans le volet ambulatoire de leur Schéma régional d'organisation soins (SROS) dans le cadre de leur Projet régional de santé (PRS).

En Île-de-France, le SROS 2013-2017 avait déjà présenté la promotion, l'implantation et le maintien des structures collectifs, avec une attention toute particulière pour les MSP, comme deuxième axe de priorité de son volet ambulatoire.

Le PRS Île-de-France 2018-2022 maintient ce cap en annonçant qu'environ 50 millions d'euros seront consacrés sur cinq ans au développement de l'exercice coordonné en ville. Il y est cependant notifié qu'étant donné le rythme et la durée nécessaire à la création de MSP, cela ne pourra suffire à sécuriser l'offre ambulatoire au regard des évolutions démographiques attendues, d'où la nécessité de diversifier et développer également les soutiens aux autres formes d'exercice libéral en ville, notamment les cabinets de groupe. Le problème du coût du foncier et

des locaux en Île-de-France est soulevé. En réponse, l'ARS Île-de-France propose une démarche de soutien à l'investissement permettant à des collectivités locales ou des bailleurs sociaux de proposer des locaux à des tarifs de location incitatifs à des équipes de professionnels de santé ayant un projet d'exercice collectif et coordonné.

Toujours au niveau régional, en mettant de côté les financements réglementaires sous la compétence santé des ARS, les initiatives des Conseils Régionaux pour le financement des MSP sont également à mentionner.

Le Conseil régional d'Île-de-France a consacré 22 millions d'euros à la lutte contre les déserts médicaux

De 2016 à 2020, la Région Île-de-France a par exemple dirigé 22 millions d'euros spécifiquement à la lutte contre les déserts médicaux. Cette enveloppe a notamment servi à soutenir une soixantaine de MSP, soit un peu plus de la moitié de celles existant actuellement en Île-de-France. Ces aides peuvent être accordées à la création de la MSP ou pendant son fonctionnement pour répondre à des besoins d'équipement par exemple.

... mais aussi à un niveau plus local

Au niveau plus local également, les pouvoirs publics agissent bien souvent et de plus en plus en faveur des MSP.

Bien que les MSP soient avant tout des initiatives émanant du terrain menées par des professionnels de santé souhaitant se regrouper, un des premiers interlocuteurs d'un porteur de projet MSP est la mairie, pouvant souvent apporter un appui pour la construction immobilière [1].

Les MSP sont avant tout des initiatives émanant du terrain avec la municipalité comme premier interlocuteur

La santé n'est pas a priori une compétence communale mais la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a fixé le cadre juridique aux interventions des collectivités territoriales et de leurs groupements en faveur de l'installation et du maintien de médecins dans des territoires sous-dotés. La réalisation d'investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé entre dans ce cadre.

Certains élus locaux décident même, avec l'espoir d'attirer des professionnels de santé (PS) dans un contexte de compétition entre communes, de construire une « maison de santé », sans qu'il y ait pour autant de professionnels de santé impliqués ni de projet médical préexistant. On constate alors bien

souvent que les « murs » ne suffisent pas à faire venir les PS, et que, sans la présence d'un PS (souvent un médecin) initiateur et porteur du projet, ces maisons restent vides [22].

Les murs ne suffisent pas

Inversement, il arrive également que les communes ou intercommunalités sollicitées par des PS ne répondent pas ou que de manière très modeste à cette sollicitation du fait de leurs contraintes budgétaires. Cela peut parfois se solder par une proposition de location à un niveau de loyer insoutenable pour les PS, amenant au blocage du projet architectural, et par là du projet de création de la MSP [23].

Pour l'ensemble de ces raisons, un dialogue continu entre les collectivités et les professionnels soignants, initié le plus en amont possible du projet, semble indispensable.

Un positionnement plus mitigé des syndicats de professionnels de santé

Les syndicats des professionnels de santé se sont positionnés de façon variable. Par exemple, la Fédération française des médecins généralistes (MG France) a constamment soutenu le processus de regroupement pluriprofessionnel, notamment sous forme de maisons de santé, alors que la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), après un temps d'hésitation, a fini par s'y rallier en préconisant plutôt le développement de pôles de santé. Les syndicats infirmiers, quoique divisés, semblent avoir eu globalement une position assez réservée sur la dynamique de regroupement. Les différents ordres sont plutôt restés en retrait [23]. Les URPS ont longtemps exprimé des réticences au développement de l'exercice en MSP, bien que cela soit variable selon les régions.

La peur que de passer sous la coupe des ARS soit synonyme de contraintes croissantes, de perte de liberté et, à terme, de fin de la pratique libérale constitue l'argument le plus extrême. D'autres professionnels perçoivent le soutien aux MSP en compétition avec le soutien global à l'exercice libéral, particulièrement avec le soutien aux cabinets de groupe, structures d'exercice libéral les plus répandues. Les paramédicaux et notamment les infirmiers peuvent s'inquiéter du caractère médecin-centré des MSP, beaucoup ayant justement fui cette hiérarchie en quittant l'exercice hospitalier. Les MSP peuvent en effet être perçues comme une reproduction d'un exercice hospitalier au niveau ambulatoire [11].

Récapitulatif des aides proposées lors de la création d'une MSP

• Soutien technique au pilotage du projet (URPS) :

Méthodologie de conduite du projet, rédaction du projet de santé, accompagnement au montage immobilier, appui à la mobilisation des aides

Cet accompagnement est gratuit pour les équipes et complémentaire des autres accompagnements possibles.

L'URPS a édité un guide accessible en ligne pour aider les équipes à rédiger leur projet de santé à l'adresse suivante : <https://www.urps-med-idf.org/etude/elaborer-projet-de-sante-liberal/>

• Aides financières pour la conception et le démarrage du projet (ARS)

Pour l'amorçage du projet (jusqu'à 65 000 €) : équipement initial collectif (mobilier de salle d'attente ou de réunion, matériel informatique et formation pour le logiciel commun, équipement professionnel partagé, etc.) ou salaires de la 1^{ère} année.

Pour la conception du projet (jusqu'à 35 000 €) : financements d'intervention de consultants pour la rédaction du projet de santé, les aspects juridiques (statuts des sociétés, baux, etc.), la conception architecturale.

• Aides financières pour l'immobilier (ARS, Région Ile-de-France)

L'ARS peut verser au porteur immobilier du projet une aide financière pour l'acquisition, la construction, les travaux de la structure (montant maximal de 40 % du coût total dans la limite de 200 000 € (250 000 € dans les zones ZIP ou ZAC). Peuvent prétendre à cette aide les collectivités locales, les acteurs parapublics (bailleurs, SEM, ...) ou les professionnels de santé sous réserve que des médecins participent au portage immobilier. Le local doit être dédié à une activité de santé pour 10 ans. L'aide doit intégralement être répercutée à la baisse sur les loyers. L'URPS Médecins instruit le dossier.

La Région Ile-de-France peut verser une aide en acquisition foncière et travaux d'installation à hauteur de 30 % de la dépense dans la limite de 250 000 € et en équipements (médicaux, mobiliers et informatiques) à hauteur de 50 % de la dépense pour équipements dans la limite de 100 000 €. Cette aide est réservée aux projets reconnus MSP par l'ARS. L'équipe doit donc avoir préalablement présenté et fait valider à l'ARS un projet de santé conforme au cahier des charges de l'ARS.

De plus, les projets ne doivent démarrer qu'à partir du vote en commission permanente sauf autorisation de démarrage anticipé, conformément aux dispositions du règlement budgétaire et financier régional en vigueur. Le dépôt du dossier doit ainsi être déposé et complet trois mois avant chaque commission permanente. La Région n'n'attribue pas systématiquement le montant maximal.

