# Contextualiser les maisons de santé pluriprofessionnelles dans leur cadre institutionnel : un objet pour plusieurs projets

Isabelle Kustosz

▶ **To cite this version:**

Isabelle Kustosz. Contextualiser les maisons de santé pluriprofessionnelles dans leur cadre institutionnel : un objet pour plusieurs projets. 2016. halshs-01463900

**HAL Id: halshs-01463900**
**https://shs.hal.science/halshs-01463900**

Preprint submitted on 9 Feb 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Contextualiser les maisons de santé pluriprofessionnelles dans leur cadre institutionnel : *un objet pour plusieurs projets.*

**Isabelle KUSTOSZ, Maître de conférences à l'IAE de Valenciennes. Institut du développement et de la prospective. IDP EA 1384.**

**WORKING PAPER – Juillet 2016**

WORKING PAPER

## Introduction

Lors du congrès des fédérations de maisons de santé en mars 2014 à Tours, les professionnels de santé ont témoigné devant une assistance nombreuse d'un regain d'intérêt pour la médecine de soins primaires. On observerait, selon plusieurs interventions, un changement culturel chez les jeunes praticiens notamment[1], plus enclins à se détourner de l'exercice en cabinet isolé au profit de coopérations et de constructions collectives d'outils de suivi du patient[2]. Ces aspirations témoignent aussi d'une reconsidération de l'autonomie du patient basée sur une vision de la santé plus large que la simple offre de soins et moins imprégnée de « paternalisme médical »[3] envers les patients. Elles sont en outre concomitantes des préoccupations des pouvoirs publics pour une réorganisation des soins de premier recours davantage adaptés aux besoins des territoires. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) apparaissent dans ce contexte comme des organisations de santé émergentes susceptibles d'opérationnaliser de telles aspirations. Les médecins et les autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes etc.) seraient 10 % désormais à pratiquer dans de telles maisons de santé dont la loi définit les contours. Un état des lieux chiffré réalisé par la Direction Générale de

[1] Pour mémoire jusqu'en 2002, il n'y a pas en France de spécialités en soins primaires. La spécialisation DES (diplôme d'études spécialisées) de Médecine générale est fixée dans l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Journal officiel de la République française du 6 octobre 2004.

[2] Le rapport de l'IRDES sur l'installation des jeunes médecins de juin 2006 insiste sur le besoin - exprimé de plus en plus fréquemment - de « s'organiser autrement ».

[3] Terme utilisé par un des participants du congrès des fédérations de maisons de santé les 21 et 22 mars 2014 à Tours.

l'Offre des Soins (DGOS) lors des 5èmes journées de la FFMPS le 11 mars 2014 fait état de 436 MSP avec projet de santé recensées, de 616 en 2015 et de 778 en mars 2016.

***Encart 1 – Données de la DGOS en mars 2016 témoignant d'un nombre croissant de MSP***

| **Mars 2014** | **Mars 2015** | **Mars 2016** |
|---|---|---|
| 436 MSP en fonctionnement | 616 MSP en fonctionnement | 778 MSP en fonctionnement |
| Dont 394 avec un caractère pluri-professionnel | Dont 596 avec un caractère pluri-professionnel | Dont 740 avec un caractère pluri-professionnel |
| En moyenne<br>5,1 médecins<br>9,2 paramédicaux<br>1,6 chirurgiens-dentistes<br>3 pharmaciens | En moyenne<br>4,9 médecins<br>9 paramédicaux<br>1,7 chirurgiens-dentistes<br>2,9 pharmaciens | En moyenne<br>5 médecins<br>9,1 paramédicaux<br>1,6 chirurgiens-dentistes<br>2,4 pharmaciens |

WORKING

La maison de santé apparaît en effet comme un instrument de revalorisation du premier recours dans l'esprit de la loi santé qui préconise la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste. La ministre Marisol Touraine lors du début des débats à l'assemblée nationale le 31 mars 2015 évoque quant à elle « une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient ». Le métier de médecin généraliste est en pleine évolution et la loi se propose en effet d'accompagner cette évolution. Les horaires et les rythmes notamment ne sont plus les mêmes qu'autrefois, les consultations sont devenues plus complexes (on observe un glissement de la maladie aigue vers la maladie chronique), justifiant ainsi le fonctionnement en équipes pluriprofessionnelles. La MSP est susceptible d'accompagner une tendance lourde vers le travail en groupe au détriment de l'exercice isolé (54% des médecins généralistes travaillent désormais en groupe contre 46% en exercice isolé). Avec un numerus clausus très contraint, une installation en moyenne à 42 ans, 1500 médecins généralistes environ par an ne sont pas remplacés. Par ailleurs l'attrait grandissant du salariat (généralement chez les jeunes et relativement à la féminisation grandissante de la profession) représente encore une tendance lourde comme en témoigne l'intérêt suscité par la fonction d'urgentiste. La MSP offre des conditions de travail appréciées qui confirment cette tendance à la conciliation vie professionnelle / vie privée : non seulement elle offre un confort relatif par exemple à la possibilité de prendre plus facilement ses congés, à bénéficier d'aménagements de temps de

travail et d'horaires stables, à la possibilité d'être mobile loin du modèle d'acquisition du « cabinet à vie » mais aussi elle permet des échanges en équipe qui évitent les effets de l'isolement et les risques de *burn out* (la profession présente des risques importants d'épuisement professionnel et de suicides). La MSP peut donc être considérée non seulement comme un instrument de revalorisation des soins de premier recours mais aussi d'une nouvelle valorisation du métier de généraliste, et plus généralement des professions du premier recours.

Ce premier chapitre propose d'interroger les cadres institutionnels qui permettent l'émergence et l'implantation durable des maisons de santé pluriprofessionnelles en les articulant voire en les confrontant à la rationalité des acteurs investis dans leur fonctionnement quotidien. Statuts, règles et modes de financement en cours de généralisation et d'institutionnalisation conditionnent en effet le fonctionnement des MSP et ouvrent par conséquent de nouvelles portes vers une prise en charge plus globale de la santé et vers des formes organisationnelles renouvelées. Mais interroger ces cadres institutionnels, c'est aussi faire apparaître des risques de centralisation excessive là où l'autonomie est attendue - ou de contrôle - là où la régulation est souhaitée. Quelles articulations alors entre les acteurs agissant au sein des maisons de santé et les institutions qui en ont la charge ? Tout cela bien entendu dans le cadre de projets de santé répondant aux besoins des usagers, et dont les caractéristiques fluctuent par conséquent selon les populations et les territoires auxquels ils s'adressent.

WORKING PAPER

# 1. Kaléidoscope des logiques institutionnelles à l'œuvre entre santé publique, aménagement du territoire et performance[4]

Les intentions des institutions qui promeuvent et soutiennent les MSP peuvent être considérablement différentes. Entre santé publique, aménagement du territoire et performance des politiques publiques se dessine alors un entrelacs complexe que nous proposons ici de présenter.

Evoquons tout d'abord le contexte d'apparition des MSP. Alors que l'offre de soins primaires est perçue par certains comme la « force du système français »[5] qui s'appuie à la fois sur la proximité et un réseau important de médecins généralistes, les besoins se font néanmoins ressentir de repenser une offre de soins de proximité, encore plus en lien avec le secteur médico-social et d'autres services rendus à la personne (tel que certains pays le proposent déjà et plus particulièrement la Suisse, la Belgique, le Québec – qui seront présentés au chapitre 2).

[4] On définira ici « Performance », au sens du management public, à savoir le fait qu'une politique publique atteigne ses objectifs de façon efficace, efficiente, pertinente.

[5] Terme utilisé par un des participants du congrès des fédérations de maisons de santé les 21 et 22 mars 2014 à Tours.

