



# LA PLACE DES MAISONS DE SANTÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS

**Journée d'étude régionale**

Jeudi 12 mars 2009

Domaine de l'Asnée, Villers-lès-Nancy (54)

---

**Cinq expériences de maison de santé en Lorraine :  
entre dynamismes et réalités**

**Dr. Michel Trouillard (ORSAS-Lorraine)**

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>Méthodologie de l'enquête</b>	<b>5</b>
<b>I - MAISONS DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS</b>	<b>6</b>
<b>1 - Maisons de santé : leur place dans l'accès aux soins</b>	<b>6</b>
1.1 - De quels soins parle-t-on ?	6
1.2 - Accès aux soins et zones médicales déficitaires	7
1.3 - Place revendiquée par les maisons de santé dans les soins primaires	7
<b>2 - Accès aux soins et besoins de pluridisciplinarité</b>	<b>9</b>
<b>II - LES DYNAMISMES PORTEURS DES PROJETS LORRAINS DE MAISON DE SANTÉ</b>	<b>12</b>
<b>1 - La conjonction des attentes vers un projet global d'offre de soins</b>	<b>12</b>
1.1 - Les arguments des professionnels de santé	12
1.2 - Les arguments des communes ou communautés de communes	13
1.3 - Le partenariat dans le montage du projet	14
<b>2 - Un projet global sous-tendu par un projet de santé</b>	<b>16</b>
2.1 - Projet de santé : la place des usagers dans son contenu	16
2.2 - Projet de santé et pluridisciplinarité : pour quelle plus-value ?	17
2.3 - Projet de santé et pluridisciplinarité : avec quelle équipe ?	18
2.4 - Projet de santé : avec quels partenaires médicaux extérieurs et pour faire quoi ?	20
<b>III - DYNAMISMES ET RÉALITÉS OU LA TYRANNIE DE CHRONOS</b>	<b>22</b>
<b>1 - La durée et le chevauchement des processus créatifs de la structure</b>	<b>22</b>
<b>2 - Le fonctionnement de la structure : entre motivations, lourdeur et bénévolat</b>	<b>24</b>
2.1 - Le secrétariat : un rouage essentiel des maisons de santé	24
2.2 - Le temps de coordination de l'équipe pluridisciplinaire	25
2.3 - Maison de santé et temps professionnel	25
<b>IV - DYNAMISMES, RÉALITÉS, PERSPECTIVES</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>29</b>



# Introduction

---

Depuis 2005, le Pôle Européen de Santé (PES) a réalisé un certain nombre de travaux, notamment des journées d'étude, concernant la coordination des acteurs de santé. L'organisation des réseaux de soins en 2005, la mise en place des coordinations entre les différents acteurs de la santé dans le cadre des réseaux en 2006 et la place de l'utilisateur des réseaux de santé en 2007. Dans la continuité de cette problématique d'ensemble, le comité de pilotage du Pôle Européen de Santé a souhaité étudier la place occupée par le concept naissant de « maisons de santé pluridisciplinaires en Lorraine », et le rôle que ces dernières pourraient être amenées à jouer dans l'organisation territoriale des soins apportés à nos concitoyens.

La préoccupation du PES s'inscrit là dans une continuité de réflexion dominée par une problématique à la fois simple dans sa formulation mais complexe dans sa mise en œuvre : comment se créent des liens entre les différents acteurs du monde sanitaire et social pour répondre aux exigences de qualité, de pertinence et d'efficacité posées par l'évolution des dispositifs de soins ? Comment se coordonnent toutes ces dynamiques, aussi variées que celles de la médecine ambulatoire et hospitalière, de la médecine de premier recours et la médecine de spécialité, du monde sanitaire et social ? Comment faire surtout pour que tous ces acteurs convergent pragmatiquement vers un seul objectif : offrir des soins de qualité à toute personne vulnérable quel que soit son environnement, recentrer l'utilisateur au cœur de toutes les pratiques en tant que sujet à part entière, et ce avec un souci permanent d'équité, d'humanité et d'efficacité dans sa prise en charge.

L'intérêt du PES pour les maisons de santé, c'est-à-dire pour un concept naissant où l'exercice pluridisciplinaire est l'argument majeur, relève donc des mêmes problématiques que celles que le Pôle abordait dans ses études antérieures. Il s'agissait avec les travaux sur les réseaux d'étudier les contributions transversales des compétences autour de la prise en charge coordonnée des patients de l'hôpital à leur domicile.

Les maisons de santé tentent de répondre à une question similaire, mais cette fois au plus près des patients et presque dans leur univers normal de vie. Cette ébauche de réponse s'inscrit dans une réalité nouvelle qui touche l'organisation territoriale même des soins : le problème de la désertification médicale de certains territoires, sous l'effet d'une démographie médicale jugée inquiétante, est en effet indissociable des préoccupations des acteurs de l'offre de soins primaires dans ces territoires et de la qualité d'exercice qu'ils peuvent avoir, souhaiter renforcer ou vouloir préserver. Dès lors, comment peut se résoudre au bénéfice de l'utilisateur l'équation entre les besoins de santé authentifiés sur les territoires et la pérennité de l'offre de soins ? Comment finalement le concept récent et encore naissant de maison de santé pluridisciplinaire se situe-t-il comme solution possible à un accès aux soins pérenne, et ce quel que soit le territoire lorrain considéré ? Comment justement s'articulent les impératifs de l'organisation territoriale des soins, dont ont la charge les élus, les communautés territoriales et les responsables institutionnels, et le désir

légitime des professionnels de la santé de « travailler mieux ensemble » autour d'un projet de santé territorialisé ? Comment se crée ce partenariat, inédit il y a peu, entre les professionnels de santé libéraux et les représentants des collectivités territoriales ? Comment peut-il préfigurer ou concrétiser la coopération inscrite dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » ? Comment, finalement, les maisons de santé trouvent-elles une place de choix dans la continuité des soins, voire, également, dans l'organisation des soins urgents ?

Pour apporter des éléments de réponse à ces diverses interrogations, le comité de pilotage du PES a décidé la mise en place d'une enquête exploratoire auprès des acteurs de cinq expériences de maisons de santé en Lorraine, structures opérationnelles ou encore au stade de projet. L'objectif est de comprendre, de manière pragmatique, comment chacune d'entre elles a été conçue, imaginée, implantée et comment chaque modèle d'organisation et de fonctionnement a pu être adapté aux réalités humaines, matérielles, contextuelles de l'exercice en commun. Cette démarche permet d'approcher la portée de ce concept en tant que solution à une amélioration de l'accès aux soins sur les territoires lorrains. Mais cela facilite également la mesure de l'écart éventuel entre la teneur des projets initiaux, leur portée conceptuelle en matière d'accès aux soins et la réalité vécue.

## Méthodologie de l'enquête

Pour mener à bien cette étude exploratoire, des entretiens ont été réalisés avec cinq responsables de projet de maison de santé. Le choix des structures enquêtées a été mené à partir de trois critères complémentaires en termes d'enseignements possibles : le statut de la structure, l'opérationnalité de cette dernière et la diversité des modèles conceptuels de fonctionnement d'une maison de santé.

Cerner des modèles différents avait pour finalité de multiplier les regards possibles sur le concept même d'exercice pluridisciplinaire. Nous avons ainsi rencontré quatre responsables de projet s'inscrivant dans le modèle libéral, et un autre dans une structure de professionnels de santé salariés, gérée par une société de secours minière. Les centres de santé miniers sont, en effet, implantés depuis longtemps en Lorraine et présentent, de ce fait, un modèle historique de l'exercice de la pluridisciplinarité.

Le deuxième critère tient à l'opérationnalité des structures. Mis à part les centres de santé miniers, qui sont implantés depuis les lendemains de la seconde guerre mondiale, deux maisons de santé libérales étaient opérationnelles depuis respectivement 2005 et 2008, et deux autres n'en étaient qu'au stade d'ingénierie avancée à l'époque des rencontres. La volonté de rencontrer des maisons de santé à des stades diversifiés de leur élaboration obéissait à une volonté de mieux cerner l'évolution des difficultés rencontrées par les promoteurs tant en termes de montage du projet, de financement, que d'appropriation par les nouveaux de l'expérience des plus anciens.

Le troisième critère de choix était en lien soit avec une originalité d'organisation, soit avec un modèle inédit de partenariat, soit avec une histoire particulière l'inscrivant presque naturellement dans la logique du fonctionnement pluridisciplinaire.

Ont ainsi été rencontrées :

- MS1 : le Pôle de santé de Vigneulles-lès-Hattonchatel dans le département de la Meuse : modèle libéral, opérationnel depuis 2005, en milieu rural, dont la particularité est d'avoir mutualisé son secrétariat avec d'autres maisons de santé.
- MS2 : la maison de santé de Vicherey, dans le département des Vosges, modèle libéral et opérationnel depuis juin 2008, est née de l'extension d'une expérience novatrice en son temps de pluridisciplinarité en milieu rural et d'un partenariat actif avec la communauté de communes de Colombey-les-Belles.
- MS3 : la maison de santé de Brin-sur-Seille, aux confins de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle : modèle libéral et rural encore au stade d'ingénierie, particulier par l'implication forte du maire dans la conception du dossier.
- MS4 : la maison de santé de Cirey-sur-Vezouze dans le département de la Meurthe-et-Moselle est encore au stade de projet. Il s'agit d'un modèle libéral dont la particularité est d'avoir développé un projet de partenariat fonctionnel avec l'hôpital local rural.
- MS5 : enfin des responsables des centres miniers ont été rencontrés au sein la Carmi-Est<sup>1</sup>. Le modèle minier, plutôt urbain ou semi-urbain, organisé sur le mode du salariat des professionnels de la santé, est actuellement en phase de restructuration du fait de l'évolution démographique négative de ses ayants droit historiques.