• Aides financières récurrentes annuelles pour le fonctionnement de la MSP (CPAM)

L'Assurance maladie verse pour les MSP (dont le projet a été reconnu par l'ARS) des rémunérations annuelles à l'équipe pour financer sa coordination et ses activités de santé publique (ACI). Les rémunérations sont fixées en fonction de l'atteinte par l'équipe d'un certain nombre de critères. Leur niveau dépend principalement du nombre de patients ayant un médecin traitant dans la structure, et du nombre de professionnels utilisant le logiciel partagé. C'est la SISA qui perçoit ces rémunérations. Ses actionnaires en déterminent librement l'usage.

Source : Confraternel.fr [en ligne] <https://confraternel.fr/>

Les premiers éléments d'évaluation identifiés dans la littérature

L'exercice coordonné : un choc culturel pour les professionnels de santé

L'exercice pluriprofessionnel regroupé et coordonné est relativement nouveau pour la plupart des professionnels de santé libéraux et sa mise en œuvre requiert l'agrégation de motivations individuelles ainsi qu'une dynamique permettant au collectif de surmonter les obstacles à sa mise en place effective, passant notamment par différentes ressources et la formalisation des pratiques. Dans le cadre des ENMR, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) s'est intéressé à ces dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les MSP et, par le biais d'une enquête qualitative, a tenté de repérer les dimensions leur étant corréées [23].

Il en ressort qu'avant de penser au regroupement pluriprofessionnel, il y a souvent un désir de regroupement monoprofessionnel chez les différents professionnels soignants. L'évolution vers le pluriprofessionnel exige généralement entre trois et cinq ans.

Proximité cognitive et projet de santé sont les principaux facteurs d'émergence d'une volonté d'exercice collectif et pluridisciplinaire

Deux facteurs d'émergence du travail pluriprofessionnel semblent se dégager particulièrement.

Le premier est une forte proximité entre professionnels. Cette proximité se décompose en différentes dimensions (cognitive, physique, professionnelle, organisationnelle, culturelle). C'est la proximité cognitive qui apparaît comme la plus déterminante. Elle se caractérise par une bonne connaissance réciproque des compétences, expertises, savoir-faire et pratiques respectives des différents types de professionnels avec qui on collabore. Cela favorise la confiance entre professionnels et la diminution de la hiérarchie perçue entre professions médicales et paramédicales.

Le second est l'élaboration d'un projet de santé. En effet, la nécessité d'élaborer un tel projet de santé opère une sélection en attirant des professionnels qui y perçoivent des bénéfices pour leurs pratiques et favorise l'émergence d'une proximité cognitive, organisationnelle et physique grâce aux tenues de réunions que cela implique.

En entrant dans l'aventure de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en MSP, les PS libéraux vont faire face à un « choc culturel ».

Imprégnés de la culture individuelle libérale, avec paiement à l'acte dans un cadre monoprofessionnel, ils vont devoir s'articuler avec la culture collective, contractuelle et pluriprofessionnelle, imposée par les nouveaux modes de rémunération collectifs qu'il faudra redistribuer équitablement pour que personne ne se sente lésé, même si l'on constate des différences importantes dans l'investissement des différents PS sur le projet collectif.

Cela contraint à des changements importants à différents niveaux des pratiques : développement de nouveaux types d'actions et de services, acceptation du jugement interprofessionnel, vigilance collective accrue sur les parcours, évolution de coopérations informelles à formalisation des pratiques... Une fois la potentielle première phase d'appréhension surmontée, il semble que le travail pluriprofessionnel engagé est, dans un second temps, systématiquement valorisé et considéré comme facteur essentiel de la qualité des conditions de travail et des soins.

Une fois la première phase d'appréhension surmontée, le travail pluriprofessionnel semble ensuite systématiquement valorisé

L'essor de la consultation infirmière Asalée en éducation thérapeutique (ETP) dans les MSP est un parfait exemple de coordination pluriprofessionnelle. Le dispositif Asalée formalise depuis 2004 des protocoles de coopération entre médecins généralistes et infirmiers pour la prise en charge coordonnée des risques cardiovasculaires, du diabète de type 2, du repérage des troubles cognitifs, du sevrage tabagique, du surpoids chez l'enfant... Les infirmières Asalée peuvent également pratiquer certains actes de façon dérogatoire, comme le fond d'œil, la spirométrie et la prescription des examens habituels [24]. Les évaluations du dispositif sont très positives, permettant une délégation des tâches dans une logique de travail en équipe. Une évaluation récente [25] semble également indiquer, qu'au-delà de l'amélioration de la qualité des soins et services et de la satisfaction des patients, le dispositif Asalée conduit, notamment dans les zones les moins dotées en offre de soins, à une augmentation significative (de l'ordre de 7 %) du nombre de patients suivis par les médecins généralistes (à journées de travail équivalentes).

Une mise en œuvre inégale de la coordination et de l'intégration

Le cahier des charges des MSP est très exigeant. Pour autant, avoir obtenu le label MSP n'est pas encore toujours synonyme de projet pluriprofessionnel coordonné abouti.

Lors de l'évaluation de la performance des MSP, Pôles de santé (PDS) et Centres de santé (CDS) dans le cadre des ENMR sur la période 2009-2012, l'Irdes a constitué une typologie des MSP, PDS et CDS en cinq classes, reflétant une forte hétérogénéité des structures en termes de caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, témoignant de différents niveaux de coordination pluriprofessionnelle [26].

Dans cette classification, trois classes concernent les PDS et les MSP (les deux premières classes regroupant les centres de santé associatifs et municipaux).

Des MSP plus ou moins intégrées et coordonnées

La classe 3 (« Pôles de santé faiblement intégrés, peu coordonnés et peu pluriprofessionnels ») concentre à elle seule la moitié de l'échantillon des pôles de santé. Les sites de cette classe se caractérisent par une absence ou un moindre développement de la coordination entre les professionnels (réunions monodisciplinaires, échanges pluriprofessionnels pour gérer les cas complexes...) ; des rôles et fonctions spécifiques des secrétariats et infirmiers ; du partage de l'information et de son informatisation.

En revanche, la coopération externe par la participation à un ou plusieurs réseaux ou grâce à des collaborations régulières avec des professionnels de santé extérieurs au site y est très fréquente.

La classe 4 (« maisons de santé faiblement intégrées, peu coordonnées et peu pluriprofessionnelles ») concentre plus d'un tiers des MSP et un quart des PDS de l'échantillon ENMR. Les sites de cette classe se caractérisent par :

- moins de coordination mono-professionnelle et une absence ou une faible régularité de la coordination pluriprofessionnelle ;
- une absence fréquente de secrétariats et de rôles et fonctions spécifiques des infirmiers (dosage AVK, parcours de soins complexes, accueil des demandes urgentes non programmées...) ;
- une absence ou un moindre développement de la coopération pluriprofessionnelle au sein des sites ou avec des institutions ou professionnels extérieurs ;
- une informatisation des dossiers médicaux et un partage de l'information plus fréquent que dans la

classe 3 mais un recours moindre à certaines fonctionnalités que dans la classe 5 (« maisons de santé intégrées, coordonnées et pluriprofessionnelles »).

Le partage de patientèle entre professionnels du site est également inférieur à celui de la classe 5. Enfin, en matière d'accessibilité, on note un accès à la médecine générale essentiellement sur rendez-vous uniquement et une acceptation non systématique des demandes de nouvelles inscriptions médecin traitant fréquentes.

Enfin, les sites de la classe 5 (« maisons de santé intégrées, coordonnées et pluriprofessionnelles ») témoignent d'une intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelle avérées. Composée à 85 % de MSP, elle concentre plus de la moitié des MSP et un quart des PDS de l'échantillon ENMR. On y note :

- un « partage » des patients entre professionnels du site nettement supérieur ;
- une informatisation et un partage des dossiers médicaux des patients quasi systématiques ;
- des rôles de chaque professionnel plus étendus (fonctions spécifiques infirmiers et de secrétariats) ;
- une coopération pluriprofessionnelle régulière au sein des sites ;
- une accessibilité supérieure avec des nouvelles demandes d'inscription au médecin traitant quasiment systématiquement acceptées, un accès à la médecine générale facilité (plages sans rendez-vous) et une participation à la permanence des soins organisée sous forme de régulation et de gardes.