La « révolution du premier recours » appelée de ses vœux par la ministre de la santé Marisol Touraine[6] le 15 octobre 2014[7] - lors de la présentation du projet de loi de santé en conseil des ministres - doit permettre d'aller vers une plus grande coopération des différents professionnels de santé et vers la création des outils opérationnalisant la coordination et l'innovation au service de la qualité de la prise en charge du patient. Les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent être considérées comme des instruments parmi d'autres de cette « révolution », car elles correspondent à la fois à une attente des professionnels de santé pour plus de coopération, pour un renouvellement des pratiques, pour une conciliation vie privée / vie professionnelle et à une volonté institutionnelle de réorganiser le premier recours en termes d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins. Si certains parlent même du cabinet médical comme d'un « archaïsme en décalage avec l'exercice pluriprofessionnel » (rapport L. Chambaud et F. Schaetzel 2009, p. 17)[8], la fin de l'exercice isolé reste cependant encore un horizon lointain et l'apparition des MSP n'en sonne pas le glas bien qu'elle en pointe néanmoins les limites et qu'elle en propose une alternative.

## 1.1. La loi Hôpital Patients Santé Territoire, catalyseur du développement des MSP en France.

WORKING PAPER

[6] Ministre des affaires sociales et de la santé en mai 2012, son portefeuille est élargi en 2014 aux droits des femmes.

[7] Pierre de Hass, président de la FFMSP, la fédération française des MSP, parle de « révolution des soins de proximité » dans un éditorial du 22 avril 2015, sur le site web de la FFMSP.

[8] Voir également des mêmes auteurs l'article dans Santé, société et solidarité, n°2, 2009, *Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ?* Dossier « La place des usagers dans le système de santé publique ».

***Encart 2 - Définitions de la maison de santé pluriprofessionnelle***

| | |
|---|---|
| Dans la loi selon l'article L6323-3 du Code de santé publique, modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2 | En pratique selon le site de la FFMSP (Fédération Française des maisons de santé pluriprofessionnelles). http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante<br><br>22 juillet 2013 |
| « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils y assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (…) et, le cas échéant, de second recours (…) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.<br><br>Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés (…) Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé.<br><br>Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.» | « Donc, des professionnels de santé, un exercice des soins de premier recours et un projet de santé. Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute,…). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.<br><br>Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. » |

Expérimentées en France en 2007[9] et inscrites dans la loi Hôpital Patients Santé Territoire dès 2009 les MSP comptent parmi les instruments prioritaires du pacte territoire-santé de décembre 2012. Elles répondent aux nombreux enjeux apparus ces dernières années tels que la

[9] Bien entendu des expériences antérieures non instituées ont inspiré le modèle MSP depuis les années 70 notamment en Belgique, mais aussi en France.

permanence des soins, la lutte contre la désertification médicale, l'organisation territoriale de la santé, la coopération entre professionnels du social et de la santé, la réflexion autour de nouveaux modes de rémunération, la prise en charge des maladies chroniques et des situations de dépendance ou de handicap, le développement d'approches préventives, etc. Ces nouvelles formes d'organisation de la santé peuvent regrouper pour ce faire médecins, kinésithérapeutes, diététiciens, infirmiers, voire travailleurs sociaux etc. autour d'un « projet de santé ». Ce projet de santé est propre à chacune d'entre elles c'est-à-dire qu'il se doit d'être, d'une part adapté aux spécificités de la population à laquelle la MSP s'adresse et d'autre part être compatible avec les orientations des schémas régionaux de santé (tel que stipulé dans l'article 39 de la loi HPST du 21 juillet 2009 complétant l'article L6323-3 du code de la santé publique). Ces maisons de santé pluriprofessionnelles, dont le principe pouvait déjà exister à l'initiative d'acteurs audacieux préalablement à la loi, sont donc désormais instituées par la loi et soutenues et légitimées par des instances multiples (Agence Régionale de la Santé, Conseils régionaux, autres collectivités locales et territoriales telles que départements, communes ou communautés de communes, etc.) soucieuses de mieux répondre aux besoins des territoires dont elles ont la charge et dépassant parfois pour ce faire le cadre strict de leurs compétences.

Alors que le contexte d'apparition des MSP en France s'inscrit dans ces rationalités institutionnelles, il est aussi impacté par d'autres rationalités individuelles et collectives. Du côté des institutions, la loi HPST de 2009 prévoit le déploiement des maisons de santé ; un rapport – déjà cité plus haut – est à ce titre confié à Laurent Chambaud et Françoise Schaetzel, membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Ce rapport a la particularité d'être commandé par le Ministre chargé de la santé, et les deux secrétariats d'Etat à la politique de la ville ainsi qu'à l'aménagement du territoire. La prise en compte de préoccupations d'aménagement du territoire dans le dispositif de premier recours et notamment pour améliorer l'accès aux soins, s'accompagne également d'une réflexion sur la performance de ces modèles émergents et sur la mixité des modes de rémunération – entre paiement à l'acte et forfait – qui pourraient s'y développer. Alors que du côté des professionnels de santé, de façon individuelle ou collective, s'exprime le souhait d'une amélioration de la qualité de l'exercice dans un système de premier recours décrit comme « à bout de souffle »[10], sont mis 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 et bien entendu le respect des logiques professionnelles.

L'investissement des institutions dans le développement des MSP s'est ainsi progressivement traduit par la mise en place de cadres fixant leurs périmètres professionnel, organisationnel et territorial : respect d'un cahier des charges national et mise en œuvre d'un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé de la région concernée ; nouveau cadre juridique avec la création d'un statut juridique spécifique permettant notamment la perception de subventions ; évolutions législatives concernant le dossier du patient unique et partagé sous réserve du respect des droits des patients ; nouveaux modes de financement et de rémunération des

[10] Terme utilisé par un des participants du congrès des fédérations de maisons de santé les 21 et 22 mars 2014 à Tours.

WORKING PAPER

professionnels ; incitations financières spécifiques en termes d'aide au démarrage, de mise en place de système d'information ou de soutien à l'investissement (autant d'outils qui seront décrits au chapitre 3 de cet ouvrage). Cet investissement se traduit naturellement par la proposition voire l'imposition d'un cadre normatif qui conditionne l'existence des MSP (autour de critères socle, comme l'utilisation d'un Système d'information labellisé par exemple), régule leur fonctionnement et oriente leur développement.

L'investissement des professionnels de santé, souvent porté par un médecin-leader, renvoie davantage à des considérations d'ordre pratique (voire logistique) ainsi qu'à des considérations d'ordre professionnel (voire déontologique). Du point de vue pratique, locaux bien équipés et bien entretenus, secrétariat et accueil de qualité, soutien administratif autour d'une fonction de coordination, conciliation vie privée / vie professionnelle, arrangements autour des remplacements, constituent autant d'atouts qui sécurisent les professionnels de santé et facilitent leurs conditions d'exercice. Du point de vue professionnel, le désir d'interroger et de faire évoluer sa pratique professionnelle semble également prégnant chez certains. « Confraternité, horizontalisation des rapports entre professionnels, logiciel commun partagé, enrichissement de l'activité, travail collaboratif »[11] sont cités comme autant d'objectifs qui participent à l'amélioration de la qualité des soins prodigués au patient mais aussi d'un renouvellement bénéfique de la façon d'exercer quotidiennement son métier.

Pourtant pour certains autres professionnels de santé, le modèle MSP en développement est aussi un motif de craintes multiples : absorption d'une initiative privée par un « projet public », évolution progressive de l'exercice vers le « non libéral », appréhension d'un exercice placé en permanence sous le jugement des pairs, peur d'un changement de pratiques etc. Ainsi certains professionnels exerçant en MSP, décrivent des situations de désengagement qui nuisent à leur bon fonctionnement (telles que des difficultés à assurer les permanences en salle de soins non programmés par exemple), de charges élevées qui compromettent leur niveau de revenus (telle que l'impression de payer un « loyer à fonds perdus » puisque les professionnels de santé ne sont pas propriétaires des locaux où ils exercent)[12], et encore de chronophagie administrative qui absorbe le temps qui devrait être consacré aux patients (telles que la rédaction de dossiers de subvention, la conception de projets, les évaluations internes et externes à préparer régulièrement).

[11] Verbatims des membres d'un jury de thèse : « Un groupe qui devient une équipe et non pas un agrégat », « Respect, délégation, glissement de compétences, qualité d'organisation et donc élévation vers le haut des compétences », « Une nouvelle philosophie de l'exercice des soins tournée vers la médecine communautaire et l'approche pluriprofessionnelle », « Les gens apprennent à se connaître autour d'un projet commun ». Voir la Thèse de Médecine de Cédric Chaissac soutenue le 8 avril 2014 à la Faculté de médecine de Lille, « Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la MSP de Fruges », sous la direction du Professeur Delette.