La grille d'entretien abordait successivement les questions suivantes : la genèse du projet, les éléments ayant concouru à l'implantation géographique spécifique de la maison de santé (études de besoins ?), le processus de création de la maison (critères de choix du modèle, aides mobilisées, financements, place du projet de santé, définition des soins primaires), la mise en œuvre de l'organisation finale (statut juridique, relations avec les collectivités territoriales, les organismes financeurs, les professionnels de la santé et du social impliqués), la description de la maison de santé, de son organisation pluridisciplinaire (partage des informations, coordination, secrétariat). Enfin, en fin d'entretien, il était demandé à nos interlocuteurs de faire un bilan des bénéfices attendus de la maison de santé pour les usagers, pour les professionnels, pour l'organisation et la continuité des soins sur leur territoire. En outre, à chaque stade de l'entretien, on évoquait systématiquement les difficultés éventuelles rencontrées, les conseils et attentes qui pouvaient en découler.

Les entretiens ont duré en moyenne de une heure trente à trois heures. Ils ont été menés dans les locaux des structures pour les deux maisons opérationnelles (avec visite des structures), dans un lieu neutre pour celles au stade de projet (mais avec prise de connaissance des plans), enfin dans les locaux de la Carmi-Est pour les centres miniers.

---

<sup>1</sup> Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines

# I - Maisons de santé et accès aux soins

---

De quels soins parle-t-on en abordant le thème des maisons de santé pluridisciplinaires ? De quel type d'accès s'agit-il et comment se situent-elles par rapport à la configuration locale de l'offre de soins ? Le concept de maison de santé a-t-il pour objectif de répondre aux difficultés prévisibles ou avérées de l'accès aux soins ? Enfin « accès aux soins » certes... mais pour qui : les maisons de santé ont-elles à cet égard une ambition spécifique à l'égard de telle ou telle population ?

## 1 - Maisons de santé : leur place dans l'accès aux soins

### 1.1 - De quels soins parle-t-on ?

Même si les formulations de la définition d'une maison de santé varient sensiblement, tous les responsables rencontrés s'accordent pour inclure la finalité des maisons de santé dans une logique de « soins primaires » ou de « soins de premier recours ». Tous s'accordent pour insister sur la réponse médicale à la première demande du patient. Mais ces soins primaires se pensent sur un territoire et prennent en compte la diversité des demandes formulées (« toutes les demandes et toutes les réponses médicales qui y sont apportées sur un territoire de proximité »).

Les responsables des maisons de santé, notamment celles déjà opérationnelles, insistent sur le fait que la définition même des soins primaires recouvre les ambitions mêmes d'une maison de santé. Pour eux « l'organisation d'un suivi des maladies chroniques dans le contexte de vie habituel du patient » apparaît comme un élément consubstantiel de la mission d'offre de soins primaires. L'importance de la continuité des soins dans le temps et l'espace, et de sa coordination, apparaît comme incontournable. Lorsque celle-ci n'est pas perçue comme une mission fondatrice des maisons de santé, il est admis qu'elle relève de la fonction des professionnels libéraux, encore plus peut-être en milieu rural. Elle est donc considérée par les acteurs des maisons opérationnelles comme devant relever d'une organisation volontariste des professionnels, ce que tente justement de mettre en place la pluridisciplinarité des maisons de santé.

Enfin, en marge, on retrouve dans les définitions des soins primaires quelques connotations militantes de généralistes irrités par la dévalorisation qu'ils perçoivent de la médecine générale. Les soins primaires deviennent alors « tout ce qui devrait, hors urgence vitale, relever en première intention de la médecine générale de proximité ».

Pour permettre un égal accès aux soins de ses ayants droit, les centres de santé miniers apportent des réponses originales, d'abord financières : la gratuité des soins aux mineurs fut en effet instaurée dès l'origine. Depuis 2004, cette généralisation du tiers payant est élargie avec l'ouverture du réseau de santé minier aux assurés du régime général.

## **1.2 - Accès aux soins et zones médicales déficitaires**

Parmi les expériences de maisons de santé rencontrées, aucune ne se situe sur un territoire déficitaire au sens de la Mission Régionale de Santé. Elles n'ont donc pas pu prétendre aux aides particulières mobilisables dans ces zones. Une zone est, en effet, considérée comme déficitaire en offre de soins lorsqu'elle répond à 3 ou 4 critères définis par la circulaire du 14 janvier 2005 : une densité de médecins inférieure à 60 médecins pour 100 000 habitants, une part de médecins généralistes effectuant plus de 7 500 actes supérieure à 75%, une part de personnes âgées de 75 ans et plus supérieure à 10% de la population, enfin un temps d'accès au cabinet supérieur à 20 minutes.

En revanche, une zone est considérée comme « fragile » lorsqu'elle répond à un ou plusieurs des critères précédents. Trois des quatre maisons de santé libérales rencontrées se situent dans ce dernier cas de figure, soit du fait d'une démographie médicale alarmante et/ou vieillissante, soit du fait d'une analyse des besoins sur un bassin de vie et non sur un canton, soit du fait d'une activité médicale jugée excessive. La quatrième maison de santé libérale n'a, au regard de ces critères, perçu aucune aide relevant d'une situation jugée déficitaire ou fragile.

La situation des centres de santé miniers est particulière, bien que son personnel médical et paramédical soit comptabilisé dans la définition des zones déficitaires par la MRS. La couverture géographique de leur activité se calque non sur les besoins d'offre de soins globale de la zone couverte mais sur les zones d'attractivité définies au moment de leur création. La baisse rapide de la démographie de ses ayants droit historiques après la fermeture des mines est la raison principale de l'ouverture des centres de santé miniers à une clientèle affiliée à d'autres régimes de sécurité sociale que le régime minier.

## **1.3 - Place revendiquée par les maisons de santé dans les soins primaires**

Le discours des promoteurs médicaux sur les avantages du concept même de maison de santé sur un territoire est intarissable. Les arguments développés par chacun constituent la preuve, s'il en était besoin, de la conviction et du dynamisme de ceux et celles qui s'engagent dans la voie de cette expérience pluridisciplinaire.

Dans les entretiens, l'utilisateur est bien au centre des bénéfices que peut offrir la maison de santé : « lieu unique et proximal de soins médicaux et paramédicaux », la maison de santé permet de « centraliser l'accueil de l'utilisateur, de lui donner une information circonstanciée et précise, de l'orienter ». S'il s'agit bien d'ouvrir la maison de santé à tout public, cela n'est toutefois pas l'argument le plus avancé par les praticiens. Ils le font ou le faisaient déjà avant de s'engager dans le projet.

En revanche, la notion de continuité des soins est mise en valeur par tous les promoteurs professionnels de santé rencontrés. Le rassemblement de plusieurs professionnels d'un même secteur de soins (médecins, infirmières, kinésithérapeutes) apparaît pour tous comme susceptible de faciliter le suivi temporel des patients et sa qualité. Encore faut-il coordonner

l'action des divers professionnels pour que cette continuité soit opérationnelle : à cet égard, la précision des discours s'avérera dépendante de l'opérationnalité effective de la structure, et du rodage sur le terrain des ajustements nécessaires pour mettre en œuvre cette continuité des soins (partage de l'information notamment).

En matière de permanence de soins, c'est-à-dire de réponse aux urgences médicales hors horaires d'ouverture, les promoteurs des projets et maisons de santé se font plus divergents. Pour les maisons déjà opérationnelles, la structure pluridisciplinaire n'a pas de mission spécifique à accomplir dans le cadre du traitement des urgences médicales. Celle-ci ne diffère pas en ce sens de la mission de tous les praticiens libéraux dont la réponse aux urgences est régulée par le centre 15. La confusion possible entre maison de santé pluridisciplinaire et maison médicale de garde est dénoncée, parfois avec virulence, par deux maisons libérales sur quatre.

A contrario, les maisons de santé encore en projet n'excluent pas une évolution des missions des maisons de santé, mais seulement si elle leur était imposée ! Les praticiens se montrent alors très perplexes sur la nature de cette participation supplémentaire à l'organisation du dispositif de traitement des urgences, comme sur le déséquilibre que pourrait entraîner cette mission surajoutée à celles des maisons de santé dans les relations avec les confrères non intégrés dans la structure pluridisciplinaire. La maison ne peut et ne doit pas créer de concurrence dans l'offre de soins. Pour les responsables de la Carmi-Est, les praticiens des centres de santé miniers participent déjà aux services de garde régulés de leur secteur : les évolutions des conceptions et dispositifs de soins urgents n'apparaissent pas devoir modifier profondément cette participation.

Plus qu'une facilitation ponctuelle de l'accès aux soins, les promoteurs professionnels insistent en réalité beaucoup plus sur l'intérêt d'un lieu unique rassemblant des professionnels de la santé d'exercices complémentaires. Soins coordonnés, soins proximaux, tels sont les leitmotivs des professionnels. Ces notions sont d'ailleurs placées au centre même du concept de maison de santé rurale. De surcroît, tous ajoutent que cette prise en charge des patients relève d'une logique peu onéreuse pour la collectivité et le patient au regard d'autres modes de prise en charge.

Enfin, dans la continuité des soins primaires, la plupart des structures opérationnelles ou en projet assurent que leur proximité avec l'utilisateur dans un lieu unique de rencontre et leur composition pluridisciplinaire représentent un atout de poids pour développer des démarches de santé publique beaucoup plus efficaces, à condition de bien cibler les actions sur les problèmes réellement authentifiés du territoire.