Ainsi, finalement, seule cette dernière classe correspond réellement à la vision politique associée aux MSP. Reste aujourd'hui à poursuivre les évaluations sur les MSP existantes et à établir si le niveau d'intégration évolue au cours du temps vers une généralisation des formes les plus intégrées.

Une réponse à l'enjeu territorial d'accès aux soins ?

Aujourd'hui, les difficultés et inégalités territoriales d'accès aux soins s'imposent dans le débat public. En effet, depuis 2010, le nombre de médecins généralistes (MG) libéraux en exercice diminue chaque année. En parallèle, on observe une augmentation du nombre de MG salariés. Parmi ces derniers, une faible part exercent dans des centres de santé, et participent donc à l'offre de soins de premier recours. Cette part est insuffisante pour compenser la baisse des effectifs de MG libéraux [27]. À cette baisse d'effectif vient s'ajouter une tendance à la baisse du niveau d'activité des médecins. En effet, les nouvelles générations de médecins n'ont plus les mêmes aspirations que leurs prédécesseurs ni les mêmes logiques d'implantation territoriale. La valorisation d'un partage plus équilibré entre vie personnelle et vie professionnelle dans un contexte de féminisation de la profession et d'évolution des mœurs conduit à ne plus accepter la disponibilité permanente dont s'accommodaient souvent les anciens et à privilégier les centres urbains. Enfin, on constate une croissance des besoins de soins, notamment expliquée par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ces phénomènes entraînent mécaniquement une chute de la densité médicale, soit le nombre de médecins disponibles par habitants [28].

Au-delà de cet aspect purement quantitatif s'ajoute l'inégale répartition de l'offre médicale sur le territoire, sans corrélation immédiate avec la répartition de la population et des besoins. Ces disparités se traduisent par une accessibilité aux soins différente selon le lieu de résidence des patients et viennent aggraver les effets des inégalités sociales sur la santé de la population. Ces inégalités territoriales se déclinent à toutes les échelles : les densités médicales varient d'une région à l'autre, d'un département à l'autre, d'une commune à l'autre et même qu'un quartier à l'autre.

L'Irdes a cherché à mesurer l'impact du soutien au développement des MSP sur l'enjeu territorial d'accès aux soins

En 2015 puis en 2020, l'Irdes a cherché à mesurer l'impact du soutien au développement des MSP sur l'enjeu territorial d'accès aux soins [29,30] En 2015, les analyses ont montré que les MSP étaient principalement implantées dans quatre types d'espace : 26 % dans des bassins de vie défavorisés, 23 % dans des bassins de vie à dominante industrielle et agricole, 23 % dans des bassins de vie du rural profond, et 20 % dans les bassins de vie périurbains.

À l'inverse, les MSP étaient très peu implantées dans les bassins de vie favorisés (2 %) et les bassins de vie touristiques (6 %).

En 2020, 61 % des MSP sont localisées dans des « marges rurales » (35,5 %) ou dans des « espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins primaires » (25,8 %) selon une typologie élaborée par l'Irdes. Seules 6,9 % des MSP françaises sont localisées dans des villes ou couronnes urbaines favorisées. Pourtant, on observe, sur les cinq dernières années, une implantation des nouvelles MSP qui se fait un peu plus souvent qu'auparavant en zone urbaine.

Les MSP sont davantage localisées dans des espaces moins dotés en offre de soins ou dans lesquels l'offre est plus fragile

Ces résultats montrent que les MSP sont davantage localisées dans des espaces moins dotés en offre de soins ou dans lesquels l'offre est plus fragile (médecins âgés et offre en diminution). Les MSP semblent ainsi répondre à une logique de maintien de l'offre de soins de premiers recours dans des territoires sous-dotés et à une lutte contre la désertification médicale.

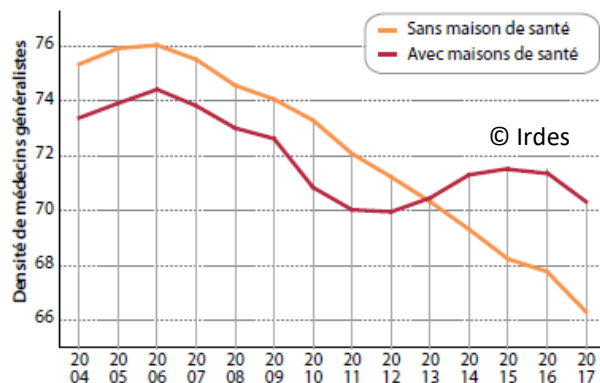
De fait, les auteurs de l'étude constatent que l'implantation de MSP favorise une amélioration de la densité de MG dans les espaces périurbains, et notamment dans les espaces périurbains socialement défavorisés (Fig. 3). Cette attractivité territoriale des secteurs avec MSP s'exerce tout particulièrement sur les jeunes médecins de moins de 45 ans (Fig. 4).

L'Irdes constate par ailleurs une moindre diminution de la densité des MG dans les espaces à dominante rurale où ont été créées des MSP (Fig. 5).

Une moindre diminution de la densité des MG est constatée dans les espaces à dominante rurale où ont été créées des MSP, mais s'agit-il d'un effet « vases communicants » ?

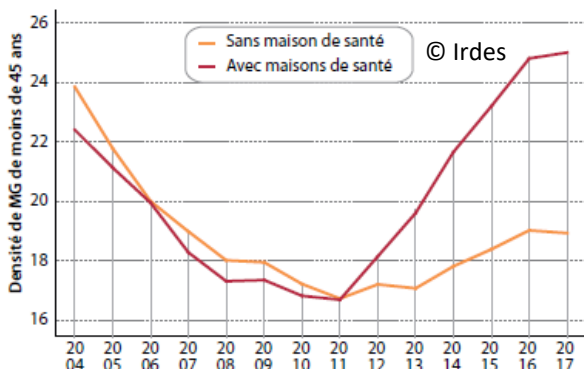
Ces résultats ont été obtenus en comparant l'évolution des densités médicales dans les espaces avec ou sans MSP. Il reste cependant à évaluer l'impact de la mise en place d'une MSP sur la démographie médicale des bassins de vie avoisinants : la création d'une telle structure conduit-elle à un maintien ou à une augmentation de l'offre locale sans répercussion sur l'offre médicale voisine ou existe-t-il un effet « vases communicants » qui conduirait à faire diminuer la présence médicale alentour par polarisation de l'offre au sein de la MSP ?

Figure 3 - Évolution de la densité de MG libéraux entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins, selon la présence de MSP sur la période 2008-2016 (Irdes)



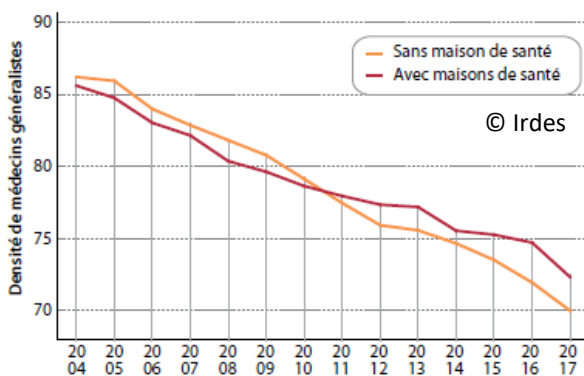
Source : Chevillard et al. 2020, Irdes, Snir- PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS) – Echelle géographique = territoires de vie.

Figure 4 - Évolution de la densité de MG libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins, selon la présence de MSP sur la période 2008-2016 (Irdes)



Source : Chevillard et al. 2020, Irdes, Snir- PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS) – Echelle géographique = territoires de vie.

