

Novembre 2013

Evaluation externe de la politique régionale de déploiement des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA)

Travail réalisé à la demande du Bureau PSLA



3 Place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tel : 02.31.43.63.36 / Fax : 02.31.43.63.50
✉ p.despres@orsbn.org
Site Internet : www.orsbn.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation externe de la politique régionale de déploiement des PSLA.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OUTILS ET METHODES	2
PHASE PREPARATOIRE	2
ANALYSE DOCUMENTAIRE	2
RECUEILS D'INFORMATIONS PAR ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES	2
EXPLOITATION DES DONNEES COLLECTEES ET MISE EN PERSPECTIVE	3
RESULTATS ET ANALYSES	4
PILOTAGE ET SUIVI DE LA POLITIQUE REGIONALE	4
EFFETS OBSERVABLES SUR LES PRATIQUES ET LES TERRITOIRES	11
APPROCHE MEDICO-ECONOMIQUE	31
DISCUSSION CONCLUSIVE	34
LES LIMITES DE L'EVALUATION	34
UNE QUESTION GENERALE AUTOUR DU TEMPS	34
DES AMBIGUITES DE DEPART	34
LES ATOUS DE LA POLITIQUE REGIONALE ET DU MODELE	35
PROPOSITIONS ET PERPECTIVES	36
PILOTAGE	36
INFORMATION RECIPROQUE ET SUIVI	37
DIAGNOSTIC TERRITORIAL COMMUN	37
DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT	38
GLOSSAIRE	39
BIBLIOGRAPHIE	40
LISTE DES ANNEXES	41

Travail réalisé par (par ordre alphabétique) :

Elodie BROUDIN (assistante d'études), Pascale DESPRES (Directrice), Catherine ECHEBAULT (en stage de Master 2), Isabelle GRIMBERT (Directrice d'études), Julie MOLETTE (chargée d'études), Julie PASQUIER (chargée d'études), Annabelle YON (Directrice d'études).

INTRODUCTION

Partageant le souci commun de l'accès aux soins, l'URML (Union régionale des médecins libéraux), l'URCAM (Union régionale des caisses d'Assurance maladie), l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation) et la Région Basse-Normandie ont élaboré, dès l'année 2000, une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné.

A l'issue de huit années d'actions conjointes des différents partenaires, « La charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie » est signée le 27 juin 2008 par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, par la Préfecture, les Sous-préfectures, la Région Basse-Normandie, l'URCAM, l'URML, les Conseils généraux, l'ARH, la Mission régionale de santé, le Doyen de la faculté de médecine de Caen, les Conseils de l'ordre des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des pharmaciens, de l'Union des remplaçants de Basse-Normandie et du Collectif inter-associatif de la santé bas-normand.

Afin de contribuer à l'actualisation de cette charte, les partenaires ont souhaité la réalisation d'une évaluation externe de la politique de déploiement des PSLA en Basse-Normandie. Le cahier des charges de l'évaluation établi par le bureau du comité de pilotage PSLA, prévoit une appréciation globale de cette politique, sur un plan quantitatif et qualitatif au regard des objectifs initiaux visés par la charte¹. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation du fonctionnement des pôles existants.

L'ARS est en charge de la réalisation de l'évaluation quantitative, l'évaluation des dimensions qualitatives a été confiée à l'ORS de Basse-Normandie.

Ce travail a pour fin de permettre l'appréciation de l'apport des organisations mises en place pour répondre aux objectifs initiaux déclinés dans la charte partenariale de 2008, à savoir :

- Garantir l'accès aux soins de proximité pour la population bas-normande.
- Pallier les conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé en développant un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé.
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté.
- Participer à la réponse aux besoins de santé publique dans ses priorités tant nationales que régionales et locales.
- Contribuer à la politique d'aménagement du territoire et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée.
- Valoriser l'action régionale et ses effets sur l'offre de soins de proximité.

En lien avec les commanditaires, cinq questions évaluatives ont été précisées :

- *Quelle est la qualité du processus de pilotage et de suivi de la politique régionale déclinée dans la charte partenariale ?*
- *Quels sont les effets observables sur les territoires d'implantation des PSLA concernant l'offre de soins et la coordination des interventions avec les autres acteurs de santé, du champ social et médico-social ?*
- *Quels sont les effets induits par la politique régionale sur les pratiques professionnelles et les conditions d'exercice des professionnels de santé ?*
- *Quels sont les freins et les leviers de la politique partenariale en œuvre depuis 4 ans ?*
- *Quelle est l'adéquation des moyens financiers engagés avec les objectifs visés et les projets réalisés ?*
- *Quels sont les atouts de ce modèle au regard des autres formes d'exercice regroupé ?*

¹ Cf. Charte régionale en annexes

OUTILS ET METHODES

L'évaluation qualitative menée par l'ORS de Basse-Normandie combine :

- Une analyse des documents associés à la mise en œuvre de la charte partenariale : comptes rendus, descriptifs des projets, documents liés aux phases d'assistance à maîtrise d'ouvrage...
- Des enquêtes qualitatives par entretiens ou questionnaires auprès des acteurs promoteurs de PSLA et des autres acteurs des territoires concernés, des partenaires engagés par la charte et des usagers.
- Une analyse croisée des informations collectées et des résultats des enquêtes menées.

Elle complète ainsi les aspects quantitatifs travaillés au sein de la direction de la performance de l'ARS.

La démarche s'est déroulée en plusieurs étapes, dans un calendrier contraint de mai à octobre 2013.

Phase préparatoire

La phase initiale de l'intervention s'est appuyée sur un temps d'échanges avec les commanditaires afin de compléter et d'affiner les questions évaluatives en fonction de la faisabilité et de la disponibilité des données nécessaires.

Elle a également permis de recueillir l'ensemble des documents et informations associés à la mise en œuvre de la charte partenariale (comptes rendus des instances de pilotage et de décision, dossiers concernant les pôles opérationnels ou accompagnés...)

Le déploiement prévisionnel des travaux ainsi que les modalités d'échantillonnage et de contact des personnes à interroger, ont été présentés et validés par le bureau PSLA du 14 mai 2013².

Analyse documentaire

Il s'agissait ici, à partir des ressources bibliographiques nationales disponibles (publications concernant les Maisons de santé pluridisciplinaires et l'exercice coordonné des professionnels de santé libéraux) et des productions écrites associées à la charte, de décrire les actions pouvant concourir à la mise en œuvre des objectifs généraux et opérationnels de cette dernière.

Les éléments permettant de répondre le plus objectivement possible à tout ou partie des questions évaluatives ont été systématiquement recherchés.

Recueils d'informations par entretiens et questionnaires

Cette phase de l'intervention a permis de compléter les éléments obtenus par l'analyse de documents au regard des questions évaluatives. Ces recueils ont concerné :

- **16 institutions partenaires parmi les 26 signataires originaux de la charte régionale³** afin de recueillir, par entretien qualitatif semi-directif en face à face ou à défaut par téléphone, leurs appréciations concernant :
 - les modalités d'actualisation du diagnostic territorial définissant les zones d'intervention prioritaire ;
 - le pilotage général du dispositif ;
 - le suivi de la dynamique engagée et de ses effets sur l'installation de nouveaux professionnels de santé ;
 - l'organisation de l'information régulière et réciproque des acteurs mobilisés.

² Cf. Réponse de l'Ors Basse-Normandie en annexes

³ Cf. liste en annexes

- **Dans les territoires de PSLA opérationnels** et afin d’apprécier la conformité du fonctionnement des PSLA aux objectifs et recommandations de la charte (définition du projet médical de proximité, organisation de la coordination des interventions avec les autres acteurs du territoire, effets sur les pratiques professionnelles et les conditions d’exercice des professionnels intégrés au pôle) :
 - Entretiens de groupe avec toutes les équipes des PSLA ouverts sur la base d’un guide d’entretien.
 - Enquête par questionnaire auprès des usagers des PLSA ouverts sur une semaine donnée (du 15 au 19 juillet 2013). Les questionnaires ont été mis à disposition des publics accueillis et collectés dans une urne avant retour à l’ORS. La saisie, le traitement et l’analyse ont été assurés par l’équipe de l’ORS.
 - Enquête téléphonique par questionnaire auprès des professionnels de santé libéraux installés sur ces territoires mais non intégrés au PSLA, d’établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux de ces territoires⁴.
- **de promoteurs de PSLA en phase de construction immobilière, d’assistance à maîtrise d’ouvrage ou de conception de projet médical de proximité**⁵ afin d’apprécier les aspects liés au montage du projet et à la phase d’accompagnement. L’avis des communautés de communes concernées a également été sollicité. L’entretien en face à face a été privilégié. A défaut, un entretien téléphonique a été organisé.
- **de promoteurs de PSLA dont l’accompagnement n’a pas abouti** ⁶ **à la mise en œuvre d’un projet opérationnel** afin d’apprécier les aspects liés au montage de projet et à la phase d’accompagnement. De nouveau l’avis des communautés de communes concernées a également été recherché.
- **de professionnels exerçant en maison de santé pluridisciplinaire ou cabinet d’exercice regroupé et de leurs usagers** afin d’apprécier les forces et les faiblesses des autres formes d’exercice regroupé (3 sites ont été sollicités : Aunay-sur-Odon, Agneaux et Le Sap).

Exploitation des données collectées et mise en perspective

Le croisement et l’analyse de l’ensemble des informations (synthèse puis analyse des entretiens, saisie et traitement des questionnaires) ont permis d’apprécier les conditions de mise en œuvre de la charte et de mesurer l’atteinte des objectifs visés⁷ concernant :

- *Le pilotage et le suivi de la politique régionale déclinée dans la charte partenariale ;*
- *Les effets observables sur les territoires en matière d’offre de soins ;*
- *L’incidence sur les conditions d’exercice des professionnels et les modalités de prise en charge des patients.*

Les éléments qualitatifs et les données quantitatives produites par la direction de la performance de l’ARS ont été croisés aussi souvent que possible.

⁴ Cf. liste en annexes.

⁵ Cf. liste en annexes.

⁶ Cf. liste en annexes.

⁷ Cf. Réponse de l’Ors Basse-Normandie en annexes

RESULTATS ET ANALYSES

Pilotage et suivi de la politique régionale

La charte partenariale est dotée de plusieurs instances visant à coordonner les actions et moyens humains et financiers ainsi que l'information régulière et réciproque des signataires :

- Pour le pilotage général, un **comité de pilotage** est composé de l'ensemble des signataires de la charte;
- Pour sa mise en œuvre opérationnelle :
 - **Trois Comités opérationnels départementaux** (COD) associant à l'origine : le Conseil régional de Basse-Normandie (CRBN), l'Union régionale des médecins libéraux (URML), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), les Conseils de l'ordre, le Département et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Ils assurent le suivi des projets et étudient notamment les projets médicaux de proximité et projets professionnels.
 - Le **Comité technique d'ingénierie** (CTI) associant les partenaires contribuant au financement du dispositif d'accompagnement en ingénierie (ARS – URML – CRBN). Il attribue des journées de prestation et étudie les rapports réalisés.
 - Le **Comité des financeurs** (CDF) ou guichet unique mis en place afin de centraliser et de simplifier les demandes de subventions relatives aux pôles. Il repère les financements disponibles, étudie les demandes et les instruit techniquement.

S'y ajoutent l'élaboration et la validation collective d'un diagnostic territorial commun permettant de définir les zones d'implantation prioritaire des pôles⁸ (carte ZIP) ainsi qu'un soutien et un accompagnement des projets de PSLA afin qu'ils répondent au mieux à l'organisation souhaitée définie dans la charte et concrétisée par la production d'un « *projet médical de proximité* » (référence au bassin de vie).