Tous les praticiens libéraux estiment par ailleurs que les maisons de santé représentent un lieu de formation souhaitable voire idéal pour les futurs praticiens des différentes disciplines intégrées. Le mode d'exercice partagé, la qualité du service rendu, la convivialité de la maison de santé sont, pour eux, des facteurs de sensibilisation et de motivation des futurs praticiens à une installation en zone fragile d'offre de soins, donc un vecteur de pérennisation de celle-ci pour l'avenir.

Les arguments forts employés pour auréoler les bienfaits de ce nouveau mode d'exercice des soins pour les patients peuvent apparaître idylliques, ou le fait de l'engagement quelque peu visionnaire des pionniers rencontrés. Comment en effet assurer l'engagement de tous vers les solutions généreuses, enthousiasmantes, proposées par le concept de maison de santé ? Le pragmatisme n'est cependant jamais loin : il s'est forgé à coups d'expériences malheureuses sur lesquelles nous reviendrons. Ainsi, depuis quelques années, beaucoup de projets tendent à s'entourer de guides et de protocoles pour homogénéiser les engagements de chacun, pour faire que ceux-ci soient pérennes et de qualité et restent bien au service de l'utilisateur. C'est le rôle des Chartes morales qui se développent dans les projets pour souder les participants autour de préceptes consensuels, formalisés par un projet de santé et que l'on peut résumer en substance ainsi : l'utilisateur est au centre du dispositif, le libre choix du patient doit être respecté, la transmission des données sur les patients doit préserver leur confidentialité, l'engagement de participation aux formations interdisciplinaires formalisé, l'implication dans les actions mises en œuvre par le collectif acceptée.... Ces principes résument la philosophie d'ensemble du concept de maisons de santé : ceux qui s'en réclament cherchent à atteindre ensemble la qualité (appropriation des recommandations de bonne pratique, démarche d'évaluation du travail), l'équité (à chaque habitant un égal accès aux soins), la pertinence (réfléchir avec la population aux priorités à donner à l'action commune) et l'efficacité avec, à chaque étape, un souci d'économie de moyens engagés.

## **2 - Accès aux soins et besoins de pluridisciplinarité**

Deux questions peuvent être formulées : sur quelles bases, sur quels besoins forger la nécessité d'une pluridisciplinarité ? En quoi la pluridisciplinarité constitue-t-elle un argument de meilleur ou d'égal accès aux soins ?

En réalité, l'objectif et les moyens se confondent ou plutôt se complètent.

Le financement des maisons de santé repose sur un diagnostic de santé territorialisé. La formulation de besoins de santé et sa confrontation à l'offre de soins légitiment l'engagement des fonds publics. Le côté administratif de ce diagnostic n'échappe pas aux praticiens rencontrés. Ils sont tous plutôt imprécis sur le contenu de ce diagnostic, laissant sa formalisation aux collectivités locales, à la MSA ou à l'URCAM. En réalité, leur perception des besoins de santé passe davantage par l'évidence de leurs limites à assurer la réponse à la demande de soins, par l'inquiétude des départs en retraite potentiels de leurs collègues de secteur, par l'incertitude des cessions de cabinets. C'est là une position partagée autant par les professionnels médicaux que paramédicaux (infirmières, dentistes, kinésithérapeutes).

Dès lors, le questionnement des professionnels initiateurs de trois projets libéraux sur quatre se reformule préférentiellement autour d'interrogations implicites dont les réponses sont recherchées dans un modèle d'exercice pluridisciplinaire. Se rassembler entre professionnels de spécialités différentes est perçu comme le moyen d'une part de favoriser l'organisation et la pérennité de l'offre de soins en jouant sur l'attractivité de l'exercice, et d'autre part comme solution permettant d'organiser un accès à des soins diversifiés et proximaux dans une démarche de prise en charge de qualité du patient. Pour une des

maisons de santé libérale, la question était déjà résolue avant même l'émergence du projet puisque sa formalisation représentait avant tout l'extension d'un mode d'exercice pluridisciplinaire préexistant.

Agir sur l'attractivité de l'exercice en zone fragile, cela signifie bien sûr agir sur les conditions des pratiques professionnelles, quelles qu'elles soient : rompre l'isolement du praticien, enrichir son exercice par la complémentarité des points de vue et des pratiques mais aussi donner de la souplesse aux départs et aux arrivées des divers praticiens, partager les charges de travail tout en améliorant le confort de vie de chacun. L'exercice solitaire et ses contraintes ne répondent pas aux aspirations des professionnels, pas plus qu'il ne peut suffire à terme à couvrir les besoins de la population. Telle est l'opinion quasi unanime des professionnels libéraux rencontrés.

Organiser l'accès à des soins de proximité et diversifiés, dans une prise en charge globale du patient, cohérente, et coordonnée dans ses approches complémentaires, tel est le fondement éthique de la maison de santé pluridisciplinaire. Si les notions de proximité et de diversité des soins sont unanimement soulignées par les professionnels rencontrés, et ce quel que soit le stade d'avancée de leur projet, des différences surgissent cependant sur la déclinaison des processus concourant à cet idéal. L'intérêt de la pluridisciplinarité dans la qualité des soins prodigués paraît en effet partiellement dépendant de l'exercice réel qu'en ont les acteurs professionnels rencontrés, du degré d'avancée des projets, mais aussi des motivations individuelles.

Sans vouloir trancher à ce stade, le bénéfice de la pluridisciplinarité dans l'accès aux soins peut se voir de trois façons :

- soit comme un outil optimisant l'accès aux soins et la prise en charge du patient, version positive et riche de potentialités qui occupe le devant de la scène.
- soit comme un simple mode de cohabitation centralisant l'accès à des soins diversifiés. Cela n'exclut pas l'hypothèse précédente mais en réduit la portée.
- soit enfin comme un processus qui doit évoluer vers l'exercice d'une réelle interdisciplinarité, en la pratiquant réellement, sur le terrain.

Dans tous les cas de figure, les ambitions affichées par les projets sont vastes et embrassent de multiples facettes concourant à un meilleur exercice praticien, et ou à une meilleure prise en charge du patient. Passer d'un mode d'exercice solitaire à un fonctionnement de complémentarité des disciplines de soins, et ce dans un lieu unique, stimule manifestement l'imagination des praticiens. Toutes les options innovantes sont ouvertes dans les discours : permettre un accès aux soins de qualité par la mutualisation des compétences, travailler en réseau et avec les réseaux de santé pour améliorer l'efficacité des actions de prévention, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, pouvoir partager avec les étudiants les réalités de l'exercice rural et les y attirer, ouvrir enfin peut-être le champ d'une recherche en médecine générale qui fait tant défaut, le tout avec un sous-entendu, non formulé mais perceptible, de travailler moins et, pour certains, d'augmenter leurs revenus.

La liste des opportunités ouvertes par le concept même de la maison de santé est riche, séduisante pour les professionnels, mais aussi séductrice pour les acteurs institutionnels et territoriaux œuvrant en santé publique. L'engagement des fonds publics dans la création des maisons de santé n'est pas dissociable des aspirations que suscite ce nouveau mode d'exercice. Mais le financement public impose des garanties, des résultats, lesquels sont formalisés par le cahier des charges inclus dans les demandes de financement. Son contenu est à la hauteur des ambitions liées à l'émergence du concept comme réponse possible à l'aménagement de l'offre de soins du territoire. Il se veut à la fois réaliste mais aussi stimulant pour les promoteurs :

- participation à la permanence des soins, à l'organisation de la continuité des soins,
- participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques,
- contractualisation sur des objectifs de qualité et de maîtrise des coûts,
- respect des dispositions conventionnelles et réglementaires relatives aux tarifs de séances de soins,
- participation à des actions de santé publique,
- enfin prise en charge pluridisciplinaire des patients qui le nécessitent.

Si l'ensemble de ces mesures répond aux objectifs que les maisons de santé se donnent, nous reviendrons sur les difficultés rencontrées par les promoteurs de projets à se fondre dans un dédale administratif auquel ils ne sont ni préparés, ni habitués.

Toutefois, dans ce rapport entre les ambitions des maisons de santé et les demandes de garanties des financeurs, légitimes mais considérées comme croissantes, quelques voix inquiètes s'élèvent parmi nos interlocuteurs. Elles émanent des acteurs de structures opérationnelles, de ceux qui connaissent pour la vivre la distance entre les ambitions théoriques et les réalités de terrain. L'engagement des maisons de santé sur un cahier des charges trop dense, peut-être irréalisable compte tenu des difficultés expérimentées de gestion et de fonctionnement des structures, ne risque-t-il pas d'ouvrir la porte aux désillusions, avec la crainte à terme de voir se détourner l'intérêt des financeurs pour cette nouvelle forme d'exercice du soin ?

Quoi qu'il en soit, la conviction des promoteurs que nous avons rencontrés reste entière sur la validité même du concept de maison de santé pluridisciplinaire et transparaît de manière manifeste dans le récit qu'ils font de l'histoire de leur projet.

## **II - Les dynamismes porteurs des projets lorrains**

---

Les idées de départ et les montages de projets diffèrent sensiblement les uns des autres, car chaque maison de santé s'inscrit sur un territoire particulier et tient compte des ressources de ce dernier comme des opportunités qu'il peut offrir. L'idée d'une réorganisation de l'exercice des soins primaires sur ce territoire provient souvent, mais non exclusivement, des professionnels de terrain. Mais c'est bien grâce à la rencontre entre des responsables de collectivités territoriales et les acteurs de santé d'un même secteur géographique que l'idée d'une maison de santé peut germer et prendre corps.