Figure 5 - Évolution de la densité de MG libéraux entre 2004 et 2017, dans les marges rurales, selon la présence de MSP sur la période 2008-2016 (Irdes)



Source : Chevillard et al. 2020, Irdes, Snir- PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS) – Echelle géographique = territoires de vie.

Les analyses de l'Irdes semblent indiquer que le maintien ou la moindre diminution des densités médicales sur les territoires avec MSP est surtout le fait d'installations de jeunes médecins et moins d'installation de médecins plus âgés. Cela tend à montrer que l'implantation d'une MSP est positive puisqu'elle attire de jeunes professionnels sans avoir l'effet pervers de capter les généralistes installés dans les territoires de vie alentours.

Ainsi, les MSP contribueraient efficacement à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins en compensant en partie la moindre attractivité de certains espaces sur les professionnels de santé. Cependant, leur présence ne suffit pas à compenser entièrement la baisse des densités médicales notamment dans les secteurs les plus ruraux.

Effizienz et qualité des soins

Tel qu'il a été théorisé par ses promoteurs, le regroupement pluriprofessionnel coordonné a vocation à libérer du temps médical et à améliorer la qualité des soins.

Sur le premier point, le docteur Pierre de Haas, ancien président de la FFMPS, allait jusqu'à avancer qu'un MG s'appuyant sur une équipe de soins primaire proposant plusieurs compétences différentes (un secrétaire, un coordinateur, un infirmier et un travailleur social) pourrait suivre autant de patients que trois MG exerçant de manière isolée. Si cela reste à quantifier plus précisément, les travaux de Lousouarn et al. [25] vont effectivement dans le sens d'un nombre plus conséquent de patients suivis pour les MG travaillant en étroite collaboration, notamment avec une infirmière Asalée.

La dimension pluriprofessionnelle de la structure aurait aussi un impact sur la qualité des soins, permettant l'organisation de prises en charges appropriées et efficaces, ainsi que l'accès à une gamme de services plus étendue (soins curatifs, préventifs, coordination médico-sociale...) [11].

Les MG exerçant en MSP sont-ils plus actifs, plus productifs et plus performants vis-à-vis des indicateurs de qualité des soins que leurs confrères exerçant isolément ?

L'Irdes a, dans le cadre de l'évaluation des ENMR, cherché à comparer les MG des sites ENMR avec des MG témoins exerçant isolément en termes d'activité, de productivité, de qualité des pratiques, de dépense en soins ambulatoires et de recours à l'hôpital [26].

Il en ressort que le nombre de jours travaillés par MG est similaire, quelle que soit la structure d'exercice.

Il en ressort également que l'activité est légèrement moindre dans les MSP même si l'on peut remarquer que les MG des MSP font moins de visites mais plus d'actes techniques que les autres MG.

D'autre part, on observe une variabilité des pratiques au sein même des MSP : l'activité est supérieure dans les MSP les plus intégrées (classe 5) comparativement aux MSP les moins intégrées, la différence étant particulièrement sensible en matière de patients inscrits médecin traitant, d'actes délivrés et de visites à domicile.

L'activité des médecins est supérieure dans les MSP les plus intégrées avec moins d'actes réalisés mais plus de patients suivis.

Les modélisations de l'efficacité productive, correspondant à l'écart de productivité entre les cabinets de MG une fois pris en compte le contexte environnemental, montrent une efficacité supérieure dans toutes les MSP, quelle que soit leur classe d'appartenance, en matière de taille de file active, ainsi qu'une efficacité supérieure dans les MSP les plus intégrées en matière de nombre de patients inscrits médecins traitants. Les MSP, y compris les plus intégrées, apparaissent à l'inverse moins efficaces que leurs témoins en termes de nombre d'actes réalisés. Cet aspect mériterait d'être détaillé plus avant pour décrypter si le nombre d'actes réalisés témoigne d'un meilleur suivi des patients, d'organisations permettant aux médecins de recevoir plus souvent leurs patients... ou au contraire d'une piste de rationalisation et d'optimisation à explorer.

Un impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur le recours et la dépense de soins ambulatoires, ainsi que sur le recours à l'hôpital pourrait également générer des gains d'efficacité, dans le sens d'une économie de ressource. Les chercheurs ont donc entrepris de tester l'hypothèse selon laquelle une meilleure coordination et continuité des soins et services dispensés par les professionnels exerçant

dans des structures de groupes pluriprofessionnelles induiraient un moindre recours à des soins spécialisés en ville ou à l'hôpital (notamment pour des soins urgents ou non programmés) comme à des produits pharmaceutiques, et donc une moindre dépense, sans augmenter notablement la dépense de médecine générale. Pour la dépense ambulatoire, les modélisations montrent qu'elle est significativement minorée pour les assurés inscrits auprès d'un MG traitant exerçant en MSP du pool ENMR comparativement aux MG témoins. La minoration de la dépense est comprise entre - 0,4% pour les sites les moins intégrés et - 2,3% pour les sites les plus intégrés. Les écarts les plus importants portent notamment sur la dépense de spécialistes, des soins infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de pharmacie. Pour ce qui est du recours à l'hôpital, les analyses réalisées n'ont pas mis en évidence d'impact de l'exercice en MSP sur l'hospitalisation ou son caractère potentiellement évitable.

Pour finir, les auteurs se sont intéressés à l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité et l'efficacité des pratiques des MG.

Pour ce faire, ils ont eu recours à différents indicateurs de qualité des pratiques calculables à partir des données de l'Assurance maladie. On y retrouve notamment des indicateurs de suivi du diabète, des indicateurs de vaccination, de dépistage ou de prévention du risque iatrogénique médicamenteux, ainsi que des indicateurs d'efficacité de la prescription (médicaments génériques, bons de transport).

Il ressort de ces analyses que les MG des MSP participant aux ENMR ont une meilleure qualité de pratiques par rapport aux MG témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés. Les différences entre types de sites sont cette fois-ci assez faibles.

Les auteurs précisent que ces résultats ne traduisent pas l'impact de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en tant que tels mais sont le produit de différences initiales. Il serait donc prudent de conduire des analyses complémentaires et actualisées avant de vouloir extrapoler ces résultats à l'ensemble des MSP existantes aujourd'hui.



Les MSP financées par le Conseil régional

Caractéristiques des structures financées et état d'avancement

De 2016 à 2020, le Conseil régional d'Île-de-France a soutenu financièrement, et de manière complémentaire aux financements de l'Agence régionale de santé (ARS), la création de 70 structures différentes spécifiquement en tant que projets MSP (sur les 134 MSP que compte la région). Le montant du financement accordé est variable, allant de 10 000 € à près de 370 000 € par structure, le financement moyen étant d'environ 160 000 €.

De 2016 à 2020, 70 MSP soutenues par le Conseil régional d'Île-de-France, avec un financement moyen d'environ 160 000 €

Sur les 70 structures, 45 sont aujourd'hui des MSP en fonctionnement. Parmi les 25 autres, neuf structures sont également en fonctionnement mais n'ont pas obtenu le statut de MSP, 16 sont en projet architectural.

Des entretiens téléphoniques avec différents acteurs (MG, employé municipal impliqué dans le projet...) des neuf structures en fonctionnement mais non labellisées tendent à montrer que pour certaines, les professionnels de santé ont été recrutés ou impliqués dans un second temps, le projet MSP ayant été initié par la collectivité locale. En l'absence de porteur de projet au sein des soignants, ces derniers n'ont pas développé la coordination pluriprofessionnelle. Dans un des cas, la collectivité n'a réussi à recruter qu'un seul médecin généraliste, excluant de facto la possibilité d'exercice pluriprofessionnel. D'autres structures ont également finalement préféré se structurer en CPTS, la procédure étant beaucoup moins lourde. Enfin, une structure pour laquelle la formalisation du projet de santé a pris du retard est aujourd'hui en cours de processus de certification MSP.