De l'avis des partenaires, cet ensemble constitue une « *démarche collective originale* » car elle dépasse la seule promotion du regroupement des professionnels de santé en s'inscrivant dans une dynamique de concertation interinstitutionnelle : la charte est « *un outil de coordination des politiques publiques* », qui « *a l'avantage de réunir de nombreux partenaires autour de la table* », « *permet une synergie entre de nombreux acteurs* » et « *constitue le cadre d'une organisation collective matérialisée dans une gouvernance formalisée et clairement affichée* » ; « *il est rare que l'on rencontre une telle complémentarité* ».

Pour autant, l'analyse des entretiens menés auprès de 16 des 26 signataires originaux met en évidence un niveau d'informations relativement disparate et pour certains un manque de lisibilité sur la mise en œuvre régionale de la politique en particulier en cas de non participation aux instances.

Les instances de la charte et le processus de décision

Le Comité de pilotage, l'instance politique de cadrage

Réuni annuellement, le Comité de pilotage permet d'assoir la politique régionale promue par la charte. Cette instance permet « *de re-convaincre* », « *de s'informer de l'évolution de la politique régionale* », « *une prise de décisions politiques* ». Ce temps de rencontre est perçu comme l'occasion de donner une

⁸ Initialement dénommées « zones d'intervention prioritaires », ces zones ont été redéfinies « zones d'implantation prioritaires » lors de l'élaboration du SROS.

vision régionale commune à tous les signataires : « un point sur le déroulement de tous les projets », « un partage d'expériences concernant les difficultés rencontrées ». Notons que ce retour annuel sur l'état d'avancement des projets peut être le seul vecteur effectif d'informations pour des acteurs ne participant pas aux autres instances de la charte.

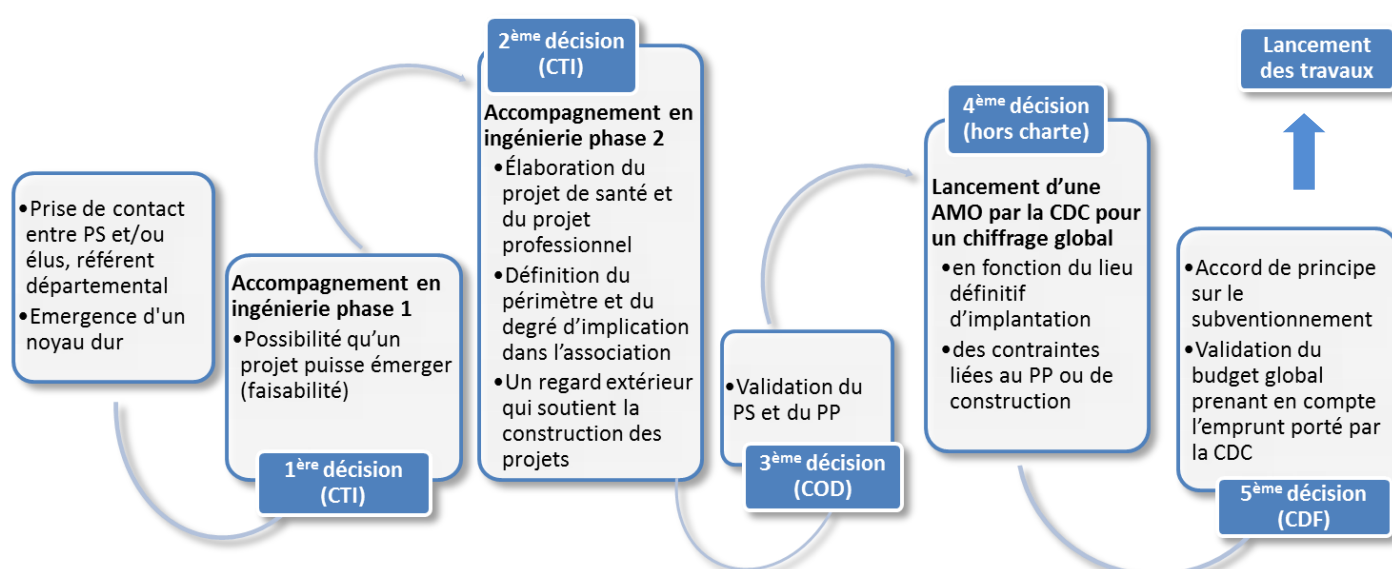
Cependant il ressort que la mise en place de l'ARS en avril 2010 a transitoirement « perturbé le calendrier des réunions », occasionnant « une période de flottement ».

Cette instance est également jugée parfois trop « administrative », « très formelle », sans réel rôle décisionnel concernant chacun des projets de pôles : « une instance...qui permet de valider ce qui a été dit avant dans d'autres instances ».

Néanmoins, d'une manière générale, les partenaires reconnaissent au comité de pilotage **un rôle central en matière de cadrage et de suivi de la politique régionale**.

Des prémices à l'ouverture, un long processus

Les entretiens conduits (partenaires signataires de la charte et promoteurs de projets accompagnés) et les documents mis à la disposition de l'ORS (principalement les comptes rendus du COPIL, du CTI, des COD) permettent de mieux comprendre le circuit de traitement des projets de pôles éligibles, matérialisé par le schéma ci-dessous :



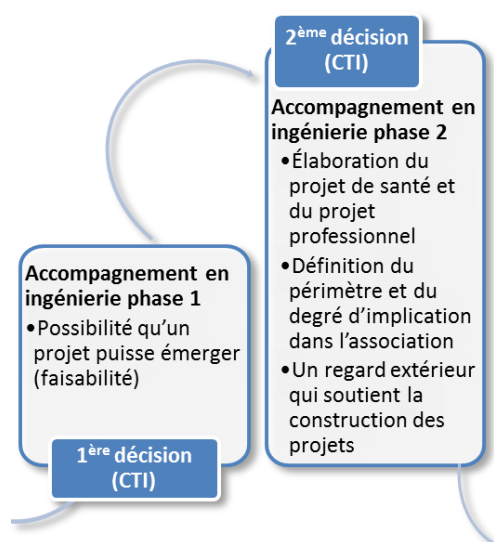
En amont, un important travail d'information et de sensibilisation

- Prise de contact entre PS et/ou élus, référent départemental
- Emergence d'un noyau dur

La mise en œuvre opérationnelle de la charte passe en premier lieu par l'identification d'un référent dans chacun des 3 départements : Conseil de l'ordre des médecins pour la Manche et l'Orne, URML pour le Calvados.

Interlocuteur privilégié des promoteurs de projet, ce dernier est chargé d'organiser les réunions locales, de suivre les projets de son territoire et d'assurer une information de l'ensemble des partenaires. Son travail favorise l'émergence de noyaux durs de professionnels de santé intéressés par le montage d'un projet PSLA sur leur territoire. L'important travail de promotion de la charte sur les territoires, réalisé par l'URML a été souligné à plusieurs reprises lors des entretiens.

L'ingénierie, une étape capitale



Les professionnels intéressés par la démarche peuvent bénéficier d'un accompagnement en ingénierie par un prestataire externe d'abord pour mieux cerner les conditions de faisabilité du projet (phase 1) et ensuite élaborer un projet de santé et un projet professionnel (phase 2).

Pour mémoire, la charte indique que « *le pôle de santé libéral et ambulatoire ... permet d'assurer la transition entre l'exercice professionnel d'aujourd'hui et celui de demain* ».

A ce titre, **l'accompagnement des professionnels de santé en ingénierie est perçu comme une phase capitale** : cette étape est décrite comme « *fondamentale* » et « *bénéfique pour dynamiser l'équipe de professionnels de santé existante* ». Elle constitue ainsi « *une aide à la conduite de projet, un accompagnement au changement* » et « *permet de poser les bases d'un travail collectif* », le médecin étant « *formaté pour*

travailler tout seul ». Elle donne au projet le temps de murir et le soutien d'un regard extérieur.

Cependant, les différentes interventions des prestataires en ingénierie appellent un certain nombre de remarques et notamment le constat d'une dimension conseil et réflexion stratégique relativement faible : « *les cabinets mobilisés font un travail globalement intéressant ... Ils font un travail de synthèse des avis exprimés* ». Certaines prestations n'ont d'ailleurs pas donné entière satisfaction conduisant le CTI à revoir la liste des prestataires possibles pour ces accompagnements.

Les projets de santé des pôles ouverts sont en conséquence considérés comme assez théoriques et souvent formatés : « *certaines PSLA ont fait un projet de santé du fait de son caractère obligatoire* », « *des cabinets qui font un peu du « copier-coller de projets* ».

De plus, si les projets de santé analysés mentionnent souvent les acteurs notamment du champ médico-social présents sur les territoires, force est de constater, au vu de l'enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon de ces structures, que ces derniers sont rarement sollicités pour contribuer à la construction de ces projets.

La question de la place des collectivités locales, mises à contribution pour la phase immobilière, a été soulevée à de nombreuses reprises.

La bonne articulation du projet immobilier avec le projet de santé et le projet professionnel passe par une présentation à ces collectivités des objectifs et du contenu du projet de santé. A défaut, des tensions parfois durables peuvent se faire jour : « *les tensions peuvent être fortes d'autant que les élus sont souvent réticents lorsqu'il s'agit d'investir de l'argent public pour des activités libérales* ».

En outre, le contexte politique local joue parfois un rôle déterminant d'amorce ou de renforcement de la dynamique portée par les professionnels de santé ou à l'inverse de frein à cette même dynamique : « *les élus peuvent dans certains cas être facilitateurs* », « *le lien entre Communautés de communes (CDC) et professionnels de santé est essentiel* », « *on a sous-estimé la politique tout court...* ».

Le COD, une instance essentielle mais des fonctionnements hétérogènes

Après les phases d'ingénierie dont il est rendu compte en CTI et en COD, vient l'étape de présentation puis de validation du projet de santé et du projet professionnel dans le cadre des travaux du COD concerné.

Les entretiens ainsi que les comptes rendus des 3 COD témoignent d'un **très fort investissement des partenaires au sein de ces instances** et d'une « *forme de militantisme* ».

Depuis la signature de la charte en 2008 et jusque début 2013, on ne recense pas moins de 27 séances de travail dont une mobilisant simultanément les trois COD. On observe toutefois une certaine hétérogénéité de fréquence de réunion selon les départements (14 pour le Calvados, 6 pour l'Orne et 6 pour la Manche) et de présence selon les dates de réunion (de 7 et 15 personnes).

• Validation du PS et du PP

3^{ème} décision (COD)

La composition des COD a été impactée par le bouleversement du paysage institutionnel consécutif à la Révision générale des politiques publiques (RGPP) et à la mise en œuvre de la Loi Hôpital patients santé et territoires (HPST). Ainsi, si une partie du champ de compétences des anciennes DDASS et de l'URCAM ont été reprises par l'ARS, le versant social a quant à lui été intégré aux nouvelles Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et les caisses d'Assurance maladie des trois principaux régimes ne sont plus représentées.

A l'inverse, la loi HPST a prévu la création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) qui rassemblent pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces URPS ont pour mission l'organisation et l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et participent à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. A ce titre, elles ont été progressivement et de manière un peu inégale selon les départements, associées aux travaux des COD.

Ces évolutions ont conduit les 3 COD à avoir **une composition quasi exclusivement tournée vers les acteurs du soin**, perdant dans le même temps le versant social et la représentation antérieure des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs les comptes rendus des réunions de ces instances ne mentionnent pas la participation systématique des promoteurs aux fins de présenter leur projet, une synthèse étant le plus souvent faite par le référent départemental.

Lorsque le dossier traité ne fait pas consensus, l'analyse de ces mêmes comptes rendus n'a pas permis d'identifier les modalités d'arbitrage : Nécessité d'un quorum ? Majorité simple ?

Les dossiers font de plus l'objet d'examen successifs, avec des allers-retours pour compléments d'information auprès des promoteurs, qui donnent parfois lieu à des décisions « sous réserve » de précisions. Les documents analysés ne permettent donc pas de repérer de manière exhaustive les dates de validation définitive des projets de santé et des projets professionnels de chaque pôle.