[12] Du point de vue des professionnels de santé, qui sont en fait locataires au sein de la MSP, il peut d'ailleurs y avoir parfois le sentiment de payer un loyer à perte là où la logique patrimoniale de l'acquisition d'un cabinet est encore constitutive de l'identité libérale.

WORKING PAPER

La motivation des professionnels de santé à s'investir en MSP semble donc partagée entre le désir de renouvellement susceptible de dépasser les désagréments de l'exercice isolé et la crainte d'une perte d'autonomie professionnelle et financière susceptible de remettre en cause les avantages de l'exercice libéral.

## 1.2. Les institutions impliquées et leur logique institutionnelle

Désormais les MSP sont des formes organisationnelles relativement stabilisées - dont le nombre augmente régulièrement - et soutenues par les partenaires institutionnels suivants : Etat, collectivités, mutuelles.

Bien entendu chacune de ces institutions renvoie à des compétences et à des logiques qui leur sont propres mais elles participent aussi ensemble du cadre normatif et organisationnel proposé aux MSP et que nous allons décrire plus loin en termes de santé publique, d'aménagement du territoire et de performance. L'Etat, qui jouit d'une compétence régalienne sur la santé, manifeste son intérêt pour les soins coordonnés et protocolés à travers la HAS (Haute autorité de santé) et intervient de surcroît à l'échelle déconcentrée via les ARS. Celles-ci ont essentiellement une mission de mise en œuvre du développement des MSP par la validation, l'évaluation, la régulation des projets mais aussi l'expérimentation et le déploiement de dispositifs innovants en matière de mode de rémunération, d'éducation thérapeutique et de coopération entre professionnels. Les collectivités territoriales et les communautés de communes interviennent à l'échelle territorialisée souvent au-delà de leurs compétences obligatoires. Elles s'appuient sur la forte mobilisation d'élus du territoire qu'ils soient généraux, régionaux, communaux ou intercommunaux. Elles interviennent surtout sur les parties investissement immobilier et l'ingénierie initiale de montage de projet ainsi que sur l'accompagnement au développement par l'embauche de personnel de coordination notamment. L'assurance maladie et les mutuelles, que l'on classe ici parmi les partenaires institutionnels, notamment la MSA[13] en milieu rural, fournissent un appui logistique et technique dans les phases de conception, de réalisation, de mise en œuvre et de suivi des projets (kits d'accompagnement, conseil en ingénierie). Après avoir répertorié les différents niveaux institutionnels à l'œuvre, nous allons tenter de comprendre ce qui distingue leurs approches respectives ou au contraire, ce qu'elles présentent de commun. Nous proposons ci-après de faire un focus sur trois logiques distinctes : santé publique / approche territoriale / performance.

La santé publique, premièrement, reste avant toute chose capitale chez les différents acteurs impliqués, tous soucieux d'atteindre un haut niveau de soins de premier recours. Cependant

[13] La MSA (La sécurité sociale agricole) couvre l'ensemble de la population agricole et des ayants droit : non-salariés (exploitants, employeurs de main-d'œuvre) et salariés (d'exploitations, d'entreprises, de coopératives et d'organismes professionnels agricoles).

WORKING PAPER

c'est surtout l'Etat via la HAS et les Agences Régionales de Santé[14] qui supporte cette logique et agit en conséquence sur le périmètre des MSP par la mise en œuvre d'une politique publique appelée à se régionaliser. D'une part, la coordination des soins basée sur une plus grande coopération des professionnels de santé constitue la pierre angulaire du dispositif ; les projets de santé validés par les ARS mais aussi le référentiel d'autoévaluation, la « matrice de maturité », proposé par la Haute autorité de santé (HAS) structurent les initiatives en ce sens (la matrice de maturité est présentée au chapitre 6). D'autre part la prévention et l'éducation pour la santé sont soutenues par des expérimentations autour des nouveaux modes de rémunération là aussi validées voire généralisées par les ARS. D'un point de vue opérationnel, ce cadre institutionnel promeut et vise une meilleure organisation de l'offre de soins de premier recours s'appuyant sur le dossier partagé, les réunions pluridisciplinaires, l'articulation avec l'hôpital, et les pharmaciens, l'association du social et du médico-social. L'implication de l'Etat à l'échelon déconcentré vise un « pilotage unifié de la santé en région » ; il assure de ce fait un rôle normatif puissant permettant progressivement de réformer l'accès et l'organisation des soins de premier recours.

La logique d'aménagement du territoire deuxièmement, s'avère aussi de plus en plus prégnante. Elle préoccupe en premier lieu les collectivités locales et territoriales. Les MSP pourraient en effet agir de manière bénéfique sur les zones les plus fragiles d'une part en organisant une meilleure proximité des soins et d'autre part, devenir un outil adapté à la régulation territoriale des professionnels de santé en favorisant l'attractivité des territoires sur les professionnels de santé. En outre, elles sont aussi potentiellement le lieu d'une nouvelle gouvernance de la santé à l'échelle du territoire par la mobilisation de la société civile et des réseaux associatifs notamment.

La logique territoriale concerne autant l'amélioration de la prise en charge des patients (l'accès au soin notamment et une meilleure articulation entre professionnels de santé), que l'amélioration de l'attractivité des territoires pour les jeunes professionnels dans les situations de succession et de désertification médicale. Régions et communautés de communes soutiennent ainsi des projets immobiliers où il n'est pas rare de trouver des studios pouvant accueillir des internes de médecine par exemple. Mais l'approche par le territoire renvoie encore à d'autres préoccupations que celle de l'attractivité et de l'aménagement du territoire[15].

L'apparition des MSP est également adaptée à une autre échelle : celle de la ville, qui nécessite aussi une réorganisation des soins primaires dans certains contextes où la relation avec le patient est moins ténue et où la collaboration entre professionnels est moins solidaire. Quartiers

[14] Se rapporter au site ARS, http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html. « La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée, dans son article 118, les Agences régionales de santé. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. Les ARS ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système. La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS) »

[15] Notamment afin de réduire les inégalités sociales de santé produites par des déterminants de santé inscrits dans les territoires (OMS-CDSS, 2010) en termes de conditions socio-économiques, culturelles et environnementales (Whitehead et Dahlgren, 1991).

WORKING PAPER

populaires, pauvres, à forte population étrangère ou présentant des spécificités en matière de soins de premier recours (addictions notamment ou encore petite enfance) peuvent également accueillir des MSP qui s'inscriront dans des CLS (contrats locaux de santé) devenus CUCS (contrats urbains de cohésion sociale), et feront l'objet de contractualisations entre l'ARS et la Ville. La MSP apparaît alors comme un outil adapté aux approches populationnelle et communautaire (ces notions seront développées dans le chapitre 3), et par conséquent prompt à soutenir un projet thérapeutique « sur-mesure », spécifiquement construit pour endiguer les inégalités sociales de santé propres à ces territoires urbains.

Cependant associer soin, social, psychologique et culturel, là encore, nécessite non seulement de bien maîtriser la mosaïque d'acteurs impliqués, mais aussi de savoir décoder et faire remonter la demande des populations.

Au fil de ces développements, nous constatons que les MSP semblent particulièrement adaptées pour soutenir les logiques territoriales sous leurs diverses formes. Parce qu'elles peuvent revêtir un caractère multidimensionnel (social, économique, culturel), qu'elles sont potentiellement des espaces d'identification des déterminants locaux de la santé (basé sur la reconnaissance et l'*empowerment* des populations), qu'elles sont encore des lieux d'ancrage pour l'action individuelle et collective, qu'elles sont traversées de réseaux relationnels et institutionnels, les MSP semblent pouvoir répondre à une certaine plasticité organisationnelle et fonctionnelle qui s'accorde aux spécificités et aux évolutions des territoires. Cette approche territoriale progresse encore au travers du rapport Devictor (2014)[16] pour un service public territorial de santé (SPTS), qui promeut un choc de coopération au sein du système de santé et un choc de responsabilisation des acteurs de santé via l'organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » des secteurs sanitaire, médico-social et social placée sous la régulation de l'ARS.