Les 16 structures restantes en sont toujours au stade de projet architectural, c'est-à-dire en travaux. On notera que trois d'entre elles ont été financées en 2017 ou 2018, témoignant d'un retard dans les délais de livraison initialement prévus.

À noter également que la grande majorité des structures financées étaient des projets de MSP mono-site, seules huit d'entre elles correspondant à des projets de MSP hors-les-murs (pôles de santé).

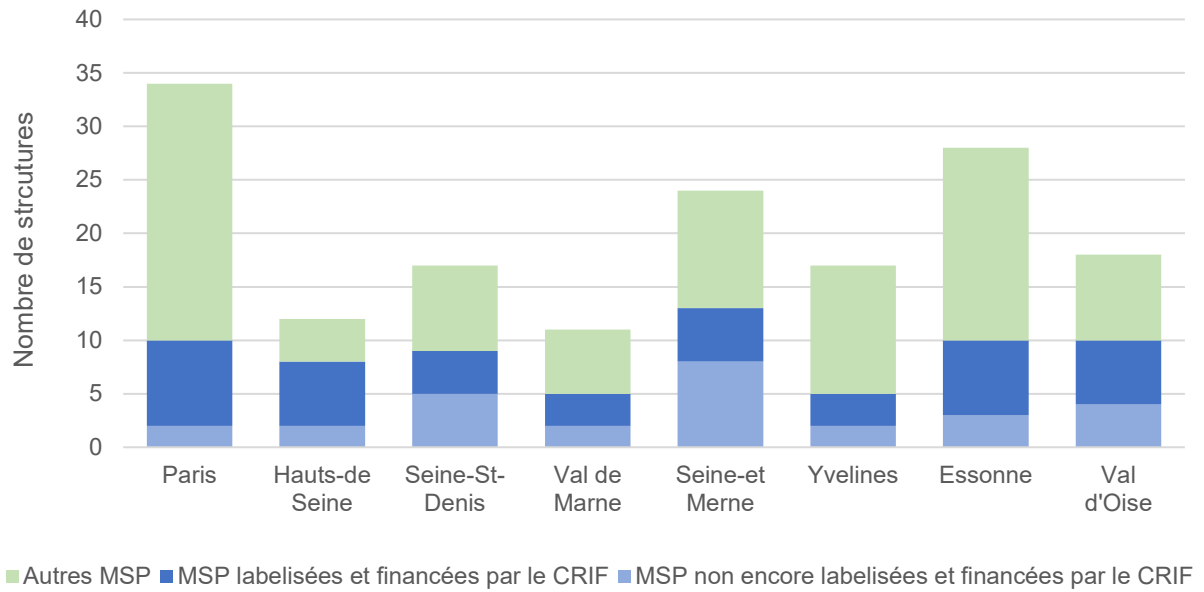
En ce qui concerne les professionnels exerçant dans les structures financées en fonctionnement, on trouve en moyenne environ 13 professionnels de santé de six professions différentes, dont quatre médecins généralistes par site. Les médianes sont du même ordre. La plus grande structure accueille 37 professionnels de santé de 11 professions différentes. Une autre structure se distingue par ses 14 médecins généralistes, le maximum observé.

Répartition territoriale des structures financées

Les structures financées par le Conseil régional d'Île-de-France se répartissent sur les différents départements franciliens (Fig. 6 et 7) avec des financements vers des structures collectives non encore labellisées MSP notamment en Seine-et-Marne.

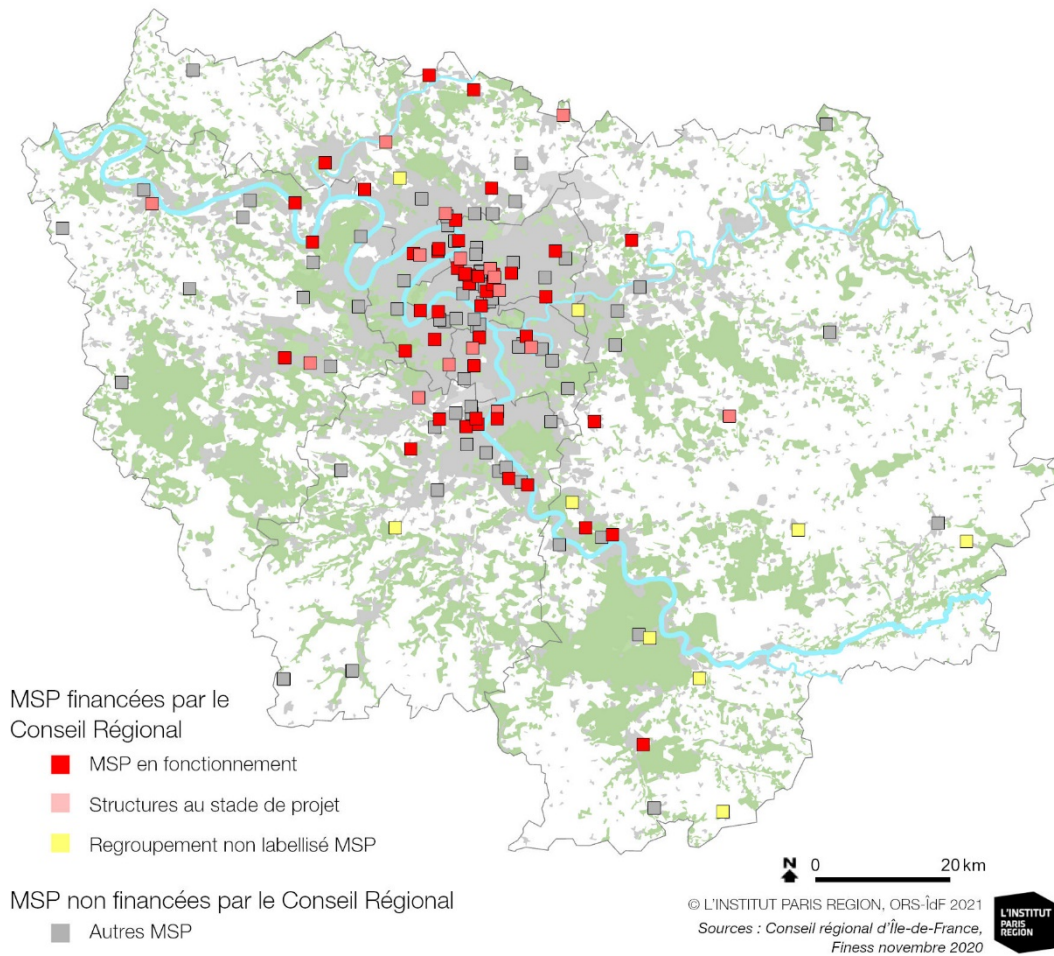


Figure 6 - Répartition des structures financées par le Conseil régional par département



Sources : Conseil régional d'Île-de-France et Finess novembre 2020.

Figure 7 – Les MSP franciliennes ayant bénéficié d'un financement du Conseil régional (CRIF)



Un processus de demande de financement qui pourrait être simplifié et des délais raccourcis

Contactées par mail ou par téléphone, une quinzaine de MSP en activité et financées par le Conseil régional ont accepté de nous faire un retour sur le processus de demande de financement.

Il en ressort en premier lieu une diversité de situations relatives à l'accompagnement des équipes projets de la MSP pour l'élaboration du projet de santé, des dossiers de demande de financement ou du montage financier de la structure : peu ont fait appel à une structure d'expertise en montage financier ou d'aide juridique. Par contre, un certain nombre ont eu recours à un accompagnement de l'URPS ou d'un cabinet de conseil soit pour les aider à construire leur projet de santé, soit pour les accompagner dans la recherche de financements et dans l'élaboration des dossiers de financement, cette prestation d'accompagnement ayant pu être financée par l'ARS.