Les collectivités locales, non signataires de la charte mais acteurs à part entière

4^{ème} décision (hors charte)

Lancement d'une AMO par la CDC pour un chiffrage global

- en fonction du lieu définitif d'implantation
- des contraintes liées au PP ou de construction

Le projet de santé et le projet professionnel validés, les CDC sont alors mobilisées pour lancer une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) afin de préciser les conditions de réalisation du projet immobilier et de permettre un chiffrage global du coût de l'opération.

Cette phase potentiellement longue est perçue comme une phase à risque :

« *cela peut constituer une zone de danger...ce projet immobilier reste très particulier... et n'est pas un équipement lambda de la communauté de communes* », « *un projet peut achopper sur une question de prix des loyers, certains aspects immobiliers doivent pouvoir être évoqués au départ...* », « *quand*

on arrive après la maîtrise d'ouvrage où on a les prix, commence la négociation, c'est là que l'on va au clash... ».

Le choix du lieu d'implantation définitif peut lui aussi cristalliser des tensions importantes et gommer la vocation territoriale des projets au profit d'une forme de compétition entre territoires, voire entre communes : *« la guerre des clochers », « les élus ont du mal avec la dimension territoriale », « la compétition territoriale que cette politique a pu engendrer », « cette politique induit peut-être une forme de concurrence entre les territoires ».*

La phase d'AMO passe au fond par une forme d'engagement réciproque entre les CDC qui vont devoir recourir à l'emprunt et les professionnels qui entreprennent une nouvelle forme d'exercice après, pour certains, 20 à 30 ans d'activité totalement isolée et indépendante.

Tous ces aspects concourent à rendre cette période potentiellement génératrice de tensions, parfois durables, qui nuisent si elles ne sont pas anticipées ou apaisées, au déroulement serein des projets. Ces tensions peuvent contribuer à l'allongement des délais de mise en œuvre et émousser les motivations.

Le guichet unique, une plus-value reconnue

Lancement
des travaux



- Accord de principe sur le subventionnement
- Validation du budget global prenant en compte l'emprunt porté par la CDC

5^{ème} décision
(CDF)

Lorsque le dimensionnement financier est finalisé, le dossier peut être présenté au CDF, guichet régional unique permettant la mobilisation conjointe de l'ensemble des sources de financement référencées par la charte.

Le fonctionnement de ce comité est perçu comme efficace pour le financement du projet immobilier : *« permet de suivre les projets...se place comme un outil en tant que tel », « un dossier commun qui simplifie les choses pour le porteur de projet », même si la complexité des différents financements demeure.*

L'identification de correspondants dans chacune des institutions concernées est décrite comme une véritable plus-value : *« avec les interlocuteurs identifiés...les relations sont actuellement faciles et efficaces ».*

Le besoin d'améliorer encore la coordination des financements, en particulier ceux liés aux dispositifs hors charte d'incitation à l'installation mis en œuvre par les Départements de la Manche et de l'Orne a été souligné : *« cela ne donne pas l'image de collectivités qui avancent ensemble pour régler une problématique », « la demande de mutualisation faite aux professionnels doit également se faire au niveau des instances régionales et départementales ».* Cependant, l'importance de préserver les différents espaces politiques a été parallèlement soulignée.

La décision du CDF constitue un signal fort pour les promoteurs, elle officialise la possibilité de lancer concrètement les travaux de construction du bâti.

Par la suite, si des retours d'informations sur la mise en œuvre des pôles subventionnés sont faits occasionnellement notamment lorsque le projet bénéficie d'un accompagnement juridique, il n'existe pas à ce jour d'outil unique de suivi régional donnant aux partenaires une visibilité d'ensemble sur :

- la réalisation des budgets prévisionnels globaux (un suivi est réalisé par chaque financeur).
- la mise en œuvre du projet de santé au-delà de l'ouverture des pôles.

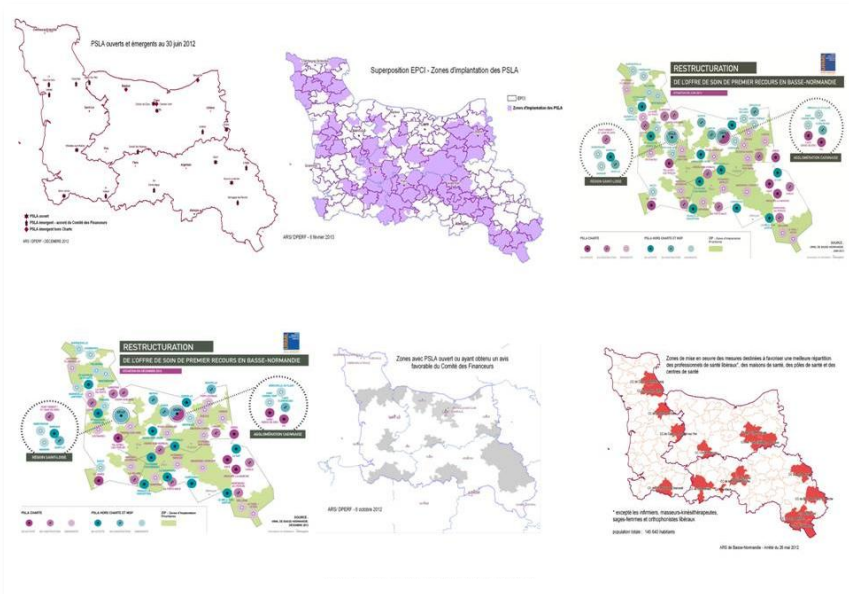
Des outils de suivi existent au niveau départemental mais leur hétérogénéité ne facilite pas un suivi actualisé au plan régional pour l'ensemble des partenaires de la charte : *« un outil de suivi de projets harmonisé pourrait être intéressant », « Il serait intéressant que les informations actualisées soient mises à disposition de tous (professionnels de santé, CDC...), de façon unifiée et à un seul endroit. La déclinaison départementale reste essentielle », « Un tableau de bord commun de suivi financier pourrait être mis en place ».*

La cartographie prioritaire

Une méthodologie collégiale, gage de transparence et de rigueur pour les partenaires

Les entretiens mettent en évidence un consensus quant à la méthodologie d'actualisation du diagnostic territorial commun : « les modalités d'actualisation de cette carte ne font aujourd'hui plus débat », « Une méthodologie très claire et cadrée », « C'est très technique mais globalement on retrouve les zones dont on sait qu'elles sont peu attractives ». La diffusion des éléments qui président à l'élaboration de la cartographie de la géographie prioritaire est un gage de transparence pour les partenaires.

La cartographie est actualisée tous les ans et transmise lors des comités de pilotage. Entre deux, des territoires peuvent voir leur situation s'aggraver brutalement suite à une cessation d'activité d'un médecin généraliste. Cette mise à jour annuelle peut aussi conduire un territoire hier prioritaire à ne plus l'être l'année suivante alors que des professionnels ont pu initier dans l'intervalle, un projet avec l'espoir de pouvoir bénéficier de subventions via le guichet unique.



Le manque de visibilité de cette carte, pas toujours connue des partenaires, peut être en partie expliquée par l'existence d'une multiplicité de cartes, accessibles sur des supports ou des sites différents (ARS, URML, URBAN) et visant des objets spécifiques autour des questions de démographie des professionnels de santé et de promotion de l'exercice regroupé.

Ces nombreuses cartes peuvent finir par brouiller les informations qu'elles contiennent et conduire certains partenaires interrogés à exprimer des besoins en termes de communication ou de partage d'informations actualisées.

« Une diffusion à l'ensemble des partenaires des cartes actualisées de façon régulière serait souhaitable », « ...ce qu'il manque c'est un intranet collaboratif construit simplement dans lequel on retrouverait tous les documents de référence dont les modalités de mise à jour de la carte des zones prioritaires... ».

La carte ZIP est la référence pour l'attribution des financements liés à la charte, il importe donc que sa version actualisée soit consultable à tout moment par les partenaires, les professionnels de santé et les élus locaux.

Des échelles géographiques d'observation différentes des territoires de mise en œuvre

Le diagnostic territorial commun utilise comme zonage de référence le bassin de vie, ce qui donne une certaine robustesse aux analyses statistiques. Les zonages ouvrant la possibilité à des aides individuelles font quant à eux référence aux bassins de vie mais également aux pseudo-cantons.

En outre, la charte mentionne le bassin de vie comme zonage des pôles eux-mêmes mais l'échelle réelle de mise en œuvre des projets reste le plus souvent celle de l'intercommunalité.

S'il apparaît difficile d'harmoniser toutes ces échelles, leur coexistence constitue une réelle difficulté et complexifie la communication auprès des acteurs des territoires.

Notons que la mise en place d'un pôle sur un bassin de vie prioritaire conduit à l'exclusion de ce dernier de la carte ZIP actualisée sans que sa situation en termes de démographie médicale (densité et âge des praticiens) ait automatiquement évolué : « *La mise en place d'un PSLA ne résout pas tous les problèmes et il est dommageable d'exclure ces territoires du dispositif et de ne plus prendre leur problématique en considération* ».

Ce constat interroge au passage sur l'égalité des territoires à initier ce type de démarche, en particulier pour des professionnels en surcharge de travail, justement du fait de leur faible nombre : « *L'une des difficultés de cette politique est quand il n'y a plus de professionnels, plus de point d'ancrage permettant l'initiation de la démarche PSLA. C'est tout le paradoxe de cette politique* ».

D'autres aspects à prendre en compte

Les variables statistiques et les informations qualitatives mobilisées pour définir de concert, les territoires qui vont pouvoir justifier d'un accompagnement financier dans le cadre de la charte, ont permis de cibler des espaces à dominante rurale à fort risque de désertification médicale.

En revanche, la méthodologie actuelle est moins adaptée à des problématiques urbaines : « *... dans les espaces urbains... la méthode de travail ne peut pas être tout à fait identique* », « *la difficulté à avoir éventuellement une échelle plus précise sur les zones urbaines* », « *Nous n'avons en revanche pas encore réussi à faire de carte concernant les centres-villes car cette problématique va devenir sérieuse dans les années à venir* ».

La possibilité de prendre en compte de nouveaux critères (indicateurs caractérisant les autres ressources du territoire comme la densité des autres professionnels de santé, l'existence de structures sociales ou médico-sociales mais aussi de précarité) a également été abordée : « *prendre en compte peut être les densités des autres professionnels de santé (autre que les médecins)* », « *les modalités de construction et les indicateurs choisis pourraient être affinés (inclure des indicateurs sociaux, économiques, d'état de santé ...)* ».

Effets observables sur les pratiques et les territoires

D'un point de vue général

Les PSLA, tels qu'ils sont définis dans la charte, sont des organisations cohérentes dans un bassin de vie, pouvant se décliner en « multi-sites » associant sur la base du volontariat, des professionnels de santé déjà en activité, libéraux, des collaborateurs salariés, des salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux. Au sein d'une zone rurale, semi-rurale ou urbaine, ils assurent des soins de proximité et doivent favoriser les possibilités de remplacement et de succession.

Les PSLA ont en partie pour objectif d'optimiser le système de soins en mutualisant les moyens matériels et humains, en favorisant la mise en place de systèmes d'information partagée et en facilitant la formation continue des professionnels. Ils ont également pour objectif de participer activement à la formation des futurs professionnels de santé.

Au 30 septembre 2013, 8 PSLA sont effectivement opérationnels et 9 sont en cours de construction et verront le jour au cours de l'année 2014. A la signature de la charte en 2008, quatre d'entre eux étaient déjà accompagnés, un était en phase d'ingénierie et un était considéré comme émergent.

SITUATION AU 30/09/2013	PSLA	AUTRES MSP et PSLA HORS CHARTE
OUVERT	8	13
EN CONSTRUCTION	9	4
EMERGENT	15	5
TOTAL	32	22

Source : URML / COD / Presse locale

Pôles ouverts au 30 septembre 2013	Date d'ouverture
IFS	11/2008
ORBEC	09/2010
GRACE DE DIEU	11/2010
SAINT JAMES	01/2011
GACE	07/2011
VILLEDIEU LES POELES	12/2011
ISIGNY	07/2013
MOULIN LA MARCHE	09/2013

Les deux pôles d'Ifs et de la Grâce de Dieu, situés en zone urbaine, n'étaient pas envisagés en 2008. Au vu des documents analysés, on constate que leur mise en place répond à des objectifs pour partie spécifiques, davantage centrés sur des questions d'organisation entre professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux que sur une problématique de démographie médicale pour laquelle la situation globale du bassin caennais est plutôt favorable.