### **1 - La conjonction des attentes vers un projet global d'offre de soins**

Si l'on met à part la problématique particulière du système minier dont l'inscription sur le territoire lorrain ne relève pas directement d'une logique nouvelle d'aménagement territoriale de l'offre de soins, tous les projets mis en œuvre se sont montés à partir d'une rencontre entre les professionnels de la santé et les représentants élus de collectivités territoriales. L'idée d'une maison de santé pluridisciplinaire n'est pas l'apanage des professionnels de la santé, même s'ils en restent les principaux artisans sur le plan de l'organisation architecturale comme professionnelle. Le partenariat et le partage des tâches, tels qu'ils sont relatés dans l'historique des projets, relèvent d'une convergence d'attentes sur les divers avantages qu'offre ou pourrait offrir une telle structure pluridisciplinaire.

#### **1.1 - Les arguments des professionnels de santé**

Les arguments des professionnels pour un exercice pluridisciplinaire dans un lieu unique ont déjà été évoqués partiellement. Deux attentes apparaissent unanimes : le souhait d'assurer une pérennité de l'offre de soins primaires en milieu rural en transformant l'offre existante, et de pouvoir travailler autrement, autant dans l'intérêt du patient que dans celui des praticiens eux-mêmes. Toutefois l'initiative de chaque projet relève de motivations diverses.

L'approche démographique, pour contribuer à l'analyse des besoins du territoire en offre de soins, a été menée en préalable par deux des maisons de santé libérales sur les quatre. L'une d'entre elles, encore en projet, est confrontée à un sérieux problème de démographie médicale avec le départ successif de plusieurs praticiens induisant une augmentation de la charge de travail pour ceux qui restent. Pour répondre à cette situation, le médecin promoteur a construit le projet en misant sur sa capacité à fédérer tous les acteurs de la santé du territoire, dont l'hôpital local considéré comme un partenaire majeur sur le plan de la logistique de la maison de santé. Pour l'une des toutes premières maisons de santé opérationnelles en Lorraine, l'analyse de l'avenir démographique du territoire a été associée à une vision prospective d'un exercice raisonné et novateur au service du patient.

Une des maisons de santé connaît quant à elle un parcours spécifique puisque l'idée d'une maison de santé n'a véritablement émergé que lors d'une rencontre avec des responsables de la communauté de communes. Un fonctionnement pluridisciplinaire (médecins, kinésithérapeutes et chirurgien dentiste) était déjà une réalité avant même que le projet ne soit formalisé. Les contacts pris pour le finaliser ont permis d'agrandir le local du cabinet et par là d'amplifier la dimension des actions en intégrant à la maison de santé des spécialités qui n'y figuraient pas initialement.

Dans un autre cas, le projet initial de transfert d'un cabinet de deux médecins prit de l'envergure et se transforma en projet de maison de santé sous l'influence et grâce à la forte implication du maire dans le montage administratif du dossier. Les services que pouvait permettre la création d'une maison de santé pluridisciplinaire devaient être, pour lui, le premier pas vers un projet ambitieux, d'abord sanitaire puis socio-sanitaire.

Enfin, comme cela a déjà été précisé, le fonctionnement pluridisciplinaire des centres de santé miniers est déjà une réalité ancienne. Le binôme médecin-infirmière est au centre du dispositif de soins miniers. Il est complété par des consultations spécialisées disséminées sur certains centres. A l'heure du bilan dans le cadre de la réorganisation de l'ensemble du dispositif minier, le constat d'une relative timidité de la coordination des actions des centres et le défaut d'une politique d'ensemble (ou son oubli dans le temps) a débouché sur un réaménagement du fonctionnement des centres de santé. La dynamique historique du dispositif est en effet apparue plutôt assoupie et ne pouvait plus répondre à la fois aux exigences économiques créées par le déficit du régime (déclin démographique rapide de ses ayants droit), et aux ambitions nouvelles de la Carmi-Est après sa restructuration en mai 2007. Pionniers de la pluridisciplinarité, les centres miniers sont désormais contraints de se dynamiser, de rationaliser leur exercice, de s'ouvrir aux assurés du régime général, tout en s'inscrivant dans la mouvance des restructurations du modèle libéral, en somme de prendre une véritable place dans le système de soins territorial en adoptant une logique concurrentielle avec le secteur libéral..

## **1.2 - Les arguments des communes ou communautés de communes**

La préoccupation de la couverture d'un territoire en offre de soins est désormais centrale dans l'implication progressive des communes et communautés de communes dans ce domaine sanitaire qui n'était pas jusqu'ici le leur. La désertification des zones rurales en professionnels du médical et du paramédical va de pair avec le vieillissement de la population, l'exode vers les villes des populations jeunes. Dès lors, comme le précise un de nos interlocuteurs, « perdre son médecin, son infirmière, son kinésithérapeute ou son dentiste est aussi important pour un village que de perdre la poste, le café ou le boulanger ». On retrouve là l'esprit de l'association « Nouveau village » qui, depuis quinze ans, milite pour dynamiser les petites communes de Lorraine.

L'attractivité que peut créer sur un territoire la création d'une maison de santé pluridisciplinaire ne laisse donc pas insensible les élus et représentants des communautés de communes. D'autant qu'une telle structure représente aussi un pôle d'emplois pour le

territoire et le symbole de son dynamisme. L'aide apportée par les collectivités territoriales dans l'élaboration et le financement des projets de maison de santé entre dans le cadre d'une politique de santé locale, mais elle participe également à une politique plus générale d'aménagement et de revitalisation des territoires. Parmi les quatre maisons de santé libérales rencontrées, toutes ont développé un partenariat avec leurs communautés de communes, faisant de ces dernières les maîtres d'ouvrage des projets.

### **1.3 - Le partenariat dans le montage du projet**

Le partenariat entre professionnels de la santé et responsables des communautés de communes est une particularité des projets de maisons de santé libérales. Il tend à se développer au fur et à mesure des succès enregistrés, tant dans la région que dans le reste de la métropole, et du fait des incitations gouvernementales et institutionnelles visant à décloisonner les secteurs sanitaire et social.

Dans tous les projets libéraux rencontrés, on assiste à un partage des tâches jugé harmonieux entre les partenaires. Les communes et communautés de communes restent les maîtres d'œuvre du projet immobilier, de son financement auprès des institutions du fait de leur éligibilité aux financements publics. Les professionnels de la santé revendiquent l'exclusivité du montage du projet de santé, de l'organisation de la pluridisciplinarité et d'une partie de son financement auprès du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), devenu Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) en 2007.

Organisé autour d'un projet global centré sur la pluridisciplinarité, des concours extérieurs sont toujours sollicités, mais aucun projet visité n'a bénéficié du guichet unique mis en place par l'URCAM. Les conseils de la MSA, comme référent institutionnel dans l'accompagnement de tous les projets en milieu rural, et ceux de l'URCAM, pour affiner les analyses de besoins territoriaux, ont été recherchés et obtenus. Des visites de maisons de santé déjà existantes, soit par les professionnels, soit par les représentants des collectivités locales, ont permis d'affiner l'organisation projetée. Quels que soient les exemples recueillis ici ou là, tous les promoteurs professionnels soulignent que le modèle qu'ils ont défini leur est original : l'adaptation du projet aux réalités structurelles et humaines du territoire intéressé est en effet jugée comme essentielle.

La partie professionnelle d'une maison de santé est toujours portée par un ou des pilote(s) ou leader(s) : un médecin pour deux des maisons de santé, un médecin et un kinésithérapeute pour une autre (l'organisation professionnelle pour le premier, le suivi du projet pour le deuxième en lien avec l'Établissement public de coopération intercommunale), médecin et pharmacien du secteur pour la quatrième des maisons de santé libérale. Dans ce dernier cas, le pilotage à deux du projet est issu de l'échec d'un premier projet exclusivement médical : les difficultés de politique locale ont rendu nécessaire l'implication d'un professionnel pharmacien, dont la neutralité fut un argument de poids tant dans le montage du projet, le partenariat avec la communauté de communes que dans le « recrutement » des professionnels intégrés dans la structure. La création d'une

association de professionnels de santé intéressés par leur intégration dans la future maison de santé apparaît d'ailleurs comme une nécessité pour tous les professionnels porteurs de projets. Cette initiative n'est intervenue qu'après le démarrage du projet en partenariat avec les collectivités territoriales dans deux maisons de santé libérales sur les quatre.

Les financements publics obtenus pour la partie immobilière représentent dans les projets de 60 à 80% de l'ensemble de l'investissement. Leurs origines sont à la fois similaires à tous les projets, mais aussi spécifiques à certains d'entre eux. Elles sont synthétisées dans le tableau suivant :

#### Provenance des fonds pour la mise en œuvre des projets libéraux

	Subventions publiques	Fonds complémentaires	Aide au démarrage
<b>MS1</b>	FEDER Europe, Région : 80%	Emprunt de la CODECOM 20%, remboursables en 15 ans	FAQSV
<b>MS2</b>	Région, département (54), Pôle d'excellence rural	Emprunt de la communauté de communes	FAQSV
<b>MS3</b>	État, région : 60%	Emprunt de la commune : 40%	FAQSV (non encore acquis)
<b>MS4</b>	État, région : 80%	Emprunt de la CODECOM : 20%	FAQSV

*Les centres miniers n'ont pas été inclus du fait de la spécificité de leur gestion financière.*

Les emprunts contractés par les communautés de communes sont compensés par les loyers versés par les professionnels libéraux de la maison de santé en fonction des surfaces occupées, de l'activité et des revenus de chaque professionnel intégré.