WORKING PAPER

[16] Rapport Bernadette Devictor du 22 avril 2014 sur le service public territorial de santé, sur

http://www.sante.gouv.fr/

***Encart 3 - Extrait d'un site web de communauté de communes, consulté en novembre 2015***

« Création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Le territoire de la Communauté de Communes a été reconnu, en matière d'accès aux soins comme
« zone fragile et déficitaire » par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et a été classé « zone vulnérable » dans le Schéma Régional d'Organisation de la Santé (SROS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Par ailleurs, toutes les communes, membres de la Communauté de Communes, sont à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ou d'un SMUR.

Pour pallier ce manque, les professionnels de santé se sont rapprochés des élus de la communauté de Communes et ont travaillé à la création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Le dossier présenté à l'ARS a été retenu dans son ensemble. En ce qui concerne le projet architectural, le Conseil de Communauté a désigné l'agence XX pour mener la maîtrise d'œuvre du projet. La Maison de Santé Pluriprofessionnelle sera donc implantée sur un terrain situé route Y, en face des locaux de la Communauté de Communes et à proximité de la nouvelle caserne des pompiers. Le permis de construire a été accordé en juillet 2014 et les travaux vont démarrer en mai 2015 pour une ouverture prévue en mars 2016. Le budget prévisionnel de ce projet s'élève à 755 000 euros HT.

Ce projet est financé à 70% par l'Etat au titre de la DETR, du FNADT et du Conseil Général 34. La construction de ce nouvel équipement est une opération blanche pour la Communauté de Communes. En effet, les annuités d'emprunt seront payées par les professionnels de santé au travers des loyers qui leur seront consentis. »

WOR

Enfin et troisièmement, l'apparition des MSP répond à un souci de performance surtout exprimé par des institutions financeuses de la santé publique, bien que cette approche s'avère particulièrement problématique à évaluer. Du point de vue de l'efficience, on évoque souvent le rôle que les MSP peuvent jouer « en théorie » sur la rationalisation du recours aux spécialistes sur la base d'un meilleur diagnostic en premier recours, sur la maîtrise du recours à l'hospitalisation de par leur contribution à l'HAD, sur le désengorgement des urgences du fait d'un meilleur accès au soin, voire sur la diminution de la consommation des médicaments et une meilleure observance, mais les études menées à ce jour restent encore à poursuivre et à conforter. De même il n'est pas du tout évident non plus que les MSP contribuent à réduire le nombre d'actes, bien au contraire la proximité et la qualité de l'accueil et de la prise en charge pourraient contribuer à dispenser plus de consultations. Dans le même ordre d'idées, on note encore que les MSP devaient initialement servir de relais expérimentaux pour la mise en œuvre de paiement au forfait plutôt qu'à l'acte, mais que ces expérimentations ont finalement été

difficilement suivies. Par ailleurs les coûts de création et de fonctionnement d'une MSP sont importants : les coûts d'investissement en termes d'immobilier et d'équipement, auxquels s'ajoutent souvent des coûts d'ingénierie et d'accompagnement (ceux-ci ne s'avèrent pas nécessaires qu'au montage mais bel et bien aussi tout au long de la vie de la MSP) auxquels s'ajoutent encore les coûts de fonctionnement (dont notamment les salaires de secrétariat, de coordination, d'administration mais aussi les autres charges d'autant plus lourdes que le bâtiment qui accueille la MSP sera grand et équipé). Il est finalement possible qu'il y ait majoration des coûts liés à l'exercice en maison de santé, ce qui du point de vue de la performance interroge la notion d'efficience, qui consiste à atteindre les objectifs que l'on s'est fixé avec le minimum de moyens.

La performance en termes de pertinence et d'efficacité pourrait venir en revanche de l'innovation. Le projet de loi 2015 veut d'ailleurs faire le pari de l'innovation avec notamment la reconnaissance de nouveaux métiers[17] comme « les professions paramédicales à pratiques avancées », mais aussi l'objectif d'aller progressivement vers des solutions mixtes entre paiement à l'acte et forfait, voire du salariat, là où les communautés professionnelles sont encore pour certaines très réfractaires comme nous l'avons écrit plus haut (ces innovations seront traitées au chapitre 5).

Ces trois logiques institutionnelles à l'œuvre au sein des MSP s'animent en grande partie dans le cadre d'un dialogue qui transite par les URPS, et la FFMSP. D'une certaine façon les unions régionales des professionnels de santé (URPS) constituent encore un niveau institutionnel prévu par la loi HPST, un niveau qui implique directement les professionnels de santé regroupés en URPS-ML (médecins libéraux), URPS pharmaciens, URPS infirmiers, URPS masseurs-kinésithérapeutes et URPS chirurgiens-dentistes[18]. La mission de ces unions professionnelles de statut d'association loi 1901 est de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et notamment à la préparation du projet régional de santé ainsi qu'à sa mise en œuvre.

WORKING PAPER

[17] Novembre 2002, rapport Berland au ministre de la santé "Démographie des professions de santé". Puis, juillet 2003 rapport Berland au ministre de la santé "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences".

[18] Il est prévu dans la loi HPST, cinq URPS élues par les professionnels libéraux en exercice sous le régime conventionnel : URPS médecins libéraux, pharmaciens d'officines, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes.

***Encart 4 - Le rôle des URPS, extrait du site du Nord-Pas de Calais, http://www.urps5962ml.fr/missions[19]***

« Les unions régionales des professions de santé auront pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre », précise le ministère de la Santé.

Elles participent entre autres :

- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins mais aussi de nouveaux modes d'exercice ;
- à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients ;
- aux actions de prévention, de veille sanitaire, de gestion de crises sanitaires, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ;
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L.4135-4 ;
- au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés ;
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu. »

WORK

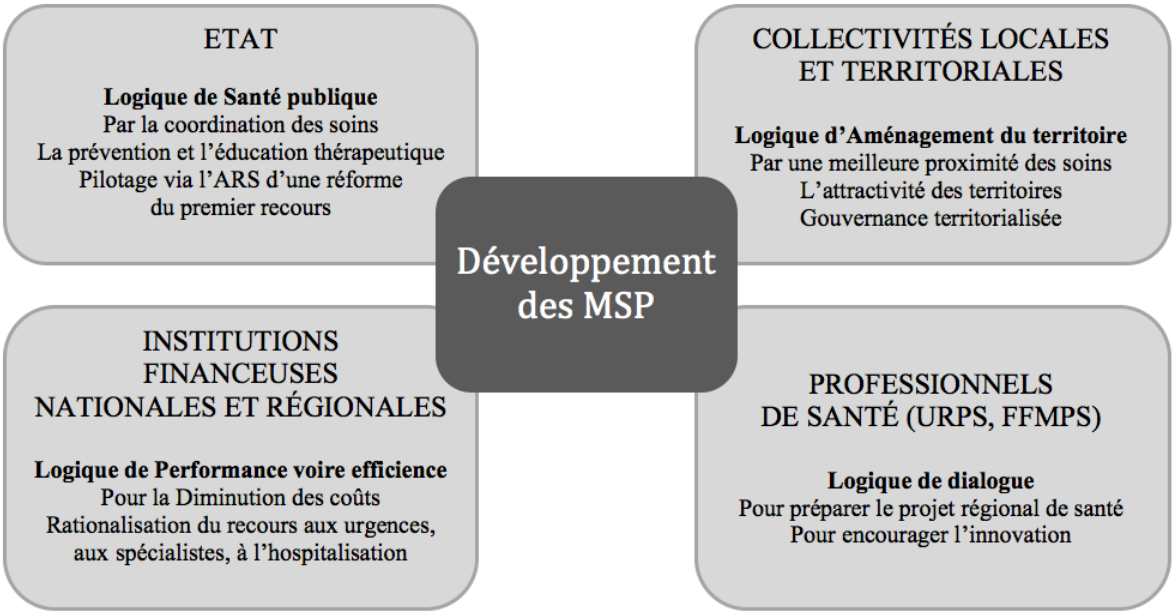
La Fédération française des maisons de santé (FFMS) témoigne au jour le jour de l'avancée des MSP en France au travers de son site web. Elle porte également la réflexion sur la recherche en soins primaires, sur la gouvernance et la place des usagers dans la gouvernance et sur l'innovation en matière clinique et organisationnelle. Elle organise tous les ans un congrès qui témoigne de l'intérêt suscité par les MSP chez les professionnels de santé et qui constitue un terrain d'observation privilégié des évolutions en cours en leur sein.