Le maintien de la démographie existante, objectif prioritaire de la charte

Les équipes des pôles ouverts ainsi que les signataires de la charte ont été interrogés sur ce point. Leur ressenti a pu être croisé avec les données produites par la Direction de la performance de l'ARS dans le cadre de l'évaluation quantitative de la politique régionale PSLA (cf. annexes évaluation quantitative).

Sur le plan quantitatif, trois années ont été prises en référence : 2005 (avant la politique régionale) ; 2008 (signature de la charte) et 2011 (dernière année disponible).

De 33 médecins généralistes en 2005, l'effectif sur les territoires PSLA a atteint 38 en 2011, alors que le volume régional a diminué de 31 unités.

Médecins généralistes	2005	2008	2011
Total Basse-Normandie	1 177	1 179	1 146
Médecins généralistes installés sur des territoires PSLA	33	-	38
Part des MG sur les territoires PSLA	2,8%	-	3,3%

Source : ARS - DPERF

On constate plutôt une légère diminution des effectifs sur les territoires PSLA pour les infirmiers, les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes restant eux à peu près stables.

L'évaluation quantitative montre également qu'à l'exception de Gacé, les pôles qui concentrent l'offre de médecine générale prennent en charge une part élevée et le plus souvent croissante des patients de leur territoire de proximité mais accueillent également des patients plus éloignés, leur nombre ayant même tendance à augmenter⁹.

Des observations qui demandent à être confirmées dans le temps

« Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté » constitue l'un des objectifs de la charte. A ce stade, il est sans doute trop tôt pour observer des effets majeurs dans ce domaine. Pour autant, **le nombre de professionnels libéraux installés témoigne d'un maintien global des effectifs sur les territoires qui accueillent un pôle en 2012**. La part attribuable à un effet charte est et restera difficile à apprécier. En effet, sa juste estimation supposerait que l'on soit en capacité de mesurer précisément l'impact des autres facteurs en lien avec la démographie des professionnels de santé (évolution du numérus clausus, effets des autres politiques structurant l'installation des professionnels (mesures incitatives / contraintes d'installation), évolution des formations et des pratiques professionnelles...).

La charte poursuit également l'objectif de « pallier les conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé en développant un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé ». De ce point de vue, **les acteurs interrogés s'accordent sur l'appétence avérée des jeunes professionnels médicaux et paramédicaux pour ce type d'exercice**. Les retours positifs des étudiants stagiaires en témoignent, tout comme, les demandes d'installation dans les pôles qui ne peuvent être toutes satisfaites : « Quand on écoute les jeunes, il y a un engouement certain des internes pour ces structures-là », « Tout le paradoxe, c'est qu'aujourd'hui les pôles sont pleins et les jeunes qui veulent s'inscrire dans ce type d'exercice sont orientés vers des projets émergents pour qu'ils puissent s'y inscrire : il y a plus de demande que de places aujourd'hui disponibles dans les pôles en place ».

Les pratiques et les conditions d'exercice des professionnels de santé dans les pôles ouverts

Le degré de mise en œuvre des objectifs liés aux conditions d'exercice des professionnels et aux pratiques professionnelles est ci-après évalué à partir des entretiens auprès des professionnels des 6 PSLA ouverts au 31 décembre 2012, de professionnels exerçant en maison médicale ou maison de santé pluridisciplinaire, de professionnels et d'élus de pôles en construction ou émergents et de partenaires de la charte.

Cinq des six pôles ont privilégié dans un premier temps une approche immobilière à l'approche « réseau ». Cette tendance se confirme dans les projets en cours même si on observe un infléchissement avec des projets envisageant la construction d'un pôle principal et d'une ou plusieurs antennes dès la phase d'ingénierie.

Cinq PSLA ont bénéficié d'investissements importants dans la construction ou la rénovation d'un bâtiment et s'organisent aujourd'hui dans un seul site. On peut alors parler de Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) au sens de la Loi HPST¹⁰. Seul le PSLA d'Ifs est une unité fonctionnelle « équipe hors les murs » et peut se définir comme un pôle de santé (PSP) au sens donné par la Loi.

⁹ Evaluation quantitative ARS-DPERF (cf. annexes)

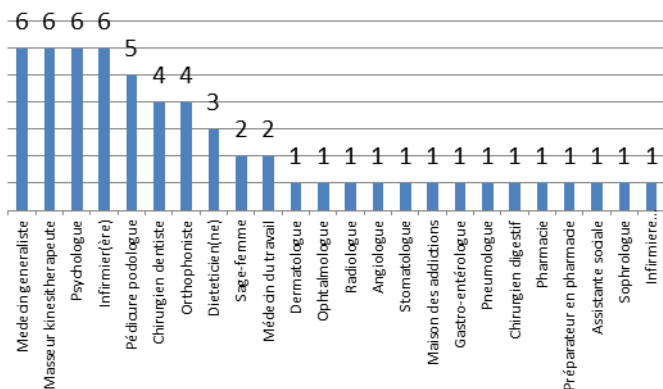
¹⁰ Article L6323-3 du Code de la santé publique (modifiée par la loi n°2011-940)

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 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. (suite page suivante)

Ce regroupement de nombreux professionnels en un seul lieu peut faire craindre un assèchement des territoires limitrophes : « *Le pôle ne doit pas vider les petits territoires...il y a des risques de fermeture des pharmacies, la population s'inquiète* ».

Le dimensionnement des PSLA est d'abord conditionné par le degré d'adhésion au projet des professionnels de santé du territoire. Sa composition initiale est déterminée par l'offre déjà présente sur le territoire d'installation. C'est la fédération d'un certain nombre de professionnels de santé au sens large qui incite à l'installation de nouveaux professionnels médicaux ou paramédicaux. Les PSLA doivent faciliter l'attractivité des territoires auprès des jeunes et faciliter les départs en retraite : « *Ce ne sont pas les jeunes qui s'installent, plutôt des médecins généralistes qui anticipent leur retraite* ».

Nombre de PSLA en fonction de la présence des différents professionnels de santé



Les professionnels fréquemment impliqués dans les PSLA sont des professionnels libéraux. Les médecins généralistes, infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes et psychologues sont présents dans tous les PSLA. Pédicures-podologues, chirurgiens-dentistes et orthophonistes sont également souvent présents. Les PSLA associent de manière moins importante les autres professionnels de la santé et en particulier ceux du secteur hospitalier, du social et du médico-social. Des tentatives de mises en place de consultations avancées ont été recensées mais ne se sont pas pérennisées.

Une évolution des conditions d'exercice en lien avec le bâti

Des efforts financiers importants dans l'investissement immobilier (achat de terrain, construction ou réhabilitation de locaux...) ont permis à 5 des 6 PSLA de bénéficier de locaux spacieux, confortables et répondant à l'impératif des normes en matière d'accessibilité aux personnes handicapées (Loi handicap du 11 février 2005). Ils ont largement contribué à améliorer les conditions d'exercice des professionnels qui exerçaient antérieurement dans des locaux parfois vétustes et inconfortables « *des cabinets dans de petits appartements, peu accessibles* » en s'acquittant d'un loyer et d'une participation aux charges de fonctionnement et d'entretien. « *C'est plus confortable pour nous et les patients : accès handicapés, poussettes, accès propres...c'est aussi plus sécurisant* », « *Et même si on n'y gagne pas financièrement, c'est quand même plus confortable* ».

Cette localisation dans un même lieu accroît la visibilité des professionnels auprès des patients et des autres acteurs du territoire.

« L'ouverture du pôle a créé une visibilité des professionnels et cela a provoqué une charge de travail importante à laquelle on ne s'attendait pas, mais cela a permis également de rencontrer beaucoup d'acteurs du quartier, acteurs sociaux, crèches, c'est très agréable et très enrichissant. »

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Article L6323-4 du Code de la santé publique (créé par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40)

« **Les pôles de santé** assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L.°1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L.°1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Cependant le dimensionnement du bâtiment, pensé au départ pour les professionnels de santé qui s'engageaient dans le projet, limite aujourd'hui l'installation de nouveaux professionnels et en particulier des spécialistes alors même qu'il y a des demandes d'installation et des attentes des professionnels des PSLA de voir l'équipe s'agrandir. L'intervention de médecins spécialistes est également souhaitée par les patients et les élus des collectivités locales.

D'un point de vue fonctionnel, les bénéfices de l'exercice regroupé

Il est unanimement reconnu que la proximité (qu'elle soit géographique ou non) avec d'autres professionnels facilite la relation et la communication : « *les professionnels se contactent avec plus d'aisance* », « *ce qui a changé c'est la richesse des contacts interprofessionnels* », « *travailler dans un pôle permet un potentiel de diversité dans le travail, et permet de pouvoir faire plein d'autres choses et avec d'autres personnes* », même si beaucoup reconnaissent que « *travailler ensemble c'est bien, mais le problème est le fonctionnement qui pèse beaucoup* ».

Les échanges d'informations sont largement facilités pour les patients communs souvent de manière informelle, dans la « *salle de pause et dans le couloir* », et d'autant plus lorsqu'il existe une salle de réunion commune.

L'exercice regroupé en un même lieu permet un gain de temps pour les professionnels et les patients dans la mise en place du parcours de soins. Il procure une meilleure réactivité pour passer le relais aux autres professionnels, pour organiser les rendez-vous : « *que les patients n'aient pas à venir deux fois* ». Il est fait part d'une diminution des demandes de visites à domicile et par conséquent une amélioration du temps dédié aux soins : « *Les patients se déplacent plus qu'avant* ».

« *Dans les maisons de santé, une meilleure accessibilité aux soins conjugue à des conditions de travail satisfaisantes pour les professionnels s'explique par le partage de la charge de travail entre les généralistes.* »¹¹

L'exercice regroupé autorise plus de souplesse dans l'organisation personnelle et contribue à la meilleure séparation entre vie professionnelle et vie privée. Pour autant, on ne note pas de véritable changement en termes de temps de travail même si « *le temps partiel est quelque chose qui se développe et les PSLA permettent de répondre à ça* ».

D'une manière générale, **l'exercice regroupé simplifie l'organisation de la continuité des soins** : « *en cas d'imprévu, on peut se reposer les uns sur les autres pour la continuité des soins* ». Cependant, on ne rencontre pas dans les pôles ouverts de planning commun, d'organisation générale des présences qui reste articulée par profession, pratiques rencontrées dans certaines MSP.

La gestion des situations aigües et/ou inattendues se trouve facilitée par le regroupement : « *être en compagnie permet de ne pas gérer les fardeaux tout seul* » et c'est un élément majeur dans l'attractivité de l'exercice regroupé auprès des jeunes professionnels.

L'organisation d'actions collectives liée au projet de santé du PSLA exige plus de temps, pris en partie sur le soin mais également sur le temps personnel, d'où le souhait fortement exprimé d'une aide à la coordination (administrative, logistique, organisation des actions collectives, lien avec l'extérieur...) :

« *On sous-estime la quantité de travail qu'il y a pour piloter un pôle...il y aurait besoin de quelqu'un qui prenne en charge la coordination, la gestion, la mise en place d'un réseau local...c'est un métier à créer, et si cela ne se fait pas, on restera longtemps dans l'amorce de ce que l'on est.* »

¹¹ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

Une possible mutualisation de moyens

L'exercice regroupé au sein d'un même bâtiment va constituer **une mutualisation de fait** au travers de ce qui est inclus dans les charges des locaux (entretiens et charges du bâtiment, de espaces extérieurs, parfois la fonction d'accueil assurée par la collectivité et répartie dans les charges).