Tous les projets ont fait une demande de subventionnement auprès du Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS), issu de la fusion en 2006 du Fonds d'aide à la qualité de la ville (FAQSV) et de la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR), tout en sachant que cette aide n'est pas pérenne. Les projets candidats doivent présenter un caractère innovant : coordination des soins, amélioration de la qualité de la prise en charge globale du patient, évaluation des pratiques professionnelles... Tous les promoteurs professionnels rencontrés ont fait part de leurs difficultés à satisfaire totalement aux exigences du cahier des charges, mais aussi de leur inexpérience face aux impératifs d'évaluation, de leur manque de temps disponible pour la partie jugée administrative de la recherche d'aides financières : « on n'est pas des CHU » dira l'un d'entre eux. Enfin, nos interlocuteurs regrettent que les délais de montage et de financement global des divers projets tendent à s'allonger : ils s'échelonnent de 3 ans pour les plus anciens, à 6 ans pour les derniers.

## **2 - Un projet global sous-tendu par un projet de santé**

### **2.1 - Projet de santé : la place des usagers dans son contenu**

La formulation d'un « projet de santé », central dans les demandes de financement, est aussi au cœur de la conceptualisation des maisons de santé pluridisciplinaire. Elle intègre deux dimensions : soins et prévention. Cette dernière orientation intéresse aussi les élus pour ce qui concerne leur volonté de responsabilité dans la santé publique. Parmi tous nos interlocuteurs, une évidence toutefois est partagée : « le projet de santé est et doit rester l'affaire des professionnels ». Les plus virulents d'entre eux n'hésitent pas à pourfendre des projets, géographiquement voisins, où ce partage des rôles ne semble pas toujours respecté avec des élus perçus comme voulant s'immiscer dans le projet de santé et de soins. On peut néanmoins s'interroger face à ce type de réaction : le sentiment d'ingérence des élus locaux n'est-il pas d'autant plus fortement ressenti que les professionnels médicaux à l'origine d'une initiative de maison de santé n'ont pas encore de projet de santé formalisé ?

La définition du « projet de santé » de chaque structure rencontrée est l'objet de variations tant dans son contenu que dans sa mise en œuvre. Deux aspects devraient en effet être distingués, au moins théoriquement, même s'ils sont complémentaires :

- ce qui correspond au contenu projet de santé destiné à s'appliquer à la population (continuité des soins, prise en charge, actions de prévention, de dépistage, etc.)
- et ce qui est lié à sa forme, c'est-à-dire à l'organisation professionnelle nécessaire pour répondre aux besoins de santé (dossier médical partagé, partenariat avec le pharmacien, articulation avec les réseaux, avec l'hôpital).

Dans les faits, et certainement par empirisme, c'est la recherche de pluridisciplinarité qui fonde le projet, autrement dit les moyens avant les objectifs. Il n'en demeure pas moins que, dans l'activité quotidienne, les moyens et les objectifs se retrouvent liés à partir d'expériences différentes :

- Pour une des expériences rencontrées, l'inter-professionnalité existait déjà avant le projet de formalisation d'une maison de santé. Se basant sur une auto-évaluation de cette pratique, les promoteurs ont pu affiner le fonctionnement de l'interdisciplinarité dans le montage de leur projet.
- Pour la plupart des autres, et à défaut d'une expérience antérieure, c'est le pragmatisme qui prévaut. La viabilité de l'initiative est un préalable à la définition élaborée d'un projet de santé, tout en veillant à utiliser les opportunités qui se présentent.

Parmi les structures libérales rencontrées, une seule maison de santé affiche de manière explicite la définition préalable d'un projet de santé structuré autour des usagers. Elle joue d'ailleurs, à cet égard, un rôle d'exemple pour les autres projets. Mais, en même temps, elle est souvent considérée comme « un cas à part », en raison de son expérimentation antérieure de la pluridisciplinarité. Quoi qu'il en soit, et dans ce cas précis, le fait d'avoir d'emblée construit le projet autour du traitement des patients insuffisants cardiaques, en partenariat avec le réseau ICALOR, a eu deux effets positifs :

- les bénéfices de la mutualisation des compétences présentes dans la structure (médecins, kinésithérapeute, diététiciennes) ont été argumentés et valorisés par une étude spécifique ;
- l'adhésion des infirmières libérales alors que leur plus-value pluridisciplinaire n'était pas perçue d'emblée.

Pour une autre maison de santé déjà opérationnelle de notre panel, la déclinaison d'un projet de santé précis autour de l'utilisateur ne peut se concevoir qu'après le rodage de la structure elle-même, après évacuation de tous les aléas de constitution de l'équipe et de toutes les difficultés inhérentes au fonctionnement de la structure. Ce n'est qu'après la maîtrise de ces différents soucis que ses promoteurs envisagent un projet de santé pluridisciplinaire formalisé en partenariat avec les réseaux, les communautés de communes, les communes ou les caisses de sécurité sociale, et ce sur des besoins de santé territorialement ciblés.

Les maisons de santé libérales, non fonctionnelles au moment de l'enquête, déclinent peu le contenu de leur projet de santé. Leurs responsables sont confrontés à des difficultés concrètes, voire relationnelles, pour le montage du dossier. Et c'est là que va leur priorité. Certes, le partenariat avec les réseaux est souvent évoqué, mais il est formulé comme une intention, non contractualisée à ce stade, une déclinaison possible des opportunités du rassemblement pluridisciplinaire en un même lieu.

La place des usagers, ou de leurs représentants, dans la phase d'élaboration des projets de santé est peu citée par nos interlocuteurs. Elle devient en revanche plus évidente ou souhaitable dès qu'il s'agit de l'intégrer dans un processus de montée en charge progressive des objectifs et des activités de la maison de santé, une fois que celle-ci est véritablement opérationnelle.

## **2.2 - Projet de santé et pluridisciplinarité : pour quelle plus-value ?**

Une interrogation de fond découle du constat précédent : si le projet de santé est la ligne de force mise en avant pour l'organisation et le financement des maisons de santé, dans quelle mesure la pluridisciplinarité apporte-t-elle une plus-value réelle à la prise en charge des usagers ?

Trois niveaux de plus-values peuvent être envisagés, dont aucun n'est exclusif des autres. L'intérêt du rassemblement des professionnels d'exercice différents en un même lieu peut dégager :

- Une plus-value « passive ». Il s'agit alors d'une logique d'offre de soins privilégiant la diversité, la proximité, la facilité pour les usagers d'une centralisation géographique de professionnels de la santé de disciplines différentes. La part du confort de cohabitation que peut générer la maison de santé est délicate à cerner dans la gradation des motivations professionnelles, puisqu'elle s'intrique avec d'autres préoccupations plus porteuses en termes d'image de marque du projet.
- Une plus-value « active ». Dans ce cas on fait référence à un exercice pragmatique de la pluridisciplinarité, centré sur la prise en charge coordonnée, cohérente et raisonnée de chaque patient. Le projet de santé se focalise alors sur un « projet de soins ». Les maisons de santé opérationnelles de notre panel ont mis en œuvre un tel

projet de soins soit d'emblée, soit de manière différée une fois atteinte une meilleure sérénité organisationnelle de la structure. Dans les deux cas, l'interdisciplinarité, c'est-à-dire l'exercice réel de la pluridisciplinarité, était ou est en voie de devenir un exercice connu et expérimenté.

- Le troisième type de plus-value représente un compromis sans doute réaliste aux deux précédents. La pluridisciplinarité d'une structure ne serait en réalité que l'outil de départ, il faut apprendre à s'en servir, ajuster les contributions de chacun, avant de pouvoir décliner progressivement sa plus-value dans le cadre d'un projet de soins devenant dès lors réaliste. En somme, la plus-value de la pluridisciplinarité met du temps à se montrer et à s'appréhender. On peut comprendre alors pourquoi les maisons de santé en projet se révèlent imprécises dans la déclinaison d'un projet de soins ou d'un projet de santé.

La pluridisciplinarité n'est pas à elle seule suffisante pour optimiser la prise en charge des patients, d'autant qu'elle n'évacue pas les relations de pouvoir entre les différentes disciplines. Le constat fait par les centres de santé miniers à l'heure de leur réorganisation va dans ce sens. La coopération entre les professionnels ne se fait pas forcément autour de la valorisation finalisée des compétences au bénéfice des patients. Il faut certes une volonté initiale des professionnels pour organiser leur inter-professionnalité, mais il faut aussi du temps pour la mettre en œuvre.

Bref, la construction de cette pluridisciplinarité, en même temps que la constitution des dossiers administratifs, n'apparaît pas comme une entreprise aisée.

### **2.3 - Projet de santé et pluridisciplinarité : avec quelle équipe ?**

Presque tous les projets ont connu des difficultés dans la constitution des équipes, notamment dans la phase préparatoire. La clarté de leur projet de santé, et a fortiori d'un projet de soins, n'est pas indépendante de ces aléas. La durée du processus global de montage des dossiers peut mettre à mal les engagements individuels, leurs motivations, de même que les choix d'organisation de la structure, son statut juridique, le mode de contribution aux charges de fonctionnement, etc.

Toutefois, tous les projets visités sont conçus autour d'une pluridisciplinarité centrée par un « noyau dur » : des médecins généralistes, des infirmières, un kinésithérapeute, un chirurgien dentiste.

Le schéma initial de pluridisciplinarité se trouve fréquemment écorné, et ce à tous les stades du projet. Telle maison de santé a vu un médecin la quitter parce qu'il ne partageait pas la même volonté que son confrère de maîtrise du nombre des consultations alors que les charges de la structure augmentaient. On peut lier ce différend à une opposition générationnelle : modèle plus traditionnel de la pratique libérale versus nouvelle forme d'exercice valorisée par de nouvelles générations de médecins.