Voilà donc dessinée la matrice des logiques institutionnelles sur lesquelles s'ancre le projet de développement des MSP en France. Entre santé publique, aménagement du territoire et

[19] De nombreux sites URPS peuvent être aisément consultés sur Internet.

performance, les MSP se situent à la croisée entre des politiques publiques volontaristes dont l'évaluation en termes de performance est encore en cours. Leur modèle en devenir devrait alors intégrer pleinement la dimension « action publique » qui invite à repenser les interactions entre institutions et acteurs.

***Encart 5 - Matrice des logiques institutionnelles à l'œuvre dans le développement des MSP***




## 2. Les MSP, un modèle en devenir entre politiques publiques et action publique

La question de la performance des politiques publiques, basée à partir des années 70 sur la rationalisation des choix budgétaires (RCB) puis sur la modernisation administrative, rencontre aujourd'hui les nouveaux défis qui consistent à mieux intégrer les demandes des usagers, à tempérer la crise de l'Etat providence et à absorber les contraintes imposées par un environnement européanisé et mondialisé. Alors que les préceptes du *new public management* (NPM) préconisent parfois de façon brutale d'appliquer au public les recettes du privé, de responsabiliser les professionnels sur la base des résultats quantifiables à obtenir, d'externaliser le plus grand nombre de fonctions, ou encore de créer des agences exécutives en lieu et place des services publics, on préconise également de façon moins agressive la mise en œuvre d'une réforme des modes de *policy making.* Cette évolution progressive intègre notamment une prise

en compte grandissante de la diversité des acteurs concernés par les politiques publiques, de leur conception à leur évaluation en passant par leur implémentation.

Elle s'accompagne alors d'actions visant à mieux identifier les besoins des destinataires, et à renforcer la coordination entre les différentes politiques. Elle émerge aussi de la prise de conscience de la dépendance à la qualité de l'information, et de l'importance croissante de la fonction d'évaluation, comme de l'implication de la société civile. Aujourd'hui ce changement de point de vue qui consiste à désacraliser la vision *top down* (descendante) imposée par des politiques publiques étato-centrées et directives au profit d'une meilleure compréhension et implication des logiques *bottom up* (ascendante), entre particulièrement en résonance avec les processus de la décentralisation et de la territorialisation susceptibles d'intégrer non seulement la reconnaissance du rôle à jouer par des acteurs diversifiés, mais aussi la reconnaissance d'un partage institutionnel de compétences en vertu du principe de subsidiarité. Les politiques de santé n'échappent pas bien entendu à cette approche, et les MSP en particulier semblent l'illustrer de façon pertinente.

Les projets de santé des MSP, dans la mesure où elles sont potentiellement le fruit d'un partenariat régional voire local, peuvent être coconstruits sur la base d'une réelle implication de tous les acteurs concernés. Habitants (individus et collectifs), acteurs du service public, acteurs du monde associatif, institutionnels, élus, et professionnels de santé peuvent y être pleinement associés. Cependant et pour connaître de longue date les apports de la sociologie de la traduction et de la théorie de l'acteur-réseau[20] (Callon, 1986), on comprend que les nombreuses institutions impliquées et les nombreux acteurs concernés sont porteurs de multiples préoccupations et de nombreux besoins qui - si on veut qu'ils soient compris par les uns et les autres - doivent faire l'objet de nombreuses opérations de traduction. Ainsi on a révélé chez les professionnels de santé l'expression de craintes et de résistances lors de différents comités de pilotage 2013 organisés par les institutions financeuses de projets de MSP et consignées dans des notes de services : « Les professionnels ne sont pas mûrs pour envisager un projet au sens cahier des charges et faire évoluer leurs pratiques » ; « coquille trop petite pour mettre en place leur projet de santé » ; « craintes par rapport aux responsabilités juridiques liées aux bâtiments » ; « le portage par l'intercommunalité semble difficile » ; « les professionnels ne semblent pas intéressés à la vue des investissements personnels à fournir en termes de temps » ; « les professionnels ont peur de se voir salariés si la SISA était formée ». Aboutissant souvent à cette conclusion : « Ils préfèrent faire un cabinet de groupe monoprofessionnel ». Ainsi l'expression de mêmes besoins peuvent s'entendre différemment selon les parties prenantes comme en témoigne l'enquête ci-dessous.

***Encart 6 - Enquête sur les besoins locaux de santé***

[20] Se rapporter à Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Mines ParisTech, les Presses, « Sciences sociales », 2006. Textes rassemblés par le Centre de sociologie de l'innovation, laboratoire de sociologie de Mines ParisTech.

WORKING PAPER

Une enquête sur les besoins locaux de santé menée par l'ORS NPDC (2011, n°26) permet d'identifier les besoins de santé selon la perception des différents groupes d'acteurs professionnels impliqués à savoir les médecins praticiens hospitaliers, les médecins praticiens de ville, les acteurs des structures de prévention, les décideurs territoriaux et les responsables non médecins des structures de soins.

Besoin de coordination et de décloisonnement, besoin de décisions politiques et de développement local, besoin de concertation et de communication, besoin en organisation du système de santé, besoin de méthodologie et de formation, besoin d'observation et d'indicateurs, s'ils sont exprimés et partagés par tous les acteurs, se traduisent localement par des objectifs différents selon le groupe d'acteurs interrogés.

Pour les élus et responsables territoriaux, le besoin de coordination et de décloisonnement par exemple, se traduit en besoin de dialogue et de débat alors que pour les médecins ce même besoin renvoie avant tout à la question de l'articulation entre professionnels de santé. Cette enquête est intéressante car elle donne à voir la complexité systémique dont les MSP doivent précisément se nourrir pour élaborer leur projet de santé et comment elles peuvent être le lieu visible d'un glissement des politiques publiques vers l'action publique.

WORKING P

## 2.1. Observer les MSP dans le cadre de l'action publique

La création des MSP traduit particulièrement une prise de conscience de la part des institutions de la difficulté à mettre en place les politiques publiques au plus près des préoccupations des acteurs. Parce que ces politiques seraient devenues trop hyperspécialisées (sur la base de la séparation entre le sanitaire et le social, entre les spécialités médicales, entre le préventif et le curatif notamment) et trop institutionnalisées (une offre de soin calibrée par l'établissement qui la procure, sans aménagement possible), elles ne répondent pas toujours aux besoins des usagers et des professionnels.

Les MSP en revanche, intègrent la problématique de la proximité avec l'usager, de la pluriprofessionnalité pour répondre différemment aux besoins de santé, et de la décentralisation propice à développer une logique de territoires. Il convient généralement de distinguer le changement de perspective entre politique publique et action publique (Lascoumes et le Galès, 2007) sur la base d'un certain nombre de critères décrivant leur processus d'édification et leur contenu.