Mais les fonctions secrétariat et comptabilité restent, d'une manière générale, organisées par chaque profession. Lorsqu'elle existe, la mutualisation du secrétariat concerne uniquement les médecins généralistes.

Cette information est à rapprocher des éléments issus de l'évaluation de MSP de Lorraine qui indiquent que cette mutualisation du secrétariat entre tous les professionnels d'une MSP est possible et largement répandue en région Lorraine : pour 17 structures, le secrétariat est mutualisé à 80% et pour les 2/3 d'entre elles entre tous les professionnels¹².

Quatre Sociétés interprofessionnelles des soins ambulatoires (SISA) ont été mises en place afin d'organiser le secrétariat et la comptabilité pour les activités collectives, ces fonctions étant souvent assurées bénévolement par un des membres de l'association des professionnels.

Malgré la possibilité offerte par les ENMR, il n'y a pas actuellement dans les PSLA de volonté d'engagement dans la gestion de personnel supplémentaire alors même qu'un fort besoin de coordination pour l'organisation des actions collectives et la gestion de la SISA est largement exprimé :

« La fiche de poste est clairement identifiée mais on ne pourra pas le faire et on ne le fera pas sans financement pérenne assuré chaque début d'année...les financements arrivent avec beaucoup de délai, il faut payer la personne et on ne peut pas faire l'avance de fonds ».

Des espaces communs pour les professionnels

Cinq des six pôles rencontrés ont une salle de réunion commune et 4 ont une salle d'urgence partagée.

Aucun des pôles n'a cependant de salle d'attente totalement mutualisée. On trouve plutôt des « îlots de salles d'attente » répartis d'un côté entre les médecins et de l'autre entre les autres professionnels. La configuration de certains bâtiments ne permet d'ailleurs pas cette forme de mutualisation.

Pour justifier de cette difficulté à « décroisonner » les salles d'attente et à mutualiser le secrétariat, des questions déontologiques sont parfois avancées (secret médical, libre choix du patient) ainsi que des problèmes de concurrence avec les autres cabinets du territoire non intégrés au pôle (kinésithérapeutes, infirmiers...) malgré les avancées et évolutions déjà mises en œuvre : « *Les PSLA ont soulevé des problèmes nouveaux et des évolutions ont pu être mises en œuvre dans le respect du secret médical et du libre choix du patient* ».

Des professionnels se sont regroupés pour l'achat de fournitures de bureau de produits d'hygiène, de petits matériels d'urgence via la SISA.

Les maisons de santé pluridisciplinaires rencontrées dans le cadre de cette évaluation disposent également d'une salle de réunion commune, tout comme en Lorraine où c'est le cas de 95% des structures rencontrées¹³.

¹² Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

¹³ Idem

Des conditions favorables à l'amélioration des pratiques professionnelles et au remplacement des départs en retraite

L'existence des PSLA est récente, et on ne dispose pas de suffisamment de recul pour mettre en évidence l'apport des PSLA dans l'amélioration des pratiques professionnelles, mais ils créent incontestablement les conditions pour, en participant activement à la formation des futurs professionnels de santé et en facilitant les actions de formation continue.

Tous les pôles ouverts sont des lieux privilégiés pour des stages pluri-professionnels (internes et externes en médecine, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...). Les stagiaires ont la possibilité de rencontrer les autres professions, de participer pour les stagiaires en médecine uniquement, aux consultations des paramédicaux : « *Quand on écoute les jeunes, il y a un engouement certain des internes pour ces structures-là* » même si parfois, « *on peut regretter que le stage arrive trop tard dans les études* » et « *qu'il est trop court pour les kinésithérapeutes* ».

Des maîtres de stage sont présents dans tous les PSLA, et ce pour de nombreuses professions. L'université, par le biais du département de médecine générale, ouvre des agréments de stage dans les PSLA pour les étudiants en médecine sur des critères de qualité et à terme, « *la région aura un taux de stages longs en médecine plus élevé que la moyenne nationale* ». Il s'agit là d'un véritable outil d'attractivité pour la médecine générale en milieu rural et péri urbain.

L'accueil des stagiaires se fait dans de bonnes conditions dans les PSLA, comme dans les MSP, par la mise à disposition dans les territoires éloignés des lieux d'études, d'appartements dans les locaux du pôle ou dans la commune. Cela contribue également à favoriser la venue de remplaçants qui « *ont fini par s'installer* », « *C'est le moyen d'assurer par rapport au problème de renouvellement des générations* », « *Si cela n'avait pas été dans un pôle, je ne me serais pas installé si rapidement* ».

Quelques expériences positives de formations pluridisciplinaires

La formation continue des professionnels des pôles reste majoritairement organisée de façon individuelle et par profession mais **on compte quelques expériences de formations pluridisciplinaires parfois ouvertes aux autres professionnels de santé du territoire** : « *Chacun gère sa formation continue mais dès que nous faisons de l'interprofessionnel, nous faisons de la formation* ». Le développement de ces actions est cependant limité par le temps nécessaire à leur organisation et leur financement non pérenne.

Les formations sont fonction de la composition et de l'histoire que le pôle entretient avec son environnement : la présence au sein du pôle d'un médecin du travail va favoriser la formation pluridisciplinaire autour des lombalgies, des troubles musculo-squelettiques, le lien avec une équipe de l'hôpital a permis une formation à l'hygiène.

Ces formations contribuent à l'élaboration de protocoles et d'outils communs (suivi des plaies, dépendance).

On retrouve dans plusieurs PSLA des professionnels formés à l'ETP (Education thérapeutique des patients). Cette compétence, acquise antérieurement dans les réseaux diabète en particulier, se diffuse et des infirmières et diététiciennes continuent à se former à l'ETP par l'intermédiaire de l'ERET (Espace régional d'éducation thérapeutique) dans le but d'animer des séances d'ETP, principalement pour les patients diabétiques : « *Des séances d'ETP diabètes sont organisées par l'infirmière formée par ERET et la diététicienne termine sa formation ETP avec ERET également* », « *On a le souci et la volonté de faire de l'éducation thérapeutique par nous-mêmes sous la forme de séance classique de groupes* ».

Organisées au départ autour d'études de cas de patients complexes, les réunions d'échanges de pratiques se sont dans le temps réorientées vers l'étude de pathologies (cardiologie, lombalgies...) ou

chacun apporte son approche : « *L'exercice isolé est compliqué, le savoir médical évolue et c'est bien de pouvoir le partager et échanger* ».

Cet enrichissement des pratiques lié à un partage de connaissances entre professionnels de santé est une première étape vers la possibilité de démarches pluridisciplinaires par une meilleure connaissance réciproque et le partage d'une culture commune : « *Les professionnels de santé ne se connaissent pas...Il faut que le groupe prenne le temps d'apprendre à se connaître* ».

Cette approche pluridisciplinaire se retrouve également dans les autres modes d'exercice regroupé : la MSP du SAP organise des réunions pluridisciplinaires mensuelles entièrement dévolues à l'étude de cas patients ainsi que des réunions ouvertes aux autres professionnels du territoire sur les pansements et sur Alzheimer.

Un partage d'informations qui reste informel et relativement cloisonné

Lors des entretiens avec les équipes des pôles, nous avons abordé la question générale du partage d'informations autant pour le fonctionnement interne du PSLA que pour la prise en charge des patients (communication entre les professionnels du pôle mais aussi avec les professionnels extérieurs).

Les échanges d'informations au sein des PSLA restent le plus souvent informels. Ils sont généralement oraux ou écrits : « *Les gens n'ont pas des habitudes en phase avec le temps et ils sont restés au papier* » et peu par messagerie interne. Ils sont facilités par l'existence d'un espace commun physique ou d'un système d'information partagé.

Du fait d'un fonctionnement « éclaté », l'un des PSLA dispose d'un site internet avec un espace réservé pour la communication interne, l'agenda, la diffusion des comptes rendus de réunions et des documents de travail. « *Le site Internet est en train de devenir le vecteur principal de partage de l'information* ».

Le partage de données relatives aux patients, élément majeur de la coordination et de la continuité des soins, reste très cloisonné. « *L'organisation se fait par profession* ». Dans l'attente du Dossier médical personnel (DMP), les dossiers médicaux sont accessibles presque exclusivement aux médecins lorsque les logiciels sont compatibles : « *Les médecins partagent entièrement et une partie est accessible aux paramédicaux via la messagerie* », mais il existe un réel souhait de faire évoluer les habitudes des professionnels « *on suit cela de près avec la fédération des maisons de santé* ».

Ce cloisonnement se retrouve également dans les relations avec le secteur hospitalier :

« *Pour les sorties d'HAD, des relations sont établies. Cependant le délai de réception des courriers est long et il existe un défaut d'information en cas de décès d'un patient à l'hôpital. Il y a une relation à formaliser avec l'hôpital* ».

Les échanges avec l'extérieur concernant les patients transitent le plus souvent par messagerie sécurisée (Apicrypt) sauf avec le CHU : « *ce qui faciliterait est que le CHU soit Apicrypté* ». Il existe quelques résistances liées à des habitudes de travail, « *l'informatique c'est chacun son truc* », mais également à la nécessaire organisation du système, « *c'est de la coordination et je ne veux plus faire le pompier de service.* », et du temps à y consacrer. « *Les aspects négatifs du truc, c'est un temps de coordination qui n'existe pas...je n'ai pas le temps d'être le coordinateur sans rémunération* ». En effet, il est nécessaire à l'équipe de réfléchir à ses pratiques et à l'organisation qu'elle souhaite mettre en place en amont du choix d'un outil :

« *Mais si l'outil informatique est important...nous avons plein de choses à construire en amont pour sortir de nos habitudes de travail antérieures, il est important d'apprendre de quoi nous avons besoin pour travailler ensemble* »

Le regard des usagers

Parce que la politique régionale de déploiement des PSLA a pour objectif d'améliorer la prise en charge du patient dans l'ensemble de son parcours de soins, l'évaluation de cette politique nécessite la consultation des usagers et la prise en considération de leur ressenti quant à ce nouveau mode d'exercice. Pour ce faire, les usagers des PSLA ou d'autres formes d'exercice regroupés (PSLA hors charte et MSP) ont été interrogés au moyen d'un auto-questionnaire. Ce dernier a été construit autour de deux grands axes : la prise en charge et le degré de satisfaction relatif à cette prise en charge.

Organisé sur une semaine donnée, le recueil d'information a été mené sur huit sites au total (cinq PSLA et trois autres formes d'exercice regroupé) et a permis de recueillir l'avis de plus de 600 usagers.

Si la quantité de questionnaires collectés (très variable d'une structure à l'autre) ne permet pas une analyse pôle par pôle, l'analyse de la prise en charge et de la satisfaction des usagers a pu être réalisée selon la nature de la structure (PSLA et autres formes d'exercice regroupé). En effet, près de 400 questionnaires dans des PSLA et plus de 200 auprès d'usagers d'autres formes d'exercice regroupé, constituent un échantillon suffisant pour permettre une analyse comparée.

Description de l'échantillon

Davantage de femmes parmi les patients interrogés

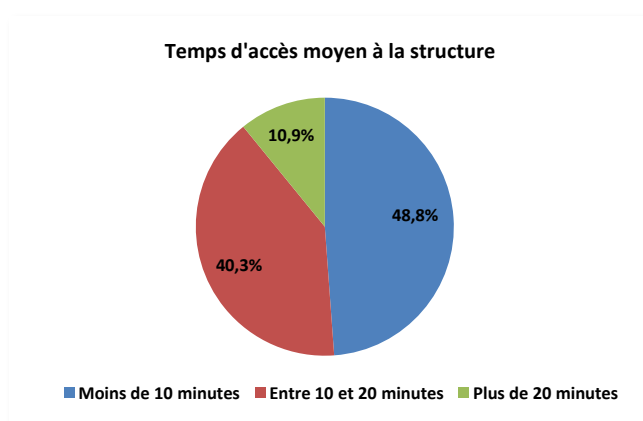
Entre le 15 et le 19 juillet 2013, 613 patients âgés de 13 à 89 ans ont rempli le questionnaire mis à leur disposition. Près de 2 répondants sur 3 (63%) étaient des femmes âgées en moyenne de 50 ans. La moyenne d'âge des répondants masculin est quant à elle légèrement supérieure (53 ans).