Une MSP notamment a évoqué une étape d'une année entre l'évocation de son projet de labellisation à l'ARS, l'obtention d'un financement pour l'aide à la constitution du dossier et du projet et la constitution de ce dossier. Le cabinet de conseil recruté pour accompagner les professionnels de santé initiateurs du projet, tout au long de l'année, les a incités à monter des réunions collectives, à se rencontrer et à se parler, à partager et à apprendre à travailler ensemble...

Un accompagnement d'une année environ pour constituer le projet et le dossier : une étape d'acculturation à l'exercice coordonné qui apparaît intéressante... a posteriori

Rétrospectivement, le porteur de projet dit se rendre compte de l'intérêt de cette étape d'acculturation au travail collectif mais, sur le moment, il dit avoir trouvé cette étape relativement fastidieuse et longue.

Afin d'être mieux préparé, il lui aurait paru intéressant de disposer, en amont, d'une clarification des interlocuteurs et du chemin à parcourir : personne clé à contacter, liste de cabinets de conseil préalable et diffusée, process et temporalité explicités clairement en détaillant notamment les objectifs d'apprentissage du travail en commun, des habitudes d'échanges, des organisations que cela impose...

Une clarification en amont des interlocuteurs et du chemin à parcourir aurait été bienvenue

Il en ressort en second lieu une combinaison de financements (ARS et Conseil régional) avec des interventions municipales ou départementales variées : si certaines MSP ont obtenu un soutien financier de leur commune d'implantation (Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Ivry-sur-Seine, Meudon notamment), d'autres n'ont pu en obtenir faute de budget suffisant de la collectivité ou faute de réponse de la collectivité à la sollicitation des professionnels de santé.

La MSP d'Ivry-sur-Seine indique par ailleurs avoir obtenu un financement du Conseil départemental du Val-de-Marne qui a créé une subvention dont ils ont été les premiers à bénéficier. De fait, d'autres MSP localisées sur d'autres départements franciliens ont indiqué avoir sollicité un financement de leur conseil départemental, sans que cette demande n'aboutisse faute de ligne budgétaire départementale dédiée aux MSP (un département a par contre aidé un PS à s'installer dans la MSP sans avoir pu aider la MSP en elle-même).

La MSP de Trappes, elle, évoque une relation en deux temps avec la municipalité : dans un premier temps, un médecin généraliste et une sage-femme exerçant dans un cabinet partagé ont eu le projet de monter une MSP. Une fenêtre d'opportunité est apparue lorsqu'un local adéquat s'est libéré, que deux jeunes médecins (l'un en fin de CESP¹, l'autre à l'issue d'un AUMG²) avaient envie de se joindre au projet pour leur première installation, envie partagée par d'autres professionnels de santé (paramédicaux) de la commune.

Un équilibre fragile de concordance des temps entre disponibilité de locaux et constitution d'une équipe motivée : l'exemple de la MSP de Trappes

La concordance des temps entre disponibilité des locaux et constitution d'une équipe a conduit les porteurs de projet à ne pas se tourner vers la municipalité de prime abord pour ne pas risquer de s'exposer à des lourdeurs et longueurs administratives qui auraient pu les faire passer à côté de cette fenêtre d'opportunité.

Ce n'est d'ailleurs qu'une fois le projet monté qu'ils ont appris l'existence des financements ARS et Conseil régional et qu'ils ont déposé leurs demandes.

Aujourd'hui, leur MSP est constituée et fonctionne si

¹ Dans le souci d'assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et de garantir l'accès aux soins de tous, le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre un ensemble de mesures incitatives : parmi elles, le contrat d'engagement de service public (CESP), avec l'objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

² Le statut d'assistant universitaire de médecine générale (AUMG) permet à des jeunes médecins d'exercer, durant deux ans, à mi-temps entre une activité enseignante à l'université et en poste salarié ou libéral dans une zone « sous-dotée » où il manque de médecin.

bien qu'ils souhaitent en constituer une seconde sur la même commune. Pour ce nouveau projet, l'équipe mieux implantée, mieux structurée, mieux identifiée (et forte du fait que c'est une structure de soins qui fonctionne au sein d'un territoire classé en zone sous-dotée en termes de démographie médicale) s'est tournée vers la mairie qui avait déjà soutenu un cabinet dentaire quelques années auparavant).

Un soutien municipal financier mais aussi de négociation avec le promoteur immobilier

Le soutien municipal a été de deux ordres : le premier a constitué en une mise à disposition de locaux (en location) à bas coût avec la possibilité, pour les professionnels de santé, de racheter ces locaux au bout de cinq ans et à tarifs négociés. Le second soutien a rendu possible l'implantation du projet dans des locaux adaptés : la future MSP s'implantera au rez-de chaussée d'une structure intergénérationnelle en cours de construction. C'est la mairie qui a négocié avec le promoteur afin de l'inciter à revoir ses plans (le rez-de-chaussée était initialement conçu pour être réservé aux parties communes) et à céder aux professionnels de santé des locaux « bruts » afin que ceux-ci puissent les aménager en toute liberté selon leurs besoins.

Un processus de demande de financement, en marge des compétences des professionnels de santé qui peut être vécu comme chronophage et complexe, d'autant qu'il s'ajoute à leur charge de travail médical

Deux structures ont décrit les différents processus de demande de financement comme ne présentant « rien d'insurmontable », comme étant « assez simples ». Cependant, des termes comme « fastidieux », « complexe » ou même « cauchemar » ont été employés par d'autres pour décrire le chemin à suivre.

De fait, un certain nombre de professionnels de santé à l'origine du projet estiment que le montage des différents dossiers de financements est en marge (voire très en marge) de leur domaine de compétence, et vient en sus de leur charge de travail déjà conséquente.

Le caractère chronophage de la constitution des dossiers est souvent mis en avant, d'autant qu'il est souligné qu'un dossier différent doit être constitué pour chaque financeur (même si la constitution de l'un peut aider à la constitution de l'autre), avec des architectures différentes, des explicitations des éléments à fournir incomplètes et des interlocuteurs trop nombreux.

Clarification des étapes et des interlocuteurs, simplification et fluidité accrue semblent sollicitées

Le processus spécifique au Conseil régional, notamment, semble avoir quelques marges de progrès en ce qui concerne le nombre et l'identification des interlocuteurs, l'explicitation des informations à présenter et des règles d'inclusion, ainsi qu'en termes de transparence des modalités de décision et de délais de traitement des dossiers.

Cette question des temporalités revient d'ailleurs dans la plupart des retours.

En premier lieu est évoqué le délai trop important entre le dépôt de la demande de financement et la réponse qui y est faite, pouvant entraîner des problèmes de montage du portage financier global, d'obtention des prêts bancaires, de mise en cause de la capacité à signer le bail pour les locaux...

Un enjeu fondamental : un accompagnement et un financement au plus près de la temporalité du projet

En second lieu, est mentionnée la difficulté que les financements régionaux soient octroyés sur facture (donc post-travaux et investissements) et non pas sur devis. Outre la complexité administrative, cela engendre la nécessité pour les professionnels de santé d'avancer les fonds... dont ils ne disposent pas toujours et donc de contracter des prêts bancaires intermédiaires pour pouvoir payer les artisans dans l'attente du financement. De plus, si le projet de subvention s'élabore sur la base de devis de travaux, l'approbation de la demande peut se faire dans un délai qui s'accompagne d'une augmentation du montant des devis sans que la demande de subvention ne puisse, elle, évoluer.

Enfin, les règles de remboursement semblent relativement complexes puisqu'il s'agit, pour les professionnels de santé, de classer les factures selon qu'elles renvoient à des travaux relatifs à l'immobilier ou à l'aménagement (qui ne sont pas couverts par les mêmes plafonds de remboursement) et que les remboursements s'opèrent en deux temps : 60 % des remboursements octroyés tant que l'ensemble des investissements totaux ne sont pas finalisés... Le fonctionnement des financements ARS semble plus fluide (fonds versés en totalité dès validation du projet).