Ailleurs, c'est le statut juridique de la structure (Société civile de moyens) qui fit reculer l'infirmière qui avait pourtant déjà investi les locaux. On peut supposer que ce repli était lié à des conflits d'intérêts.

**Composition du « noyau dur » des professionnels de la santé  
au sein des maisons de santé libérales rencontrées**

	Médecin généraliste	Infirmière IDE	Kinésithérapeute	Dentiste
<b>Exemple a</b>	(2) 2	(1) 0	0	1
<b>Exemple b</b>	3	4	1	1
<b>Exemple c</b>	3	2	2	1
<b>Exemple d</b>	(2) 1	2	1	1
<b>Exemple e</b>	3	3	0	2

*Entre parenthèses : composition initialement envisagée.*

*Autres nombres : composition finale de la structure ou du projet pluridisciplinaire, au moment des rencontres.*

La pluridisciplinarité des projets libéraux ne se limite pas aux professionnels libéraux déjà cités. L'intégration à la structure de praticiens paramédicaux voire de représentants du secteur social ou médicosocial s'avère variée selon les structures rencontrées. La participation des praticiens fonctionnant selon un modèle libéral (diététiciennes, psychologues, pédicures-podologues, orthophonistes) apparaît plus facile. En réalité, la pérennité de leur participation est aussi dépendante de la « rentabilité » de leur activité dans un secteur de prestations peu pris en charge financièrement, d'où quelques défections.

**Composition des maisons de santé libérales rencontrées  
en professionnels paramédicaux et sociaux**

	Diététicienne	Psychologue	Pédicure podologue	Orthophoniste	Travailleurs sociaux			
					PMI	A.S.	CAF	ADMR
<b>Exemple a</b>	1	(1) 0	1	1	1	1		1
<b>Exemple b</b>	1	(1) 0	1		non	non	non	non
<b>Exemple c</b>		(1) 0	1	1	envisagé	envisagé	envisagé	envisagé
<b>Exemple d</b>					envisagé	envisagé		
<b>Exemple e</b>						1		

*Entre parenthèses : composition initialement envisagée.*

*Autres nombres : composition finale de la structure ou du projet pluridisciplinaire, au moment des rencontres.*

*A.S. = assistante sociale du conseil général*

Quant à l'intégration de représentants des institutions à vocation sociale ou médico-sociale (Caisses d'allocations familiales, assistantes sociales du conseil général, consultations de PMI), les avis des promoteurs divergent sensiblement. Tous signalent l'intérêt pour leur exercice et surtout pour leurs patients de l'intégration de ces acteurs dans la maison de santé. Toutefois les obstacles juridiques d'une cohabitation de professionnels de statuts différents apparaissent nombreux voire insurmontables. « Il faut trouver des solutions pour créer des ponts entre les secteurs sanitaire et social » affirme l'un d'entre eux. Une des maisons de santé a décidé de ne pas intégrer de professionnels non libéraux au sein de la

structure. Une autre y arrive, au prix de quelques pirouettes lui évitant de déséquilibrer financièrement la structure. Les maisons en projets espèrent toutes intégrer cette dimension sociale et socio-sanitaire, avec l'aide appuyée de leurs élus locaux, mais avec des doutes sur sa faisabilité (« il n'est pas sûr que les acteurs pressentis acceptent de se délocaliser facilement »).

## **2.4 - Projet de santé : avec quels partenaires médicaux extérieurs et pour faire quoi ?**

Le cahier des charges commun de l'URCAM, de l'ARH et du Conseil régional stipule que « les maisons de santé soutenues doivent organiser la continuité des soins en intégrant dans la mesure du possible la dynamique des réseaux de santé préexistants ». Tous les projets fourmillent en ce sens d'idées. Le partenariat engagé dès le début entre l'une des maisons de santé et le réseau ICALOR dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques a déjà été évoqué. Mais d'autres collaborations sont évoquées : maisons du diabète, réseaux de gérontologie, réseaux de prise en charge de la sclérose en plaques, réseau des pharmaciens, etc.

Dans les discours, la dimension curative apparaît valorisée : elle profite de la complémentarité des approches au sein de la structure d'une part, elle-même enrichie par l'apport des compétences des réseaux ou des consultations avancées de médecine spécialisée d'autre part. Les actions de santé publique ne sont absentes d'aucun projet, même si elles ne sont pas aisées à mettre en place une fois la structure rendue opérationnelle. Dans tous les cas, la mutualisation des compétences extérieures et intérieures à la structure, en un même lieu, est vécue comme une force pour relayer plus aisément les campagnes nationales ou régionales de prévention, pour adapter à chaque usager les messages collectifs, pour enfin rôder un langage commun et cohérent de santé publique. Les médecins promoteurs estiment que l'idéal serait de pouvoir mener les actions de santé publique dans la durée, à la différence d'une campagne nationale ponctuelle, mais aussi en adaptant les thèmes abordés aux réalités de santé repérées sur le territoire avec l'aide des associations de prévention ou d'éducation à la santé.

En réalité, tous les professionnels rencontrés fondent des espoirs importants quant à l'efficacité des actions de prévention proximales ciblées, effectuées dans une approche pluridisciplinaire tant au sein de la structure qu'en dehors de celle-ci. Tous cependant regrettent que cette activité supplémentaire de prévention ne soit pas reconnue financièrement : « organiser des dépistages, faire des réunions d'information, coordonner les interventions, tout cela prend du temps. Or le temps est rare ! » Cette alerte est partiellement entendue puisque le temps investi dans la réalisation d'actions de prévention et de sensibilisation commence à être l'objet d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération : une des maisons de santé rencontrées fait partie des structures lorraines pressenties pour une telle expérimentation.

En matière d'actions de santé publique et de partenariat avec les réseaux de santé lorrains, les centres de santé miniers ont quant à eux une approche particulière. En l'état actuel, le

service minier collabore peu avec les réseaux de santé lorrains. En revanche, chaque centre de santé relaie les campagnes de prévention décidées au niveau national, tout en tentant de valoriser, en les formalisant, ses actions ponctuelles. Le service de santé minier tend cependant à s'inscrire de plus en plus dans les objectifs des programmes régionaux de santé publique, en concurrence avec les autres promoteurs de projets se proposant au financement du GRSP. La force de conviction et la cohérence des projets miniers de santé publique tiennent à son organisation en réseau, mais aussi à sa gestion centralisée. Cette dernière permet de déléguer des personnels à la constitution des dossiers, à la coordination de leur mise en œuvre, laissant la possibilité aux praticiens de santé de se consacrer au cœur de leur métier. Notons que cette différence d'organisation représente un atout pour le système de soins minier dans sa participation aux actions de prévention financées. Cet atout lié à une externalisation du centre de santé de certaines tâches, tout en restant internes, n'est pas de mise pour l'instant dans les maisons de santé libérales. Il peut toutefois se concrétiser si, demain, elles se fédèrent dans une structure régionale ou départementale.

## III - Dynamismes et réalités ou la tyrannie de Chronos

---

L'approche par le Pôle européen de santé des projets de maisons de santé examinés se veut pragmatique. Elle ne peut en ce sens ignorer les difficultés rencontrées par les promoteurs, tant dans l'élaboration des projets que dans le fonctionnement des structures.

Pour tous les porteurs de projets rencontrés, une évidence apparaît : monter un projet de maison de santé pluridisciplinaire demande de la conviction, de la détermination, de l'organisation, et une bonne dépense d'énergie pour vaincre un à un tous les obstacles. Mais ce constat ne s'arrête pas à la conceptualisation du projet et à l'ouverture de la structure. Faire fonctionner ce nouveau mode d'exercice des soins primaires ne demande pas moins d'efforts, de négociations et de temps. Le temps rare, le temps bénévole - tout en continuant une activité de soignant - représente bien l'un des principaux écueils rencontrés par les différents interlocuteurs pour mener à bien la mission qu'ils se sont donnée.

### 1 - La durée et le chevauchement des processus créatifs de la structure

Le délai séparant l'initiation du projet et sa concrétisation a presque doublé entre la première maison de santé ouverte en 2005 et la dernière qui sera ouverte en 2010. Les raisons tiennent autant à la complexité des dossiers qu'à l'histoire propre à chacun des projets.

Même si les grandes lignes du projet sont tracées avant l'ouverture (la collaboration avec l'hôpital local, par exemple, dans une des expériences rencontrées), une maison de santé ne peut naître que par le partenariat étroit entre les professionnels de santé et les représentants élus des communes et collectivités territoriales. Ces derniers peuvent même en être les instigateurs (deux exemples dans notre panel).

Dans tous les projets rencontrés, les rapports entre ces deux types de partenaires sont jugés riches, constructifs et respectueux des spécificités de chacun : à chacun son domaine ! Mais, même portés conjointement, les dossiers proposés aux financements publics ont nécessité une forte dépense d'énergie, de temps et de forces de persuasion.

Ainsi l'opinion générale sur le souvenir du parcours effectué est quasi unanime :

- Le montage des dossiers est évalué comme complexe et chronophage.
- La visibilité des aides et financements n'est pas optimale, autant du fait de leur multiplicité que de leurs cahiers des charges spécifiques.
- Les cahiers des charges sont vécus comme malaisés à remplir ou à satisfaire : manque de temps, défaut de familiarité avec le langage administratif, perplexité par rapport aux demandes des financeurs, notamment en matière d'évaluation.
- L'accompagnement en général est évalué comme insuffisant malgré les aides et conseils apportés par la MSA (citée par tous les projets libéraux), malgré l'apport de

l'URCAM dans les études de faisabilité. Le manque d'un bon carnet d'adresses de personnes ressources est souligné par tous les professionnels.