La surreprésentation féminine dans l'échantillon est cohérente avec les données de référence de recours aux soins publiées au niveau national. En effet, avant 55 ans, la proportion de femmes qui déclarent avoir consulté un généraliste ou un spécialiste est nettement plus élevée que celle des hommes, pour partie en raison des suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause. À partir de 55 ans, la proportion d'hommes déclarant avoir consulté tend à rejoindre celle des femmes.

Mode d'accès aux PSLA ou autres formes d'exercice regroupés : une zone d'attraction plus large que celle référencée dans la charte

Le mode de transport le plus fréquemment utilisé par les patients pour se rendre au pôle (charte ou hors charte) est la voiture personnelle ou le deux-roues (plus de 80% des patients interrogés). Les usagers venant à pieds sont ensuite les plus nombreux (15%), ceux venant en transports en commun ou en ambulance étant plus marginaux (respectivement 2% des usagers).

Près de 90 % des patients sont domiciliés à moins de 20 minutes du pôle (charte ou hors charte) qu'ils fréquentent (49% à moins de 10 minutes et 40% entre 10 et 20 minutes). Ainsi, le temps d'accès au pôle dépasse plus de 20 minutes pour 11% des patients interrogés (13% pour les patients d'un PSLA et 8% pour ceux d'une autre forme d'exercice regroupé). Plus des trois-quarts de ces derniers se rendent au pôle en voiture particulière ou en deux-roues. La zone d'attraction des pôles est de ce fait un peu plus large que celle référencée dans la charte (entre 15 et 20 minutes).



Toutefois, l'attractivité reste plus limitée que le bassin de vie. Rappelons que le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Prise en charge des patients

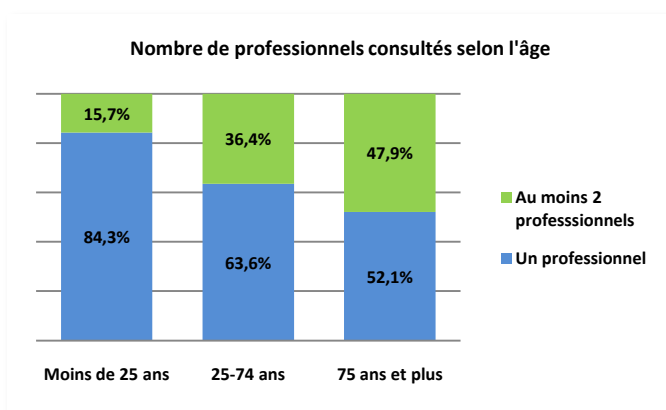
Des patients qui consultent pour plus de la moitié d'entre eux au moins une fois par mois

Plus de la moitié des patients interrogés se rendent aux pôles (charte ou hors charte) pour consulter au moins une fois par mois. Plus précisément, 23% viennent une fois par mois, 11% plusieurs fois par mois (mais moins d'une fois par semaine) et enfin 18% au moins une fois par semaine. Une part importante des usagers (45%) se rend occasionnellement dans les pôles et 3% exceptionnellement.

En cohérence avec les données nationales, les patients qui fréquentent le plus régulièrement le pôle sont les femmes et les personnes âgées. L'analyse de la fréquence des venues en fonction de la nature de la structure fréquentée n'a pas montré de différence significative (au plan statistique).

Des patients suivis en majorité par un professionnel

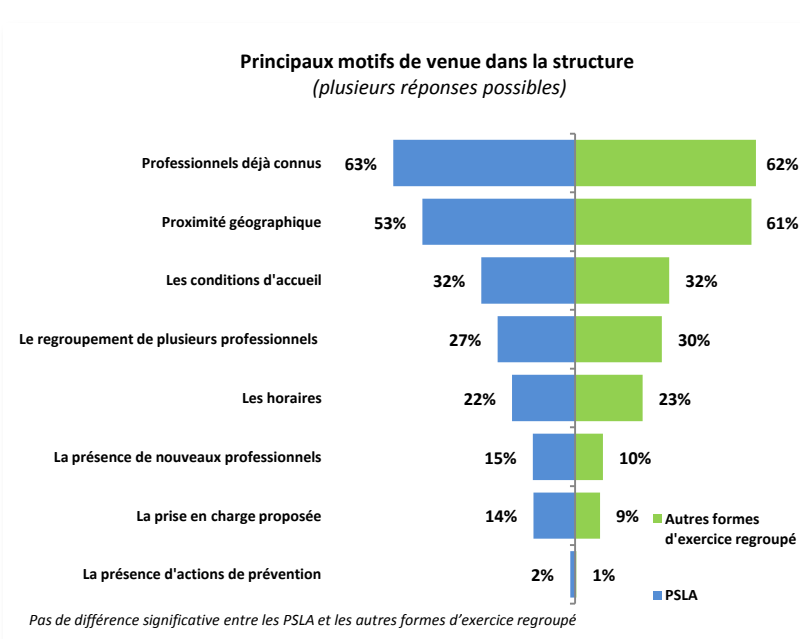
La majorité des patients interrogés sont suivis par un seul professionnel (64%) ou deux professionnels (23%). Les usagers suivis par plus de deux professionnels installés dans les pôles sont moins nombreux (12%). En cohérence avec l'analyse de la fréquence des venues, les femmes sont significativement plus nombreuses à consulter plus d'un professionnel installé dans la structure (39% vs 30% des hommes). De même, la part d'usagers consultant au moins 2 professionnels dans la structure augmente significativement avec l'âge.



Les écarts constatés entre les usagers des PSLA et ceux des autres formes d'exercice regroupé ne sont pas significatifs au plan statistique.

Des patients dont les principaux motifs de venue sont la fidélité à un professionnel de santé et la proximité géographique

Les deux principaux motifs de venue dans les pôles cités par les usagers sont le suivi d'un professionnel déjà connu et la proximité géographique (cités respectivement par 63% et 55% des patients). Viennent ensuite les conditions d'accueil, le regroupement de plusieurs professionnels et les horaires d'accueil (cités respectivement par 32%, 28% et 22% des patients). La présence de nouveaux professionnels et la prise en charge proposée sont également évoquées comme motif de venue dans ces structures mais dans une moindre mesure (12%). Enfin, la présence d'action de prévention est citée très à la marge (1%).

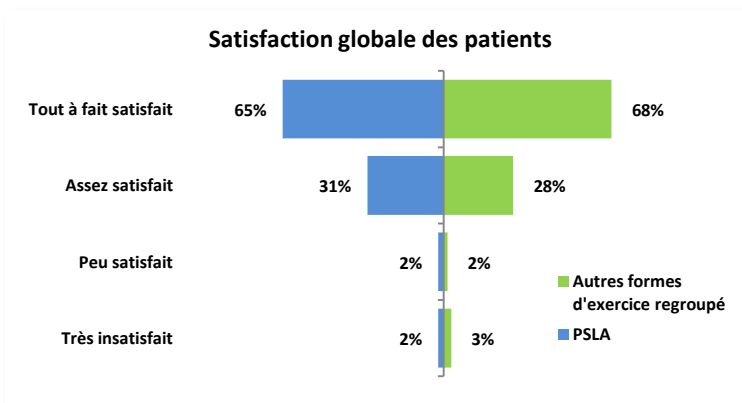


Satisfaction des usagers

Des patients globalement satisfaits

La majorité des patients interrogés ont une vision positive de leur prise en charge. Ils sont en effet plus de 65% à être tout à fait satisfaits et près de 30% à être assez satisfaits, l'insatisfaction restant de ce fait très à la marge (5%).

Les écarts constatés selon la nature de la structure (PSLA ou autres formes d'exercice regroupé) ne se pas significatifs au plan statistique.



Une meilleure proximité et accessibilité ainsi qu'une amélioration de la prise en charge

Les principaux motifs de satisfaction des usagers sont l'amélioration de leur prise en charge, la meilleure proximité et accessibilité des structures, la meilleure organisation des professionnels dans le pôle et la meilleure organisation de l'accueil. La diminution du temps passé dans la salle d'attente et du délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous sont également favorablement cités dans une moindre mesure.

Le degré de satisfaction est le plus élevé pour la proximité (63%) et l'accessibilité (59%) ainsi que l'amélioration de la prise en charge. A l'inverse, les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous et le temps passé en salle d'attente sont les items pour lesquels l'obtention d'un consensus est moins évidente. Plus d'un usager sur 5 est en effet peu ou pas du tout d'accord avec cette proposition.

Motifs et degré de satisfaction des usagers



A noter que les motifs et le degré de satisfaction des usagers des PSLA et autres formes d'exercice regroupé observé en Basse-Normandie sont similaires à ceux observés dans l'évaluation de MSP de Lorraine.¹⁴

¹⁴ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

Quelques points faibles ou besoins non couverts cités par les usagers

En cohérence avec la bonne satisfaction globale des usagers, peu d'entre eux se sont exprimés sur les points faibles ou besoins non couverts par les PSLA ou autres formes d'exercice regroupé (1 patient sur 5).

Pour ceux l'ayant fait, les points faibles ou besoins non couverts les plus fréquemment cités sont :

- **Le manque et donc la difficulté d'accès à certains professionnels :**
La difficulté pour obtenir un rendez-vous auprès de certains spécialistes (ophtalmologistes, pédiatres, gynécologues, dermatologues, radiologues ...) mais également auprès des chirurgiens-dentistes (professionnels de 1^{er} recours) et autres professions paramédicales (sages-femmes) a fréquemment été citée. Les équipes des PSLA rencontrées ainsi que les élus ont également exprimé ce souhait d'élargissement des équipes (en taille et en qualité).

- **L'organisation des actes de soins non programmés :**
La permanence des soins (week-end et soirées, urgences) ainsi que la continuité des soins (visites à domicile, délais d'attente pour obtenir un rendez-vous) ont également été citées comme des besoins non couverts par une majorité des usagers.

Rappelons que la politique régionale de déploiement des PSLA sur le territoire bas-normand n'a pas pour objectif d'organiser la permanence des soins. Hors, cette préoccupation a été évoquée par les usagers mais également exprimée par nombre d'élus lors des entretiens.

Concernant la coordination

La politique régionale de déploiement des PSLA leur donne comme objectifs opérationnels, entre autres, d'assurer la coordination des soins (organisation des suivis, des consultations spécialisées, des consultations pluridisciplinaires) ainsi que la coordination des prises en charge sanitaires et sociales (établissement de partenariats avec les établissements et services médico-sociaux, décloisonnement entre les différents acteurs, notamment par le biais des réseaux de santé).

La réalisation de ces objectifs implique la mise en place de différents niveaux de coordination :

- Une coordination pour la continuité des soins : l'organisation d'une coopération entre les professionnels du pôle et avec le secteur hospitalier pour assurer la continuité du suivi des patients, des consultations pluridisciplinaires et l'accès aux consultations spécialisées.
- Pour la mise en place d'une réflexion et d'une organisation relative à la santé publique, une coordination avec l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux ainsi que les acteurs de la prévention et promotion de la santé.

Entre les professionnels de santé des pôles

Une coordination des soins informelle au sein du pôle facilitée par la proximité

Dans la quasi-totalité des pôles, des réunions interprofessionnelles trimestrielles ont été mises en place et lors de celles-ci des cas patients peuvent être abordés. Au-delà de ces réunions, les échanges bilatéraux médecin/ professionnel paramédical semblent facilités (médecin-masseur-kinésithérapeute, médecin-infirmier, etc.) par l'exercice regroupé. Cette facilitation des échanges est très appréciée par les professionnels : *« C'est pratique parce que les échanges sont plus rapides pour les patients communs », « Ce qui est positif c'est que l'on se voit et que l'on se parle, et cela a plus de chance d'émerger que lorsqu'on travaille chacun dans son coin », « Il existe aujourd'hui une meilleure relation entre les professionnels ainsi qu'une communication facilitées par la proximité, une plus grande réactivité, en particulier pour passer le relai aux kinésithérapeutes ».*

Cette coordination reste de nature informelle et fait le plus souvent recours à des échanges oraux, téléphoniques voire électroniques (mails ou à la marge partage du dossier patient informatisé).