Une MSP s'est d'ailleurs servie des fonds ARS débloqués pour engager des frais en attendant le remboursement sur facture du Conseil régional, fonds qu'elle aurait eu autrement du mal à engager sans recourir à un prêt bancaire.

De plus, le versement des fonds dès validation du

projet semble pouvoir permettre de répondre à un enjeu de santé publique : une MSP relatait qu'elle avait placé cet argent sur un compte et qu'elle se servait des intérêts annuels pour rembourser une partie des charges locatives de la structure, diminuant de ce fait le taux d'effort des professionnels de santé quant au poids des loyers. Le porteur de projet (médecin) y voyait une condition essentielle pour que la structure puisse s'étoffer en professionnels de santé paramédicaux.

Diminuer la charge des loyers, un enjeu majeur pour attirer des paramédicaux au sein de la structure

En effet, si l'exercice collectif exerce un attrait fort sur les jeunes médecins qui sont moins sensibles au poids des loyers, ce dernier peut peser fortement sur d'autres professions.

Ainsi, les infirmiers libéraux par exemple, font une large part de leur activité au domicile des patients et sont moins présents au cabinet. Ils pourraient se passer des charges d'un secrétariat, d'une femme de ménage...

Pour inciter ces professionnels de santé à rejoindre le projet collectif, il est impératif d'en maîtriser les charges. Il en va de même pour des professions comme les diététiciens, indispensables notamment dans les territoires pauvres à fort taux de diabète mais avec des populations peu solvables d'autant que la pratique de ces professionnels n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Arriver à inciter une diététicienne à s'installer dans une MSP d'un territoire socialement défavorisé est un enjeu de santé publique qui passe notamment par la maîtrise des charges.

Parvenir à inciter une diététicienne à s'installer dans une MSP d'un territoire socialement défavorisé : un enjeu majeur de santé publique

Le placement des fonds ARS pour utiliser les intérêts au profit d'une réduction des coûts de cabinet s'avère chose aisée. Réaliser cela en utilisant les

fonds régionaux semble également possible mais nécessite un montage très spécifique et plus complexe. La MSP qui en a fait état mentionne avoir dû s'appuyer sur les conseils d'un notaire et d'un avocat pour arriver à en comprendre les rouages.

Une mise à plat des procédures à suivre et des requis régionaux a été évoquée comme une piste d'amélioration dans la fluidité d'utilisation des subventions régionales.

Une autre MSP évoquait par exemple le fait que les financements du Conseil régional étaient assortis d'une contrepartie qui demandait à la structure d'être un lieu d'accueil de stages. Cependant, la structure manquait de précisions sur la nature des publics cibles (lycéens, collégiens ?). Elle se trouvait également face à une complexité administrative : en effet, si la contractualisation avec le Conseil régional avait été signée par la SCI (société civile immobilière), cette dernière n'était pas habilitée à recevoir des stages en médecine (y compris pour des collégiens ou lycéens). Mais, sans être partie prenante du contrat avec le Conseil régional, est-ce que la MSP, la SCM (société civile de moyens)... pouvaient prendre le relais ? Autant de questions auxquelles la structure tentait d'obtenir des réponses avant d'organiser l'accueil de stagiaires, le manque de clarification et d'un interlocuteur stable et bien identifié ayant été mis en avant. De fait, la structure semblait ne disposer que d'un mail générique pour envoyer ses questions, les réponses émanant régulièrement d'interlocuteurs différents.

La création d'une plateforme centralisatrice des demandes de financements avec des procédures au moins en partie harmonisées est une idée évoquée par la première MSP interrogée et à laquelle la plupart des autres structures semblaient également attachées.

Enfin, l'octroi des fonds publics engage les professionnels de santé pour plusieurs années : 10 ans pour les fonds ARS, 25 ans pour les fonds régionaux. Or, l'octroi d'un bail locatif sur 25 ans ne semble pas si simple, cette durée d'engagement pouvant alors représenter une difficulté administrative supplémentaire.

Conclusion

Face aux enjeux de démographie médicale notamment à l'échelle locale, aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, au mouvement de réorganisation générale du système de soins et à l'importance accordée à la coordination et à la continuité des parcours de soins, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se sont imposées de plus en plus comme un mode d'exercice de la médecine de ville promu par les pouvoirs publics, à l'échelle nationale, régionale ou plus locale.

Les premiers éléments d'évaluation semblent positifs : une coordination effective ayant de réelles retombées en termes de santé et de prise en charge des patients mais aussi en termes de satisfaction des professionnels de santé, d'attractivité pour les jeunes médecins et de maintien d'une offre médicale dans des territoires en déclin sur le plan de la démographie médicale.

Le rôle du Conseil régional dans le soutien à ce type de structure d'exercice collectif et coordonné est notable : plus de la moitié des structures franciliennes ont obtenu un appui financier du Conseil régional couvrant de 5 jusqu'à 42 % des investissements engagés par les professionnels de santé.

Les aides régionales couvrent l'ensemble des départements franciliens avec un nombre de MSP soutenues plus important dans les territoires les plus ruraux et/ou défavorisés socialement, notamment par le financement de structures non encore labellisées MSP.

Les aides publiques à l'investissement et à l'aménagement des locaux s'ajoutent aux nouvelles rémunérations prévues par la loi que peuvent toucher les professionnels qui exercent dans des structures collectives. Elles aident les médecins à s'installer mais également à rendre l'exercice coordonné possible pour certaines professions pour lesquelles les charges d'un cabinet partagées pourraient être rédhibitoires. Pour les professions paramédicales notamment, un allègement des loyers et charges du cabinet peut constituer un élément clé leur permettant de s'engager dans un projet collectif. Or, leur implication dans les MSP et dans le projet sanitaire qu'elles portent est fondamentale.

Une simplification ou une clarification des démarches, notamment de celles visant à obtenir les financements régionaux, semble être une piste d'amélioration à engager. La connaissance détaillée et précisée, en amont, de l'ensemble des interlocuteurs, des démarches à suivre, des impératifs à respecter... semblerait une piste de facilitation non négligeable pour les professionnels de santé que la puissance publique cherche à accompagner.

Un autre enjeu concerne les temporalités (de décision, de versement des fonds) qui ne semblent pas encore suffisamment en adéquation avec les besoins des professionnels. En effet, pour ces derniers, la concordance des temps entre disponibilité d'un local adéquat, présence d'un groupe de professionnels prêts à s'engager, et éventuellement obtention d'un prêt bancaire est une condition nécessaire (mais fragile) de réussite. Des délais trop longs de montage de dossier ou d'obtention des financements pouvant mettre cet équilibre en danger. Le financement sur facture (et non pas sur devis ou sur projet) semble également être une difficulté supplémentaire.

Une plus grande souplesse dans les procédures pourrait mieux correspondre aux besoins des professionnels de santé qui ont à monter un dossier de MSP (chronophage). Or, la constitution d'une MSP repose bien souvent sur l'initiative et l'engagement d'un ou deux professionnels de santé qui portent le projet, en parallèle de leur activité professionnelle régulière et sans être très familiers par ailleurs des dossiers administratifs.

Une plateforme unique de centralisation des demandes de financement est éga-

lement avancée par les professionnels consultés comme une piste qui leur semblerait intéressante.

Au-delà des aides financières, le rôle des puissances publiques nationales ou plus locales est également apprécié comme facilitateurs au montage du projet et aux conditions de sa concrétisation (négociation pour l'obtention de locaux à tarifs maîtrisés, portage du risque financier pendant quelques années...).

Ainsi, le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles semble être en cours et participer à une amélioration des prises en charge des parcours de santé. Il s'intègre dans un mouvement de transformation en profondeur de notre système de santé vers plus de coordination des soins et de coopération entre acteurs. Issues du local, ces structures se montent grâce à l'initiative et à l'implication des professionnels de santé eux-mêmes. L'accompagnement des puissances publiques, sanitaires ou collectivités, est un élément facilitateur essentiel qui gagnerait encore à être allégé dans ses procédures et à évoluer vers plus de souplesse et de fluidité.