L'action publique se caractérise par le nombre et la diversité des acteurs publics et privés, individuels et collectifs sollicités, par les processus de co-construction et de codécision à l'œuvre, par la nature composite des outils sur lesquels elle s'appuie ainsi que par les processus

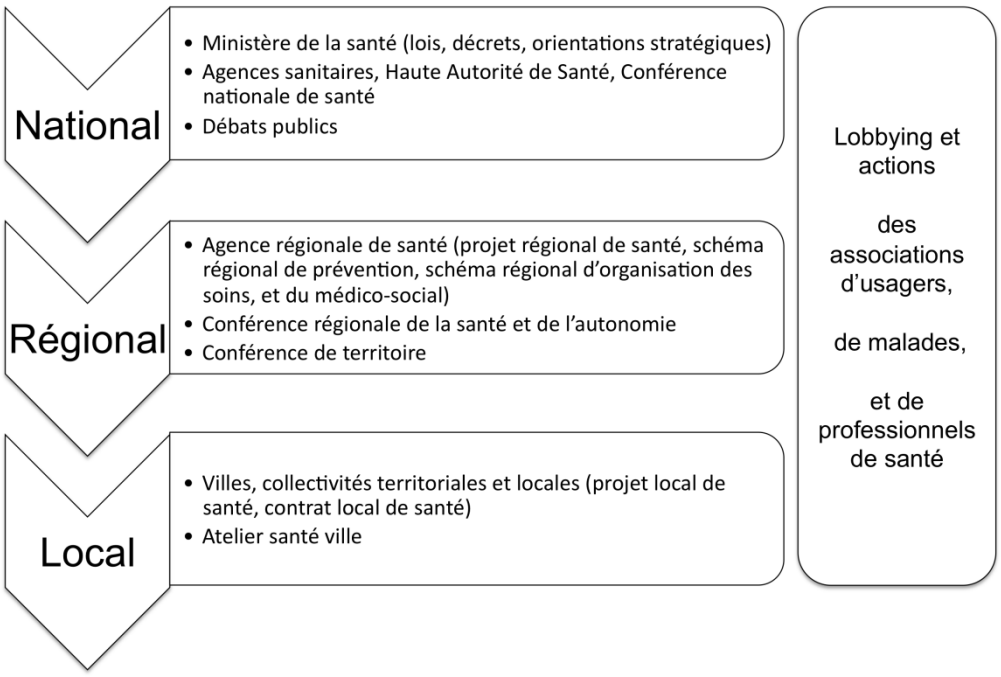
de régulation autres que politiques qui sont à l'œuvre. Alors que la politique publique serait quant à elle le résultat d'une approche plus dirigiste, d'un processus de décision plus centralisé, et d'une distinction plus claire entre décideurs et bénéficiaires.

Observer les MSP du point de vue de l'action publique revient notamment à relativiser le rôle des faiseurs de politiques du fait de leur implication éclatée et multiscalaire (Etat, Etat déconcentré, régions, communautés de communes, collectivités locales). Les MSP ne sont pas le résultat d'une action « top down », décidée de façon unilatérale et orientée d'un seul point de vue mais sont de fait construites collectivement sur la base d'orientations multiples, diversement motivées, et nourries de nombreux allers-retours. Les politiques sanitaires doivent affirmer « la nécessaire dimension collective de la santé », plutôt qu'« une juxtaposition de colloques singuliers entre un patient et un soignant » (Rayssiguier, Jégu, Laforcade, 2011, p. 338), elles ne sauraient se réduire à un pur décisionnisme politique unilatéral. Les MSP semblent pouvoir contribuer à mettre cette dimension collective en mouvement. En outre l'approche « action publique » permet de prendre la mesure de la complexité de l'entrelacs composé de partenaires publics et privés investis, dont l'expression des intérêts, les modes de négociation ou de régulation sont parfois compatibles mais aussi parfois contradictoires. La collaboration avec une association de quartier n'est certes pas de même nature que celle qui s'établit avec un hôpital, une pharmacie ou un médecin généraliste pratiquant en cabinet isolé.

Enfin cette approche permet encore d'analyser la diversité et l'éclatement des moyens organisationnels et des ressources mobilisées. Les MSP sont en effet organisées sur une grande diversité de dispositifs, selon une polyarchie institutionnelle entraînant une régulation multipolaire. Mais participant d'une construction collective, elles offrent la possibilité de confrontations de logiques contradictoires qui dépassent la séparation classique entre pouvoirs publics, société et marché ou entre institutions et organisations. Les nombreux dispositifs et outils à l'œuvre, les processus de codécision et enfin la participation des parties prenantes à la définition des objectifs inscrivent bien les MSP dans un cadre d'action publique plutôt « bottom up ». L'action publique traduit alors une complexité systémique qui s'exprime positivement. Pourtant par bien des aspects elle souligne aussi les difficultés de mise en œuvre puisqu'elle peut conduire à une excessive fragmentation des outils, à l'ambigüité persistante du statut des parties prenantes impliquées, à l'illisibilité des processus de décisions qui en découlent, à la dilution des responsabilités, comme à l'éclatement des modes d'implémentation difficiles par conséquent à maîtriser et à évaluer.

***Encart 7 - Les acteurs dans les politiques de santé et dans les établissements sanitaires et sociaux***

WORKING PAPER




*Se rapporter pour un schéma plus complet à Patrick Vuattoux (dir.) Petit guide de la participation en santé de proximité. Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), 2015. p. 20*

WORKING P

Nous venons de montrer que la MSP illustre bien une approche en termes d'action publique adaptée à la santé publique. Pourtant on observera aisément que certaines caractéristiques propres aux politiques publiques y persistent encore : la référence à un cadre général surplombant l'action de proximité (Rôle de l'Etat), les dispositifs formatés qui conditionnent les critères d'accessibilité aux ressources notamment, les mesures prescriptives en termes d'accréditation et d'évaluation, les objectifs et les buts à atteindre qui dépassent le seul ancrage territorial pour rencontrer des préoccupations nationales sont des éléments qui attestent d'une approche encore marquée par un volontarisme centralisé et par une approche « top down ». C'est que l'action publique, même si elle participe bel et bien d'un mouvement ascendant, reste malgré tout instrumentée, comme ont pu le montrer Lascoumes et Le Gales dans leur ouvrage de référence « Gouverner par les instruments »[21]. Les instruments d'action publique ne sont pas

[21] « Nous entendons par « instrumentation de l'action publique » l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale. (…) A titre indicatif, on peut dresser un catalogue minimal de ces instruments : législatif et réglementaire, économique et fiscal, conventionnel et

neutres dans la mesure où ils sont conçus à partir d'ensembles de valeurs, et qu'ils mettent en œuvre des systèmes de régulation qui diffusent ces valeurs. C'est pourquoi on peut dire des instruments d'action publique qu'ils sont à la fois des dispositifs techniques et des dispositifs sociaux. Les MSP peuvent être considérées de ce point de vue comme un instrument qui traduit des préoccupations institutionnelles plus vastes que le champ de leur propre action[22]. Ainsi si elles sont le lieu de l'action collective de terrain, elles sont aussi le lieu d'opérationnalisation de l'action gouvernementale. Considérer les MSP comme un instrument d'action publique, servant ici la réforme du système de santé français, revient donc à les voir comme un outil à la croisée entre l'action politique et l'action citoyenne[23]. Concrètement cette instrumentation s'opérationnalise dans la production de nouveaux outils de pilotage, de programmation, d'évaluation, de nouveaux schémas de financement ou modalités de contractualisation partenariale. Or il n'y a pas bien entendu de neutralité dans ces choix opérationnels, il y a bien au contraire un grand volontarisme dans le champ de l'élaboration de cette instrumentation qui formate les formes opérationnelles de projets, d'évaluation et de pilotage.

C'est pourquoi en dépit de la complexité des processus de décisions à l'œuvre, de l'interpénétration de plusieurs niveaux de gouvernement, de la diversité des acteurs impliqués et des intérêts qu'ils mobilisent[24], des processus de négociation par lesquelles elles se construisent, les MSP entendues comme instruments d'action publique, restent contraintes par une réforme qui s'avère normative malgré tout. Pourtant ce volontarisme réformateur n'aboutit pas toujours aux résultats escomptés ; et la mise en œuvre de la réforme, bien qu'instrumentée et outillée, reste impactée par la résistance du terrain. La diversité des intérêts à l'œuvre chez les différentes parties prenantes qu'elles soient conceptrices ou bénéficiaires de l'instrument produit un jeu ambigu qui mêle parfois des intérêts agonistiques. Certains acteurs entrent alors

---

incitatif, informatif et communicationnel. (…) L'action publique est un espace sociopolitique construit autant par des techniques et des instruments que par des finalités, des contenus et des projets d'acteur (…) Un instrument d'action publique constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascoumes, Le Galès, 2004, pp 12-13.)

[22] « On distingue généralement outil et instrument dans le domaine de l'action publique. L'outil répond à une logique fonctionnelle et permet la réalisation d'une action ciblée conformément à un ensemble de règles de gestion codifiées. L'instrument d'action publique quant à lui, a une portée plus générale, de coordination des outils de gestion, dont la portée est à la fois technique et sociale puisqu'il organise les rapports entre la puissance publique et ses destinataires » (Lascoumes et Le Galès, 2005).