Les consultations pluridisciplinaires sont exceptionnelles et informelles, ce qui peut s'expliquer, entre autres, par deux facteurs. Tout d'abord, la faiblesse de la demande : la plupart des patients consultent uniquement un seul professionnel au sein des pôles¹⁵ même si les patients sont demandeurs de partage entre les professionnels qui les suivent. D'autre part, le paiement à l'acte des professionnels n'encourage pas le développement de coopérations formalisées.

¹⁵ D'après l'enquête menée auprès de 5 PSLA et 3 MSP bas-normandes, parmi les 600 répondants 64% sont suivis par un seul professionnel et 23% par deux professionnels.

En ce qui concerne les autres formes d'exercice regroupé, la MSP du SAP dans l'Orne organise quant à elle des réunions pluri-professionnelles mensuelles entièrement dédiées à des cas patients facilitées par le partage du dossier patient entre tous les professionnels de la MSP sauf demande expresse du patient (concerne 2 cas sur 2 200 patients).

Cette facilitation des échanges leur caractère informel ont également été relevés dans différentes enquêtes réalisées auprès d'autres modes d'exercice regroupé.

Ainsi, « la collaboration entre les professionnels est bien observable au sein des maisons de santé, notamment entre les médecins et les infirmières. Celle-ci passe surtout par un échange informel d'information (au cours des pauses café, repas, de façon directe pendant les consultations ou indirecte par l'intermédiaire du secrétariat »¹⁶.

De même, la coordination des soins « [...] est en majorité organisée de manière informelle (67%). La moitié des structures dit avoir recours aux échanges oraux ou téléphoniques, facilités par l'exercice regroupé. »¹⁷

Cette mutualisation de tous les corps professionnels se prolonge d'ailleurs dans l'organisation du planning qui est commune avec l'existence d'un agenda entièrement partagé.

Prise en charge des cas complexes et éducation thérapeutique, héritage des réseaux

Dans le cadre de la prise en charge des cas complexes et des actions menées pour les patients atteints de maladies chroniques, les équipes des pôles mentionnent rarement des protocoles formalisés. Certains font état de dynamiques de travail coordonné héritées de leur participation antérieure à des réseaux de santé, « Avec la podologue et l'ophtalmologiste on a gardé ce qu'on faisait sur la diabétologie », participation qui a d'ailleurs souvent été motrice dans l'envie d'exercer en groupe :

« On a commencé la réflexion en 2002-2003 [...], on était impliqué dans un réseau diabète et on a fait une formation d'éducation thérapeutique et les infirmiers et le kiné étaient aussi dans le réseau donc il y avait une petite dynamique de travail d'équipe, on travaillait en réseau. La base, c'est le réseau [...] »

En outre, l'arrivée au sein d'un pôle d'une compétence supplémentaire peut permettre la mise en place d'une coordination nouvelle : « Départ d'une action de prévention pour les diabétiques avec le podologue ».

Lorsque la question de l'éducation thérapeutique (ETP) est abordée, deux cas de figure se dégagent, une réalisation avec un appui extérieur ou en interne.

Dans le premier cas, les professionnels des pôles ont fait le choix de financer, via les ENMR, des actions d'ETP réalisées par des acteurs extérieurs : « Il y a des réflexions autour de l'ETP mais c'est ERET qui assure l'ETP. [...] on ne nous a pas demandé d'improviser ».

Un pôle bénéficie également d'actions réalisées bénévolement par l'hôpital local (mise en place d'un atelier mensuel d'une durée de 3h par le diabétologue de l'hôpital en lien avec un référent ETP du pôle) :

« Nous avons des contacts avec des médecins d'Alençon qui feraient des actions thérapeutiques sur le diabète bénévolement car l'hôpital souhaite en faire de façon décentralisée ».

¹⁶ Irdes, Questions d'économie de la santé n°147- Octobre 2009 : Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, p.5

¹⁷ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

Les professionnels du pôle considèrent alors qu'ils jouent un rôle de « passerelle » entre les professionnels de l'ETP et leurs patients.

La sollicitation par les pôles de l'Espace régional d'éducation thérapeutique de Basse-Normandie (ERET) a permis la mise en place, depuis janvier 2013, d'ateliers d'éducation thérapeutique sur certains sites. Les conventions relatives à ces actions sont à ce jour encore en cours de signature. Sur le département ornaï, l'absence de couverture par l'ERET place les professionnels dans une situation d'attente : « *Le paysage a connu des bouleversements pour l'éducation thérapeutique et on attend qu'il y ait de nouveaux services* », « *On n'a pas de contact avec l'ERET. Avant on était en contact avec Diaborne. On travaille avec le réseau SEP. Il n'y a pas de partenariat formalisé, c'est au cas par cas avec un patient que l'on met en contact* ».

Dans le second cas, des professionnels formés à l'animation de séances d'ETP ont le souci d'en organiser en interne.

« On a le souci et la volonté de faire de l'éducation thérapeutique par nous-mêmes sous la forme de séance classique de groupes mais aussi de faire ESPREC (équipe de soins de premier recours pour les prises en charge de cas complexes), ce qui consiste à prendre en charge en commun les cas complexes avec a minima un trinôme médecin-infirmier-pharmacien »

Les professionnels des pôles, sensibilisés ou formés à l'ETP, incitent les autres professionnels, particulièrement les infirmiers(ères) et diététiciens(nes), à s'engager dans cette démarche. L'ERET observe ainsi une légère augmentation de son activité.

Il est à noter que la participation aux nouveaux modes de rémunération (ENMR) est un levier important pour la mise en place de ces actions d'ETP car sur les six pôles rencontrés, quatre mettent en œuvre ces actions et ils participent tous aux ENMR.

En Lorraine, parmi les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires évalués « 43% des structures (9) proposent au moins un programme d'ETP : toutes celles qui bénéficient de l'ENMR. Seul ¼ des structures n'ayant pas de financement pour l'activité non rémunérée à l'acte déploie de l'ETP ». ¹⁸

La participation de certains PSLA aux nouveaux modes de rémunérations peut être un levier pour l'organisation d'actions de prévention conjointes au sein du pôle : « *Un projet est en cours d'élaboration sur lombalgies du plus jeune âge aux plus anciens associant la diététicienne, le psychologue et la sophrologue avec une rémunération ENMR* ».

Concernant les autres modes d'exercice regroupé, les MSP organisent également des actions de santé publiques et des séances d'éducation thérapeutiques : « *La plupart des maisons de santé organisent des actions de santé publique : séances d'éducation thérapeutique, consultations de dépistage des facteurs de risques, actions de prévention (chutes, séances de vaccination pour la population)* ». ¹⁹

¹⁸ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

¹⁹ Irdes, Questions d'économie de la santé n°147- octobre 2009 : Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne .p.6

Une proximité géographique pas toujours nécessaire et pas toujours suffisante

Si la proximité géographique est systématiquement citée comme facteur de facilitation des contacts entre les professionnels d'un même pôle, force est de constater que celle-ci ne présuppose pas une localisation dans un bâti commun. Ainsi le pôle d'Ifs, unique exemple de PSLA structuré en réseau de professionnels ayant tous conservé leur domiciliation originelle, a développé un site Internet doté d'un espace réservé pour l'information et la coordination de ses membres. Un local a également été mutualisé pour les réunions.

Cette forme de regroupement, certainement plus aisée en milieu urbain et peut-être moins apte à rompre l'isolement des professionnels de santé en milieu rural, met en exergue la plasticité en terme de fonctionnement et de structuration des PSLA, au-delà des possibilités de regroupement immobilier. En effet, si le rassemblement au sein d'une même structure immobilière est attractif pour les professionnels, et en particulier les jeunes, il n'est pas toujours suffisant pour voir de nouvelles coopérations se développer. Ainsi, sur l'un des pôles rencontré, aucune salle n'a été dédiée aux échanges ou réunions communes. Les professionnels y reconnaissent ne pas se voir souvent et regrettent de ne pas avoir réussi à plus partager leurs pratiques.

« La proximité, la possibilité d'échanges en cas de problème sont un plus, après pour le reste je reste sur ma faim, je pensais qu'on aurait plus de choses en commun, de formations, d'échanges pluridisciplinaires qui n'existent pas. C'est déjà un premier pas. »

Avec le secteur hospitalier : des initiatives individuelles fortement tributaires de relations préexistantes

Le parcours de soins des patients du territoire des PSLA nécessite une articulation avec les structures et établissements hospitalier.

Ces derniers ont rarement été associés au diagnostic initial sur les besoins de santé de la population²⁰ et le degré d'articulation avec les pôles est variable.

La présence d'actions coordonnées est tributaire des relations individuelles préexistantes entre les professionnels des pôles et les établissements hospitaliers ainsi que de la proximité d'un hôpital local. Elles se font le plus souvent de façon informelle.

Si pour certains, les relations avec l'hôpital ne semblent pas avoir beaucoup évolué, *« On travaille avec l'hôpital mais cela ne change rien d'être regroupé en pôle »*, pour d'autres le pôle a permis l'amélioration de la coordination en raison d'une meilleure visibilité des professionnels : *« [...] les relations étaient déjà bien avant, c'est peut-être encore mieux avec une meilleure visibilité, du moins pour les médecins. Cela a amélioré les relations avec l'HAD. »*

Cette meilleure visibilité est également un atout apprécié par les établissements hospitaliers : *« On ne court plus après des interlocuteurs disséminés ce qui facilite grandement le travail de mise en réseau sur un territoire où il y a beaucoup de petites structures »*.

²⁰ Ce constat est généralisable à l'ensemble des autres acteurs du territoire : lors de l'enquête menée auprès des autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux des territoires d'implantation des PSLA, parmi les 52 structures ayant répondu, seules 17% ont été contactées à la mise en place des pôles et le plus souvent il s'agissait d'un courrier d'invitation à l'inauguration de ce dernier. Les réflexions partagées en amont de la mise en place du pôle semblent donc avoir été limitées. A noter cependant que le turn-over important dans les structures a pour conséquence que 20% des personnes interrogées et récemment en poste ne savaient pas s'il y avait eu un contact lors de la mise en place du pôle.

Ce constat est également rapporté dans les MSP de Basse-Normandie : « *il n'y a pas eu de changement des pratiques antérieures à ceci près que le pôle est aujourd'hui plus facilement identifié du fait qu'il rassemble beaucoup de professionnels de santé* ».

Entre les pôles et l'hôpital, on recense des démarches :

- la mise en place d'un accès privilégié pour les patients des médecins généralistes d'un pôle aux consultations spécialisées de l'hôpital
- ou encore la prise en charge des déchets à risques par l'hôpital.

Les liens les plus développés entre PSLA et hôpitaux s'observent naturellement sur les sites où les médecins des pôles exercent dans le même temps à l'hôpital (médecins Praticiens Hospitaliers à temps partiel, promoteur du pôle également président de la CME de l'hôpital...). Les pôles bénéficient alors d'actions d'ETP décentralisées par l'hôpital, de matériels (utilisation du plateau technique du pôle imagerie), d'une participation à des groupes d'échanges de pratiques, au cercle qualité de l'hôpital ou encore d'un accès simplifié au système d'information de l'hôpital : « *On a la télé-radiologie avec la radiologie de Villedieu et d'Avranches qui nous envoie sur nos ordinateurs les radios et on peut les consulter en instantané ainsi que les comptes rendus avec Apicrypt* », « *L'interface de l'hôpital permet de diffuser les infos sur les dossiers patients* ».