Les grands enjeux identifiés

- Rendre plus lisibles les dispositifs de soutien au portage de projet tels que ceux proposés notamment par l'URPS ou par des cabinets de conseil dont l'appui a fait l'objet d'appréciations positives de la part des MSP interrogées ;
- Des aides des puissances publiques reconnues par les porteurs de projet comme un véritable soutien, notamment pour réduire les surcoûts d'exercice collectifs pour certains paramédicaux et pour faciliter l'obtention de locaux ;
- Des procédures à mieux expliciter et à clarifier dès l'amont ;
- Un nombre d'interlocuteurs à réduire et à stabiliser dans le temps. Un process de dialogue entre structure et instance à personifier ;
- Des enjeux forts de souplesse et de fluidité. Des financements sur devis ou projet et non pas sur facture iraient dans ce sens ;
- Des enjeux forts également en termes de temporalité (temps de montage du dossier, délais de validation des dossiers, délais d'obtention des financements) afin de ne pas risquer de déséquilibrer la concordance des temps entre les trois piliers indispensables du projet (équipe motivée, local disponible, prêts bancaires obtenus) ;
- Un engagement en contrepartie des financements obtenus qui pourrait être raccourci par exemple à 10 ans pour s'accorder ainsi sur les mêmes délais d'engagement que l'ARS ;
- Une plateforme centralisatrice des demandes de financements avec des procédures harmonisées entre financeurs, au moins en partie, est une piste d'amélioration évoquée par les porteurs de projet.

Liste des sigles et abréviations

ACI	accord conventionnel interprofessionnel
AME	aide médicale de l'État
ARS	agence régionale de santé
ASIP	agence pour les systèmes d'information partagé
AUMG	assistant universitaire de médecine générale
CDS	centres de santé
CESP	contrat d'engagement de service public
CHU	centre hospitalier universitaire
CIADT	comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire
CMU	couverture maladie universelle
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
CRIF	Conseil régional d'Île-de-France
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
ENMR	expérimentations de nouveaux modes de rémunération
ESP	équipes de soins primaires
ETP	éducation thérapeutique du patient
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
FIR	fonds d'intervention régional
HPST	loi Hôpital, patients, santé, territoires
IPEP	incitation à une prise en charge partagée
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LMSS	loi de modernisation du système de santé
MG	médecins généralistes
MSP	maisons de santé pluriprofessionnelles
MSPU	maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires
PDS	pôles de santé
PRS	projet régional de santé
PS	professionnels de santé
ROSP	rémunération sur objectifs de santé publique
SCI	société civile immobilière
SCM	société civile de moyens
SISA	société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Références

- [1] Chevillard G, Jerber M. Bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural (2010-2013). CGET ; 2016.
- [2] ARS Hauts-de-France. Cahier des charges MSP. 2018
Disponible : <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/>.
- [3] Arnault F. Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires. Conseil national de l'ordre des médecins ; 2016.
- [4] ARS Île-de-France. Accompagnement sur l'ingénierie, la mise en œuvre et la pérennisation des Maisons de Santé Puri-professionnelles. Cahier des charges ; 2019.
Disponible : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/>.
- [5] Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM. 2012
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_cpom_2012.pdf.
- [6] Bergeron H, Moyal A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Séminaire pluridisciplinaire. Chaire Santé Sciences Po ; 2019.
- [7] Osvald P. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), MACSF. 26 septembre 2018.
Disponible <https://www.macsf.fr/Exercice-liberal/Exercer-en-groupe/MSP-maison-de-sante>.
- [8] Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F et al. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Irdes. Question d'économie de la santé, n° 189, 2013.
- [9] Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif. Dossier de Presse. 2018
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf.
- [10] FFMPs. Guide pratique : Construire une CPTS. 2018
Disponible : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2018/11/guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf>.
- [11] Vézinat N. Vers une médecine collaborative : politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Paris : PUF, 2019. 240 p.
- [12] Talbot R. L'ACI : accord conventionnel interprofessionnel, Fédération des médecins de France, 8 mai 2018.
Disponible : <https://www.fmfpro.org/l-aci-accord-conventionnel-interprofessionnel.html>.
- [13] HCSP. Soins de proximité : vers un exercice d'équipe, ADSP, 2019 n°107.
- [14] Eliot E, Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français. RFST, 2017 11 p.
- [15] Ministère de la Santé. États généraux de l'organisation de la santé (EGOS) - Synthèse des travaux des deux journées nationales. 2008
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf.
- [16] Ministère de la Santé. Présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » - Un projet de santé durable pour nos concitoyens ». Octobre 2008, 53 p.
- [17] Ministère de la Santé. Le Pacte Territoire-Santé pour lutter contre les déserts médicaux. 2012
- [18] Ministère de la Santé. Pacte Territoire Santé 2. 2015
Disponible: https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/201612/Dossier_de_presse_Pacte_territoire_sante_2__261115_0.pdf.
- [19] Ministère de la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé. Dossier de Presse. 2016
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf.
- [20] Ministère des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins. Dossier de Presse. 2017
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
- [21] Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé. Les Conclusions. Dossier de Presse. 2020
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_-_segur_de_la_sante.pdf.
- [22] Cardoux JN, Daudigny Y. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. Rapport d'information au Sénat n°686, 2017.
- [23] Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé : recherche qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé. Irdes, 2014. Rapport n°557, 72 p.
- [24] Gautier J. Asalée : l'éducation thérapeutique au cœur de la relation patient. L'infirmière magazine, octobre 2017.
- [25] Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Irdes, Questions d'économie de la santé, 2019, n°241.
- [26] Mousquès J, Bourgueil Y, 2014. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des ENMR 2009-2012. Rapport Irdes n°559.
- [27] Vergier N, Chaput H. 2017. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les Dossiers de la Drees, n°17, 63 p.
- [28] Mangeney C, 2018. Les déserts médicaux en Île de France. ORS Île de France, 2018 (Etat des connaissances), 134 p.
- [29] Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V et al. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. Revue d'économie régionale urbaine, n° 4, 2015/10, p. 657-694.
- [30] Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Irdes. Questions d'économie de la santé, 2020, n°247.

LES FINANCEMENTS DE LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE AUX MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES PREMIERS ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION RÉALISÉS À LA DEMANDE DE LA RÉGION

L'essentiel de l'étude

Les maisons de santé pluriprofessionnelles représentent un mode d'exercice médical de plus en plus en plébiscité depuis les années 2000. En Île-de-France, on compte près de 150 MSP. Soutenues par les pouvoirs publics et l'Agence régionale de santé, elles bénéficient également de l'appui du Conseil régional et autres collectivités locales. Cette étude, basée notamment sur une revue de littérature et sur le recueil de retours d'expérience permet de rappeler les principaux enjeux de l'exercice coordonné en MSP et de dresser des pistes d'amélioration du processus de soutien des pouvoirs publics régionaux à ce type de structures.

- Des structures qui répondent aux enjeux de santé publique et aux aspirations des professionnels de santé ;
- Les modes d'exercices collectifs et coordonnés fortement promus par les pouvoirs publics, au niveau national, régional ou plus local ;
- Des éléments d'évaluation largement positifs, notamment lorsque l'exercice coordonné est le plus abouti ;
- Des besoins d'acculturation et de formation aux pratiques collectives ;
- Des financements publics à l'investissement et à l'aménagement qui sont un réel appui pour les porteurs de projet, notamment pour répondre aux enjeux de santé publique et permettre de rendre l'exercice collectif attractif pour tous les professionnels de santé ;
- Des pistes d'amélioration possibles quant à la clarification et à la simplification des processus de demande de ces financements publics ;
- De réels enjeux en termes de temporalité et de souplesse.

Nous remercions Guillaume Chevillard (Irdes) pour sa relecture bienveillante ainsi que l'ensemble des professionnels de santé qui ont accepté de nous faire part de leur retour d'expérience.