[23] Cette approche par l'instrumentation de l'action publique nous renvoie à la notion de référentiel d'action publique selon Pierre Muller. Ce dernier définit le référentiel comme une représentation générale constituée de valeurs et de croyances, à partir desquelles se construisent des normes dominantes, elles-mêmes opérationnalisées dans des « algorithmes » c'est-à-dire dans des modalités d'action et partagées par diffusion d'images cognitives parmi les acteurs/opérateurs concernés. Les politiques publiques – Pierre Muller – PUF – Que sais-je ?

[24] Des schémas fort utiles à l'identification des nombreux acteurs impliqués sont accessibles dans Patrick Vuattoux (dir.) *Petit guide de la participation en santé de proximité.* Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), 2015. Sur http://www.femasac.fr

WORKING PAPER

en conflit avec les valeurs véhiculées, ou au contraire y adhèrent ou encore s'y conforment par opportunisme tout en essayant de contourner ou d'éviter l'objet du conflit axiologique.

## 2.2. Des intentions politiques aux réalités de terrain

Nous l'avons vu précédemment les enjeux liés à l'implantation des MSP relèvent de préoccupations de santé publique, de territorialité et de performance. Mais ces préoccupations quand elles sont confrontées aux réalités de terrain, lors de la mise en œuvre et du fonctionnement des projets, peuvent être détournées de leur but voire contournées et finalement la conformation aux instruments d'action publique peut se révéler n'être que de façade. *« On déguise trop souvent des maisons médicales en maison de santé »* (ECF-CS) souligne une coordinatrice de MSP insistant ainsi sur la conformation de façade qui vise à « habiller » un cabinet de groupe en MSP. Mais hormis cet état de fait, on peut alors légitimement se demander si les MSP, même quand elles remplissent le cahier des charges imposé, produisent nécessairement une plus-value pour la santé, pour le territoire et pour la performance ? Bien que l'impact des maisons de santé sur la qualité des soins, le maillage territorial et l'efficience globale du système de santé soit encore l'objet de recherche en cours et qu'il ne soit que partiellement documenté (L'IRDES contribue grandement à ces recherches), nous allons tenter de repérer où pourraient se situer les points de friction entre intentions stratégiques et réalités de terrain.

Premièrement, en matière de santé, les MSP via leur projet de santé, proposent un exercice coordonné tourné vers la prise en charge globale du patient, s'appuyant sur la prévention et le suivi des pathologies chroniques. Elles participent d'un projet de réforme du système de santé revalorisant les soins ambulatoires et de premier recours dans une perspective de continuité des soins dans les zones en difficulté, qu'elles soient rurales ou urbaines. Exercice pluriprofessionnel, présence du médicosocial, délégation des tâches, éducation thérapeutique, renforcement de la fonction d'accueil, télémédecine sont présentés comme gages d'une amélioration de la qualité des soins. Le dispositif de partage d'information sécurisée via le dossier médical commun, favorisé par les MSP, permettrait aussi une amélioration de la qualité ; on évoque par exemple moins de « iatrogénie médicamenteuse », une « meilleure prise en charge des cas complexes », moins de « redondance thérapeutique », une meilleure « observance médicamenteuse » … (ECF-CS).

Pourtant on entend aussi des médecins se plaindre de ne pas bénéficier d'assez de « temps médical » dégagé. La question du « temps médical » constitue un enjeu prioritaire pour les MSP en même temps qu'un point de friction. Les obligations d'administration et de coordination qui incombent aux MSP se révéleraient chronophages. A la question *« Le système maison de santé permet-il de dégager plus de temps médical ? »* posée par un représentant de l'ARS, un médecin répond : *« Le nombre de visites continue d'augmenter du fait d'une population vieillissante. Par ailleurs le développement du SIAD (services infirmiers à domicile) et de l'HAD (hospitalisation à domicile) prend aussi du temps médical. L'éducation thérapeutique, c'est bien, mais cela prend aussi du temps de soin. Idem pour la maîtrise de stage d'internat et la direction de thèse. Donc le*

WORKING PAPER

*problème du temps médical disponible n'est pas résolu »* (MSP, Visite in situ, 3 avril 2014). Certains dispositifs de délégation des tâches sont qualifiés par le même médecin *« d'usine à gaz »* : *« C'est une usine à gaz, qui remet en question l'exercice libéral et induit une subordination de l'infirmier. Je préfère des aides en termes de soutien ou d'accompagnement personnalisé pour l'informatique par exemple».* Le même médecin évoque encore peu de coordination par réunions pluriprofessionnelles sur d'éventuels cas complexes, peu de coordination formalisée sous forme de séances de travail ou de réunions, et toujours beaucoup d'actes délivrés (50 par jour / par médecins / 6 jours sur 7) pour une patientèle pleine à craquer.

Deuxièmement, y a-t-il plus-value pour l'aménagement du territoire ? Dans la logique de proximité qu'elles mettent en œuvre, les MSP sont censées répondre en plus des questions d'accès aux soins, aux problèmes de démographie médicale, en particulier pour la médecine générale en milieu rural. Mais il ne faut pas se faire d'illusion sur l'attractivité immédiate qu'elles peuvent représenter pour les jeunes médecins notamment. La maison de santé est *« un super outil »*, mais ne peut répondre seule à la question de l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins. *« Une maison de santé est un argument fort, mais pas un argument suffisant »*. Savoir si les MSP sont susceptibles de maintenir et d'attirer les médecins sur le territoire, c'est d'abord se demander si ces derniers le souhaitent. Quelles sont les mesures incitatives qui les retiennent vraiment ? Proposer un appartement pour les internes de médecine peut-il au delà de la durée du stage, inciter à moyen et long terme à l'installation dans des territoires fragilisés ? La qualité des équipements, le partage de la patientèle et la mise en place de modalités de substitution entre médecins, les possibilités de prendre plus de congés, l'allégement des tâches administratives sur une équipe constituée à cet effet constituent autant d'atouts indéniables dont on ne mesure pourtant pas encore aujourd'hui l'impact sur l'installation en zone rurale. Il reste encore à noter une autre limite : certains estiment que si elles luttent bel et bien contre la désertification, les MSP ne sont pas exemptes du *« risque de polariser l'offre locale sur un centre unique asséchant le territoire alentour »* (Autès, Dufay, 2009)[25]. Est-ce à dire qu'elles pourraient à terme aboutir à une offre unique sur un territoire donné ? C'est sans doute un effet pervers qu'il faudra anticiper.

Troisièmement enfin, y a-t-il plus-value de nature organisationnelle et économique ? Dans la loi HPST article 51, les projets de protocole de coopération entre et à l'initiative des professionnels de santé doivent permettre aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient dans une perspective d'amélioration de la qualité des parcours de soins. Le taux de substitution (substitution du médecin traitant par un autre médecin en MSP) peut mesurer ce niveau de coopération. S'il y a bien une réelle aspiration à plus de partage de moyens et de connaissances chez les professionnels de santé soucieux de faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur carrière, ce qui se traduit par plus de travail en équipe et en partenariat, une formalisation rigoureuse reste indispensable. La protocolisation peut alors parfois être perçue comme une contrainte difficile à mettre en œuvre. Sur le plan économique, les MSP bénéficient

[25] Santé publique, volume 21, supplément n°4, juillet-août 2009.

WORKING PAPER

de dispositifs permettant d'adapter des modes de rémunération à des nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux et de valoriser par une rémunération plus adaptée certaines missions (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique, coordination) ; mais il n'est pas évident que ces dispositifs entrainent une plus grande maîtrise des coûts de santé et notamment du nombre d'actes délivrés.