- Et ce d'autant plus que plusieurs projets ont dû composer avec les réalités des politiques locales : les changements d'élus ou de responsables dans les administrations et les institutions qui obligent parfois à réexpliquer depuis le début le bien-fondé du projet et à (re)convaincre. C'est là un exercice jugé épuisant !

Toutes les expériences rencontrées ont été initiées avant ou au début de l'opérationnalité du guichet unique (URCAM-ARH) mis en place en 2003 pour coordonner et centraliser les demandes de financement auprès du FAQSV, puis du FIQCS. Un grand espoir est placé par les promoteurs des maisons de santé dans la montée en charge de ce dispositif d'accueil et d'accompagnement pour faciliter la mise en œuvre des projets et réduire les difficultés.

Parallèlement au montage financier de l'investissement immobilier, en partenariat avec les partenaires territoriaux, l'une des difficultés citée dans plusieurs projets tient à la constitution de l'équipe pluridisciplinaire. L'ambition des maisons de santé se structure, en principe, autour d'un projet de santé. L'exercice de la pluridisciplinarité en est justement l'argument princeps. Or, fédérer les énergies et les engagements autour d'un projet consensuel pluridisciplinaire n'est pas chose aisée dans des professions réputées volontiers individualistes. C'est pourquoi, pour plusieurs expériences, le montage de la pluridisciplinarité a prévalu sur la définition du projet de santé, celui-ci étant alors subordonné à la réussite de la condition première.

Si toutes les maisons rencontrées insistent sur la nécessité de créer dès le début une association des professionnels de santé (parfois avec le regret d'avoir omis cette étape), c'est bien parce qu'il faut d'une part pouvoir parler d'une même voix, et d'autre part parce que l'organisation elle-même de la structure nécessite une longue phase de réflexion et de partage pour pouvoir régler toutes les conditions de l'exercice en commun. Le champ des sujets à examiner tout ensemble est multiforme et les solutions à adopter complexes à élaborer.

La déclinaison du « comment travailler ensemble » doit tendre vers un consensus entre tous les professionnels, pour que chacun trouve sa place et son rôle dans l'exercice de la pluridisciplinarité, en tenant compte des individualités, des spécificités professionnelles et des aspirations de chacun : locaux de rencontres, partage de l'information et outil informatique, formation pluridisciplinaire, évaluation des pratiques professionnelles, accueil des professionnels en formation, prévision d'accueil d'autres professionnels, etc. Tous ces thèmes ont des incidences sur l'organisation architecturale et logistique du projet. Il faut si possible tout anticiper et s'entourer de conseils avisés. L'importance du leader médical ou paramédical du projet est soulignée par tous, comme la neutralité d'un copilote associé (pharmacien pour une des expériences étudiées) ou le binôme leader (médecin, kinésithérapeute pour une autre). L'équipe constituée doit être « manager » et ne pas compter son temps !

Le statut juridique de la structure doit obéir à des impératifs consensualistes. Certains projets ont fait les frais des retards apportés à cette phase. Là encore, la diversité des exercices, comme les représentations de la place de chacun dans la « hiérarchie » du

système de soins, ne sont pas neutres : la pluridisciplinarité n'est pas sans faire craindre des relations de pouvoir qu'il faut savoir « déjouer » ou assumer. Si les contrats d'exercice en commun (CEC) ne posent guère de problème entre les professionnels médicaux, la définition de la forme juridique de l'ensemble de la structure n'apparaît pas monolithique : trois maisons sur quatre ont opté pour la société civile de moyens, une autre a porté sa préférence vers la forme associative en raison d'une réticence expérimentée d'un des partenaires envers la première formule. Dans toutes les maisons rencontrées, la participation des professionnels à l'ensemble des charges de la structure fait l'objet d'une attention très particulière pour ne pas léser ou décourager quiconque. Par exemple, la contribution de chaque professionnel aux charges de la structure (loyers, charges de fonctionnement) fait l'objet dans tous les projets de calculs savants tenant compte de nombreux critères. Bref, là également, si l'on veut fédérer des professionnels aussi différents autour d'un projet global et véritablement consensuel, il ne faut pas ménager son temps, son engagement.

## **2 - Le fonctionnement de la structure : entre motivations, lourdeur et bénévolat**

Le fonctionnement de la structure pluridisciplinaire représente un souci permanent de toutes les maisons de santé rencontrées. Il l'est pendant la phase de préparation durant laquelle il convient d'anticiper toute l'organisation, il le reste après le début de l'activité de la structure. La gestion d'une maison de santé est lourde. Elle repose sur le bénévolat des professionnels de la santé, une différence notable que nous avons déjà soulignée par rapport à l'organisation des centres miniers. « On est toujours sur le fil, on est en permanence dans la fragilité » nous dira l'un de nos interlocuteurs.

### **2.1 - Le secrétariat : un rouage essentiel des maisons de santé**

Tous les responsables de maison de santé rencontrés affirment le rôle primordial du secrétariat. C'est lui qui est en première ligne de l'accueil des usagers et de leur orientation. C'est le pivot du fonctionnement global de la maison, le centre logistique de la structure et de l'organisation matérielle de la pluridisciplinarité, des rencontres entre professionnels, des actions de prévention, voire des missions de recherche en médecine générale revendiquées par les maisons de santé (saisie des données épidémiologiques par exemple).

En l'état actuel du fonctionnement des maisons de santé, et en dépit des plus-values espérées de la maison de santé dans les domaines du curatif et du préventif, la charge financière que représente ce poste reste du ressort exclusif des professionnels de la santé intégrés à la structure. L'aide au démarrage constituée par le subventionnement du FIQCS n'est pas pérenne. Elle ne peut assumer durablement le poids financier d'un secrétariat. Ces fonds d'aide sont alors préférentiellement dédiés aux achats d'équipements.

L'absence d'aide en la matière induit des solutions originales : partage par exemple du poste de secrétariat entre plusieurs structures ou mise à contribution de la logistique de l'hôpital local partenaire (dès lors que la convention avec ce dernier sera signée). Mais elles peuvent aussi être plus drastiques et donc préjudiciables à l'organisation même de la

pluridisciplinarité : suppression pure et simple du poste avec un accueil minimal du public pour les intervenants non libéraux (assistante sociale, CAF, PMI) si leur institution d'appartenance le souhaite et le prévoit.

## **2.2 - Le temps de coordination de l'équipe pluridisciplinaire**

Mettre en harmonie l'interdisciplinarité pour qu'elle révèle toute son efficacité au service des patients est dispendieux en temps, en énergie. Le fonctionnement interne à la structure, qu'il s'agisse de réunions de partage pluridisciplinaire des dossiers, de réunions de synthèse, de consultations conjointes inter ou intra-disciplinaires, de formation individuelle et pluridisciplinaire, tout ce qui constitue l'essence même du concept de maison de santé sous-entend la nécessité d'une coordination entre les divers intervenants. On pourrait d'ailleurs ajouter à cette liste déjà conséquente l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique ou de recherche en médecine générale.

Les maisons les plus rodées à la pluridisciplinarité ont une certaine habitude de la répartition des tâches entre les professionnels, elles se montrent donc plus sereines sur ce sujet. Toutefois, cette fonction de coordination, dans tous les projets visités, est souvent considérée comme une tâche lourde et ce d'autant plus qu'elle est volontiers dédiée au leader, à son charisme et à son art de gérer les conflits éventuels de personnes ou d'intérêts. (« C'est une responsabilité chronophage, surtout en temps pris sur la vie privée, et épuisante »).

Au moment de l'enquête, ce temps de coordination, utile pour forger un véritable service supplémentaire pour les patients, par rapport aux situations de soins plus traditionnelles, se situe toujours sous le règne du bénévolat des professionnels qui en assument la charge. Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération forfaitaire commencent cependant à se faire jour.

Il faut d'ailleurs souligner à propos de ces nouveaux modes de rémunérations des élans évolutifs opposés entre les maisons de santé libérales et les centres de santé miniers. La réorganisation du système minier, jusqu'ici exclusivement constitué de personnels salariés, s'oriente vers un système d'intéressement financier des praticiens pour dynamiser le réseau (nouvelle convention collective sur la base du volontariat qui lie la rémunération à l'activité). Les responsables des maisons de santé, formées sur le modèle libéral, demandent de nouveaux modes de rémunération de nature forfaitaire.

## **2.3 - Maison de santé et temps professionnel**

Pour les soins curatifs, mais aussi pour les actions de santé publique, et au regard des ambitions multiformes des maisons de santé, les lourdeurs de gestion et de fonctionnement, les freins financiers, l'investissement personnel, y compris sur le temps de la vie privée, qui viennent d'être évoqués, pourraient laisser croire à une possible limitation de l'importance voire de la qualité des résultats escomptés. En d'autres termes, la maison de santé confrontée à toutes ces difficultés permet-elle un exercice plus serein pour les praticiens, assure-t-elle une meilleure disponibilité de ces derniers au service du patient ?

En l'état actuel des expériences rencontrées, il est difficile de répondre à cette question, car toutes sont encore naissantes. Les leaders, porteurs des projets, très au fait des difficultés rencontrées, parfois même découragés par l'addition de celles-ci (l'un d'entre eux faillit abandonner purement et simplement le projet, se sentant épuisé) manquent certainement encore du recul nécessaire pour ne pas se laisser dominer par les épreuves auxquelles ils ont été confrontés.

En dépit de cette limite, ce sont les responsables des maisons où la pluridisciplinarité est la plus expérimentée et la plus structurée qui portent le jugement le plus favorable quant à la qualité du temps professionnel dans cette nouvelle forme d'organisation de leur pratique. Ce sont ces maisons de santé-là qui commencent à engranger des résultats probants, d'après l'évaluation qualitative qu'en font leur responsable : meilleure qualité de suivi des patients du fait de la prise en charge pluridisciplinaire, meilleure participation aussi des usagers (éducation thérapeutique par exemple), et enthousiasme communicatif croissant de l'équipe pour cette nouvelle forme d'exercice cohérent, coordonné et convivial.

Pouvoir recentrer les praticiens vers le cœur de leur métier, notamment par une délégation des tâches administratives, reste cependant un impératif souvent évoqué. Un objectif qui permettrait de dégager davantage de temps professionnel.

Cette demande exprimée peut être complétée par une autre qui, sous des formulations différentes, a été unanime : « Le désir de travailler autrement (c'est-à-dire « mieux »), la volonté de consacrer plus de temps à chaque patient pour qu'il devienne acteur de sa propre santé et la mutualisation des compétences représentent une solution d'avenir pour le système de santé en général et notamment l'exercice des soins primaires en zone fragile. Mais pour que tout cela fonctionne harmonieusement, il faut créer autour des projets qui vont dans ce sens une atmosphère facilitant au moins la sérénité des acteurs. Il nous faut un peu de bienveillance, de compréhension et du temps pour réussir ! Cela passe aussi par une meilleure reconnaissance ... et une meilleure sécurité financière».

## IV - Dynamismes, réalités, perspectives

---

A travers l'expérience des cinq projets de maisons de santé lorraines rencontrées, on ne peut pas prétendre établir un aperçu exhaustif de leurs réalités, et encore moins d'en tracer les perspectives d'avenir. Toutefois, un certain nombre d'avis et d'attentes semblent converger de toutes les expériences libérales rencontrées.

Les difficultés de montage des dossiers de maisons de santé soulignent pour tous la nécessité d'un accompagnement expert durant tout le processus. Tous les porteurs professionnels de projets ont dû exercer en même temps leur profession libérale, le montage et la défense de leur dossier. Le temps est toujours au centre des difficultés exprimées. Ainsi la multiplicité des choix à faire durant la phase d'élaboration du projet nécessite de s'entourer des meilleurs conseils possibles et ce dans des domaines extrêmement variés : financements de l'investissement, élaboration d'un projet de santé consensuel, choix des statuts juridiques, organisation anticipatrice de la pluridisciplinarité et du fonctionnement de la structure. Certes l'expérience des aînés profite aux porteurs de projets suivants. Mais entre les premiers projets et les derniers de notre panel, on n'observe pas d'évolution positive vers une réduction des difficultés rencontrées : les doléances en ce sens apparaissent presque inchangées. Un bon carnet d'adresses pour éviter les pertes de temps et les fausses routes, des fiches techniques adaptées à chaque étape du processus, constituent donc pour tous un préalable indispensable.

Une fois que la structure est équipée, avenante, bien et longtemps pensée, qu'elle arrive enfin au stade opérationnel, la lourdeur de la gestion de la structure est également une constante dans le discours des responsables rencontrés. Elle pourrait être limitée par la délégation des tâches administratives soit au sein de la structure, soit en l'externalisant. Le but est bien de dégager du temps médical ou paramédical pour l'investir dans des actions de prévention, de soins coordonnés, de formation individuelle et collective, etc.

Les aides et financements qui pourraient être apportés pour contribuer aux charges du secrétariat, par exemple, sont perçus comme essentiels par tous les interlocuteurs rencontrés. D'autant que ce poste clé contribue à la fluidité de fonctionnement de la pluridisciplinarité et donc à la qualité des services rendus (accueil et orientation des patients, gestion médico-administrative des dossiers, prise de rendez-vous spécialisés, gestion éventuelle des systèmes d'information, etc.).

Tous les professionnels rencontrés insistent sur le temps nécessaire pour organiser et coordonner les différentes fonctions de la maison de santé. Dans la perspective raisonnée d'un bénéfice optimal pour les patients, la coopération entre les professionnels ne peut se concevoir sans concertations régulières, sans développement de protocoles de prise en charge coordonnée, sans échanges au sujet d'un patient, sans réflexion des divers professionnels sur leurs pratiques. Ce temps de coordination est un moteur puissant pour l'efficacité générale de l'organisation pluridisciplinaire du soin, ou de l'éducation

thérapeutique. Il l'est tout autant pour l'organisation des actions de prévention portées collectivement et en partenariat avec des intervenants extérieurs. Le but est bien de renforcer les activités de prévention à dimension clinique ou populationnelle, au sein de la maison de santé ou en dehors (écoles, entreprises), en profitant de l'approche pluridisciplinaire de la maison de santé. Ainsi, tous les porteurs de projets estiment que cette activité coordinatrice devait être reconnue et ouvrir la voie à d'autres modes de rémunération que celui du paiement à l'acte, exclusivement fondé sur le soin.

Les maisons de santé constituent un espace de partage et de prise en charge coordonnée. En ce sens, la dynamique qui les anime offre l'opportunité de développer de nouvelles activités. L'ouverture des maisons de santé aux intervenants médico-sociaux est une manière de favoriser une offre plus adaptée et plus complète mais aussi d'éviter le cloisonnement entre le sanitaire et le social. Des formules juridiques adaptées sont appelées de leurs vœux par les promoteurs.

Enfin, entre les maisons de santé libérales et les centres de santé miniers, il n'y a pas de différence majeure dans leurs objectifs, comme avec ceux de l'ensemble des soignants libéraux : mieux soigner, mieux prendre en charge les patients, agir pour prévenir les maladies ... telles sont les missions de tous les soignants ! L'essentiel soulignent quelques-uns de nos interlocuteurs n'est-il pas de pouvoir agir dans une vraie synergie de réponse.

Cela signifie pouvoir développer des réponses spécifiques à chacun des modèles et par conséquent leur donner pour cela les moyens de leurs spécificités. Les centres de santé miniers tendent à s'inspirer des modèles libéraux, par exemple par la création de pôles de santé réunissant plusieurs centres de santé autour de moyens communs. A leur tour, les maisons de santé libérales pourraient s'inspirer de la force du réseau minier en mutualisant leurs moyens : s'appuyer sur des logistiques d'informatisation partagée, déléguer des tâches administratives, coordonner des actions de prévention entre maisons de santé, etc. La création d'un réseau des maisons de santé est un objectif souhaité par plusieurs de nos interlocuteurs. Elle passera par la création annoncée d'une fédération lorraine des maisons de santé.

# Conclusion

---

Le concept de maison de santé représente une formule d'exercice des soins primaires aujourd'hui valorisée. Sans attendre les incitations gouvernementales se manifestant dans le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoire », les collectivités territoriales et les professionnels de la santé ont su s'associer pour rendre ce concept opérationnel sur le terrain. Ce partenariat inédit se fait jour en Lorraine depuis le début de la décennie, il est soutenu par les services de l'État, les élus régionaux et départementaux, et par l'aide constante des organismes de sécurité sociale. Les incitations étatiques encouragent ces partenariats déjà entamés, et laissent espérer que les difficultés de création et de fonctionnement des maisons de santé, dont l'enquête se fait l'écho, puissent s'amoinrir dans le temps.

Le dynamisme des porteurs de projets rencontrés témoigne bien de la portée potentielle de ce concept tant dans le domaine de l'intervention de soins que dans le domaine de la santé publique. Les idées fourmillent, les lignes bougent. Le partenariat avec les collectivités locales, avec les réseaux de soins, les associations de patients, avec tous les acteurs du monde sanitaire et social, participe au décloisonnement attendu du système de prise en charge des usagers. Les territoires interviennent dorénavant dans le triangle traditionnel patient-médecin-assurances. Cette intervention, récente encore, témoigne de l'attention partagée accordée à l'organisation de l'offre de soins, à sa pérennité et tout particulièrement à sa cohérence dans des zones géographiques fragiles.

Dans les structures rencontrées, chaque projet s'est construit sur un territoire spécifique, en tenant compte de ses atouts et de ses faiblesses. Chaque projet est une histoire particulière, une somme de compromis décidés dans le partage, une lente édification d'un projet global de santé en lien étroit avec les spécificités du territoire. La vogue des maisons de santé pluridisciplinaires tend à grandir, mais elle tend aussi à devenir un marché avec des risques de dérive vers des problématiques autres que celles de l'organisation raisonnée d'une offre de soins territorialisée.

Les maisons de santé pluridisciplinaires représentent-elles la solution à la question de la pérennité de l'offre de soins dans les territoires déficitaires ? Les arguments collectés auprès des acteurs de projets suggèrent «qu'on ne peut revitaliser ce qui est déjà un désert, on peut par contre pérenniser l'offre de soins dans les territoires fragiles ». Encore faut-il que la création des maisons de santé, par l'attraction centralisatrice qu'elles provoquent sur un territoire, ne suscite pas d'autres déséquilibres de l'offre de soins.

Les maisons de santé enclenchent manifestement une dynamique nouvelle dans le système des soins primaires, en y adjoignant de nouvelles ambitions. Elles représentent sans doute le ferment d'un changement des conditions d'exercice de la médecine de premier recours. L'engouement qu'elles suscitent ne doit pas faire négliger cependant d'autres projets, peut-être moins ambitieux, mais tout aussi importants pour maintenir l'équilibre de l'offre de soins et la synergie des actions de santé à la fois curatives et préventives.