Relativement au repérage des résistances et des difficultés précédemment présentées, un gros effort d'évaluation de l'impact des MSP est régulièrement mené par l'IRDES depuis plusieurs années. Plusieurs études et publications, en économie de la santé notamment, attestent de leurs effets positifs en testant plusieurs hypothèses, dont l'hypothèse d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels (Bourgueil et al., 2009), l'hypothèse d'une plus grande attractivité sur les professionnels (Chevillard et al., 2013), l'hypothèse d'amélioration des soins et services (Afrite et al., 2014), l'hypothèse de gains en matière de productivité et de dépenses (Mousquès, 2015), et l'hypothèse d'une meilleure qualité des pratiques des médecins généralistes (Mousquès, 2015). Ainsi ces études se proposent de mesurer l'impact sur l'équilibre vie personnelle / vie professionnelle, sur l'accessibilité horaire, sur la coopération généraliste / infirmier, sur l'étendue de l'offre de soins, sur la densité de médecins généralistes, sur la productivité, l'efficience et la qualité des pratiques des médecins généralistes notamment la dépense ambulatoire et l'efficience de la prescription. Mais leurs auteurs, avec beaucoup de rigueur méthodologique (Afrite et al., 2013), travaillent encore à conforter leurs designs de recherche quasi-expérimentaux.

WORKING PAPER

# CONCLUSION : De la plasticité des MSP

Les MSP surgissent de l'entrelacs de plusieurs préoccupations. Elles sont un objet « multipurpose » comme le dirait Christopher Hood (1998)[26], à savoir qu'elles répondent tout à la fois - tel un objet qui aurait plusieurs projets - à la problématique de démographie médicale en baisse[27], à la chronicisation des pathologies, au développement de l'ambulatoire, à la permanence des soins sur un territoire, à l'articulation des soins de premier recours avec la prévention et la promotion de la santé, et aux évolutions culturelles et professionnelles des professionnels de santé de plus en plus attirés par l'exercice en groupe pour plus de collégialité et moins d'isolement. Leur caractère « multipurpose » garantit d'une certaine façon une obligation constante d'évolution. De nombreux acteurs insistent sur la nécessité d'y maintenir une mobilité des idées et une plasticité des formes qui vont au-delà des modèles préconisés, défendant l'idée qu'il n'y a pas de modèle unique de MSP. Ainsi des élus régionaux préconisent une certaine souplesse (Autès et Dufay, 2009, p. 21)[28]. Mais au côté de ces fonctionnalités nouvelles à intégrer régulièrement, il apparaît que c'est sans doute les modes de régulation en jeu au sein des MSP, qui permettent l'expression d'acteurs diversifiés, qui sont susceptibles de maintenir cette souplesse. La multiplication des instances de tutelle, de représentation, d'accompagnement (Tabuteau, 2013) est propice à maintenir la plasticité des MSP, comme moyen de répondre aux spécificités et aux singularités des territoires et des projets.

Ce sont ces modes de régulation repensés sur les territoires et entre institutions, professionnels et société civile, qui semblent permettre à la fois un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation de la médecine libérale (Clément, Couralet, Mousquès, Pierre, Bourgueil)[29] et une adéquation entre besoins populationnels et souhaits des

WORKING PAPER

[26] Le terme de « *multipurpose* » renvoie aux travaux de Christopher Hood (1998. The Art of the State. Oxford: Oxford University Press).

[27] DRESS. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Etudes et résultats ; novembre 2004.

[28] « Diverses fonctions peuvent aussi s'ajouter : organiser la permanence des soins (maison de garde), 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 pré-urgence avant l'intervention du SAMU… »

[29] « Au-delà de la forte hétérogénéité des structures, en termes de localisation, taille et activité, nous constatons : un équipement supérieur à la moyenne, des plages d'ouvertures élargies et des pratiques coopératives le plus souvent informelles. A activité comparable, les médecins des MSP déclarent prendre plus de jours de congés. Plusieurs types de pratiques collectives sont repérables selon le niveau de « substitution » des médecins entre eux. En conclusion, l'organisation au sein des MSP étudiées permet un équilibre différent entre temps de travail et loisirs pour les médecins, tout en augmentant l'accessibilité horaire et annuelle aux patients de la MSP ». Santé publique. Volume 21. Supplément 4, Juillet Août 2009.

professionnels (Vuattoux et Magnin)[30]. Plus qu'un défi organisationnel, il s'agit aussi d'un défi humain, comme le souligne Didier Tabuteau (cité par Le Monde, 24 février 2016) : « L'enjeu va bien au-delà d'une simple réorganisation. C'est un enjeu de réconciliation ».

WORKING PAPER

[30] Une fédération régionale des maisons de santé : regards sur l'expérience franc-comtoise. Santé publique, 2009, vol 21. « (…) ce qui a été longtemps une plaie dans l'organisation des soins – un face à face infructueux entre corporatisme d'un côté et tentation dirigiste de l'autre » (Vuattoux et Magnin, 2009, p S77)

# Références bibliographiques :


Afrite A. et al., 2013, « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des nouveaux modes de rémunération », IRDES, *Questions d'économie de la santé,* n°189, juillet-août.

Afrite A. et Mousquès J., 2014, « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°201, septembre.

Akrich M., Callon M., et Latour B., 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Mines ParisTech, les Presses, « Sciences sociales », 2006. Textes rassemblés par le Centre de sociologie de l'innovation, laboratoire de sociologie de Mines ParisTech.

Autès M., Dufay M-G., 2009, « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », *Santé Publique,* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 17-25.

Berland Y., 2003, Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », *La documentation française*.

Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmad A., 2006, Rapport « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, n°534.

Bourgueil Y. et al., 2009, « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°147, p. 1-8.

Chambaud L., Schaetzel F., 2009, *Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ?* Dossier « La place des usagers dans le système de santé publique », *Santé, société et solidarité*, n°2.


WORKING PAPER

Chambaud L., Schaetzel F., 2009, Rapport « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », IGAS.

Chaissac C., 2014, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, « Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges », Présentée et soutenue publiquement le 8 avril 2014 à 16 heures au Pôle formation Lille Droit et Santé.

Chevillard G. et al., 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°190, septembre.

Devictor B., 2014, Rapport « Le service territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé », Ministère des affaires sociales et de la santé.

Hood C., 1983, *The tools of government, public Policy and politics*, Macmillan.

Lascoumes P., Le Galès P., 2004, *Gouverner par les instruments*, SciencesPo Les Presses.

Lascoumes P., Le Galès P., 2007, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin.

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

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Mousquès J. et al., 2014, Rapport « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », IRDES, n°559, décembre.

Mousquès J., 2015, « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière d'activité et de dépenses. Résultats de l'évaluation

WORKING PAPER

des sites participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°210, juin.

Muller P., *Les politiques publiques*, PUF, Que sais-je ?, Réédition 2013.

ORS, 2011, « Les besoins de santé », *Observatoire régionale de la santé en Nord-Pas de Calais*, n°26

Rayssiguier Y., Jégu J., Laforcade M., 2012, *Politiques sociales et de santé, comprendre et agir*, Presses de l'EHESP.

Rosier F. (2016), « Maisons de santé : le défi des soins coordonnés », Science et Médecine, Le Monde, mercredi 24 février 2016.

Stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Tabuteau D., 2013, « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, ESKA.

Trottier L-H., 2013, « La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau ; Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle », *IPCDC, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences*, Québec, Canada.

Vuattoux P., Magnin C., 2009, « Une fédération régionale des maisons de santé : regards sur l'expérience franc-comtoise », *Santé publique*, 2009, vol. 21.

Vuattoux P., 2015, (dir.) *Petit guide de la participation en santé de proximité,* Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), sur http://www.femasac.fr

WORKING PAPER

## Sigles utilisés :

DMP : Dossier médical partagé

DES : Diplôme d'études spécialisées de médecine générale

ETP : Education thérapeutique du patient

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

NMR : Nouveaux modes de rémunération

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

DGOS : Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé

ARS : Agence régionale de la santé

HAS : Haute autorité de la santé

FFMSP : Fédération française des maisons de santé pluriprofessionnelles

MSA : Mutualité sociale agricole

MKI : Médecin / Kinésithérapeute / Infirmier

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SPTS : Service public territorial de santé

FIQCS : Fond d'investissement à la qualité et à la coordination des soins

SROS : Schéma régional de l'organisation des soins

SROMS : Schéma régional de l'organisation médico-sociale

SRP : Schéma régional de la prévention

URPS : Union régionale des professionnels de santé

WORKING PAPER