Avec les acteurs des champs médico-social et social, des relations embryonnaires

L'organisation d'un projet de santé publique sur un territoire nécessite que des partenariats soient établis avec le tissu local des acteurs des champs médico-sociaux et sociaux. Afin d'explorer cette dimension de la prise en charge des patients, comprenant la prévention et la prise en compte des problématiques sociales, une enquête a été menée auprès des structures médico-sociales et sociales des territoires d'implantation des PSLA pour observer l'état des coopérations existantes.

Parmi les structures ayant répondu à l'enquête²¹, **les trois quart ont déclaré ne pas connaître le projet de santé du pôle**, voire son existence même. Les autres appréhendaient essentiellement les grands axes généraux de la charte partenariale de déploiement des PSLA en Basse-Normandie.

Il n'y a pas eu d'association systématique des structures médico-sociales et sociales du territoire lors de la réflexion sur le projet de santé des pôles.

Seules 40% des structures ont déclaré travailler en partenariat avec un pôle de santé, généralement de façon informelle. Ce constat de relations encore à construire est d'ailleurs partagé par les professionnels des pôles : « *On a des relations avec le CCAS [...] mais sans convention spécifique [...]* », « *Il n'y a pas de relation avec le CMP car il y a une concurrence avec la psychologue et la PMI* ».

Parmi les structures travaillant en partenariat avec les pôles, **près des trois quart le faisait antérieurement à leur mise en place avec l'un des professionnels** : « *Il y a un travail avec la PASS, les foyers sociaux, le secteur psychiatrique, mais pas plus qu'avant* ».

²¹ 32 structures sur les champs médico-social et social. La typologie de l'ensemble des structures interrogées lors de l'enquête est disponible en annexes.

Les autres partenariats, établis depuis la mise en place du pôle, ne le sont que depuis quelques mois²³ et l'ont souvent été à titre individuel. La mise en place de nouveaux partenariats nécessite le temps d'apprendre à se connaître et à travailler de concert pour ensuite partager les réseaux et ainsi développer de nouveaux partenariats. La jeunesse des pôles explique ainsi que ces partenariats soient encore peu nombreux : *« On a des contacts avec le secteur social, ça démarre »*

Ce délai temporel de quelques années entre la mise en place du pôle et l'établissement de nouveaux partenariats se constate également dans l'évaluation qualitative menée en Lorraine où pour des structures qui ont en moyenne 5 ans d'existence, on recense des partenariats qui ont en moyenne deux ans et demi d'existence.²²

L'objet de ces partenariats est le plus souvent l'organisation d'une réflexion sur la prise en charge locale ou la mise en place d'actions d'information sur la santé et dans une moindre mesure des échanges sur les patients dans le cadre d'une prise en charge globale.

La fréquence des rencontres est variable et inhérente au type de projet développé (3-4 rencontres par an pour l'organisation d'une journée d'information, à plusieurs fois par semaine lorsqu'il s'agit de suivi commun de patients). Les modalités de contacts les plus fréquentes sont téléphoniques, par mail ou la tenue de réunions.

La présence d'acteurs du médico-social dans les PSLA, facteur d'une extension réciproque des réseaux

Si l'état d'avancement des partenariats avec les secteurs médico-sociaux et sociaux sont très dépendants de l'état des relations antérieures entre les professionnels, on peut constater que la mise en place de permanences sociales, la présence d'acteurs de la prévention ou tout simplement la diversification des représentations professionnelles au sein des pôles (médecins du travail, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, diététiciens) permet un partage et donc la possibilité d'une extension des réseaux de chacun : *« Les médecins avaient déjà des liens avec les travailleurs sociaux, le pôle a permis d'ouvrir ces liens aux paramédicaux en particulier les infirmières et les orthophonistes qui ont une place très importante »*

En Lorraine, la mise en place d'accueil de permanences d'action sociale est plus répandue : « 43% des structures (9) sur 25 structures (dont 4 pôles de santé) accueillent une permanence médico-sociale »²⁴.

« Le kiné est investi sur le plan santé au travail en lien avec le médecin du travail qui est sur le pôle. [...] Nous n'avons pas de lien formalisé avec le social mais une relation habituelle avec l'assistante sociale présente à mi-temps dans les locaux ainsi que la médecine du travail. »

²² Idem

²³ La durée moyenne des partenariats est de 26 mois lorsqu'on considère tous les partenariats, y compris ceux établis en amont de la mise en place des pôles. Si l'on restreint le champ aux partenariats établis depuis l'ouverture effective des pôles, cette durée moyenne s'établit alors à 5 mois.

²⁴ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

La participation aux ENMR, levier pour les actions de prévention

La participation de certains PSLA aux ENMR permet de proposer une prise en charge plus globale des patients avec des temps d'échange et l'organisation d'actions d'information sur la santé avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire. Ils sont donc un levier important pour une meilleure coordination sur le territoire, en dépit de leur caractère expérimental et des délais de retour des financements engagés (lourdeur administrative).

« Nous avons la possibilité d'être indemnisés pour les réunions avec les acteurs sociaux et même en pluridisciplinaire par le biais des ENMR, c'est important, mais on ne sait pas si cela va être reconduit et cela va remettre en cause certaines actions même si les partenariats continueront ».

Ce type d'actions ne se monte d'ailleurs pas sur les sites qui n'ont pas fait le choix de se lancer dans ces nouveaux modes de rémunérations en raison de la charge administrative qui leur est inhérente : *« Le problème c'est que ces actions [de prévention] sont à mener sur le temps où l'on travaille. On ne s'est pas lancé dans l'ENMR car on a pas beaucoup de recul et des retours pas très positifs ».*

Ces actions de prévention lorsqu'elles sont partagées entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du social permettent une véritable synergie avec les collectivités locales et les prémisses d'un projet de santé de territoires en acte.

Quelques exemples de synergies abouties dans le domaine de la prévention au service de la population, associant sanitaire, social, médico-social et collectivité locale ont ainsi pu être rencontrés sur les pôles urbains de la Grâce de Dieu et d'Ifs. Ainsi, sur la Grâce de Dieu, le pôle participe aux groupes de travail sur la nutrition et la contraception initiés depuis 2004 par le centre socio-culturel ainsi qu'aux actions telles que la semaine du goût ou la journée mondiale de la contraception, dont ils prolongent les actions²⁵ : *« On se retrouve beaucoup avec les acteurs sociaux sur la nécessité et l'importance de la prévention primaire ».*

De même sur Ifs, le pôle a des échanges avec le conseiller municipal en charge de la santé sur la commune et participe aux actions organisées par la ville :

« On a aussi des échanges avec le conseiller municipal en charge de la santé sur Ifs qui organisait des forums santé. On participe aux actions organisées par la ville d'Ifs. Il y a une soirée langage avec la PMI du Calvados et aussi un travail mené avec l'Education nationale »

Il est également à noter que sur la dépendance et la prise en charge des personnes âgées, nombre d'acteurs sont convaincus de la nécessité de travailler ensemble et l'on recense un début de travail partenarial avec plusieurs CLIC qui peuvent être des relais clés vers le médico-social et le social :

« Nous aimerions pouvoir être un relais pour les prise en charges médico-sociales, un référent identifié et que les professionnels n'hésitent pas à prendre leur téléphone lorsque le besoin se présente. Nous mettons à disposition des partenaires une salle avec des dates disponibles pour organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire pour la prise en charge des patients et nous aimerions que cette possibilité soit exploitée. Nous aimerions aussi mieux connaître leurs objectifs et actions, leur rôle et leurs partenaires pour mieux travailler ensemble. »

²⁵ Par exemple, un annuaire des professionnels ressources sur la contraception ou encore des ateliers cuisine et des conférences avec un médecin et une diététicienne en partenariat avec l'association Croque-légume ont pu être organisés.

Sur certaines thématiques, des acteurs du secteur médico-social et social peuvent ainsi souhaiter se positionner en co-animateurs sur des actions de prévention.

L'évaluation menée en Lorraine enregistre également ce souhait : « les partenaires pensent pouvoir apporter aux MSP une aide pour une prise en charge globale et continue des patients, une éducation thérapeutique décentralisée en milieu rural, et une expérience dans la pratique de la coordination des professionnels. »²⁶.

Un processus de décloisonnement pas encore abouti

Le processus de décloisonnement entre les acteurs du soin et les acteurs médico-sociaux et sociaux ne peut faire l'économie du temps, celui nécessaire pour apprendre à se connaître.

Cette reconnaissance de l'autre, préalable essentiel à l'action commune sera favorisée par l'ouverture des formations à la dimension de la coordination interprofessionnelle ainsi que par l'aboutissement du décloisonnement au sein même des instances mettant en place les politiques d'actions sociales et de soins : « Le Conseil général devrait davantage travailler à mettre des passerelles entre la politique des PSLA et le médico-social ».

« La passerelle est difficile entre le monde du médico-social et les libéraux (eux-mêmes très différents selon la profession exercée). Il n'y a d'ailleurs pas de lien entre la politique PSLA et le secteur médico-social au sein du Conseil général. Faire entrer le médico-social dans la politique des PSLA serait certainement un point à travailler ».

Des réponses diverses aux besoins de coordination

Les professionnels des pôles expriment unanimement le caractère chronophage de la coordination, qu'elle soit entre la ville et l'hôpital, ou avec acteurs médico-sociaux et sociaux.

« [On travaille] plutôt avec certains médecins [de l'hôpital] et c'est informel. [...] Pour l'instant rien n'est formalisé, le problème c'est que cela demande beaucoup de temps en plus du travail de chacun et la partie dédiée au pôle est prise sur la vie privée. »

On retrouve l'expression de ces souhaits dans les autres études relatives aux modes d'exercice regroupés. Ainsi dans l'évaluation menée en Lorraine, « la moitié des structures souffre d'une gestion complexe due à une lourdeur administrative : temps de travail dédié à la gestion et aux réunions importants, problèmes techniques à gérer, et manque de compétences ressenti pour cette mission. La moitié des MSP souhaiterait une aide pour la coordination (prise en charge du volet administratif), afin de libérer du temps pour le travail de coordination des soins »²⁷

Le besoin d'un temps dédié est également exprimé.

En parlant de l'HAD : « C'est là que le coordinateur pourrait jouer un rôle important d'interface avec les hôpitaux. On est limité au niveau du temps par rapport à notre exercice professionnel et ce besoin est devenu criant depuis quelques mois. »

²⁶ Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine du Secteur santé du Conseil Régional de Lorraine – Juin 2013

²⁷ Idem

Si ce besoin est ressenti dans tous les PSLA mais aussi dans les MSP, différentes modalités de réponses ont pu être envisagées ou apportées.

Ainsi, certains professionnels estiment que cette fonction de coordination doit être remplie par un personnel dédié mais conçoivent des profils différents pour occuper ce poste. Certains voient bien ce poste occupé par un professionnel disposant d'une formation autre que médicale ou paramédicale, éventuellement tournée vers la gestion administrative et des ressources humaines : « [...] *pas forcément un professionnel de santé. C'est un métier à créer, ce n'est pas un professionnel qui doit lâcher du temps pour s'en occuper* ».

La maison médicale pluridisciplinaire du SAP a ainsi fait le choix de recruter une coordinatrice en mutualisant son poste entre tous les professionnels via la SISA qui bénéficie des ENMR. Celle-ci remplit des missions d'orientation, de gestion administrative et de coordination avec les partenaires. Pour cela, le profil recherché a été un profil issu de la gestion des ressources humaines avec de bonnes capacités d'adaptation et de travail en transversal.

La fonction coordination peut également être envisagée non comme relevant d'une embauche ad hoc mais comme une délégation rémunérée à un des professionnels de santé du pôle.

« Le hic, c'est que je ne veux pas faire le coordinateur non rémunéré. Par contre il ne doit pas être quelqu'un d'extérieur au projet. Une infirmière ou une psychologue, un médecin peut s'investir, mais il faut qu'il soit rémunéré et ça marchera. »

A Agneaux, les médecins généralistes de la maison de santé se sont organisés en binômes nommés pour 2 ans et renouvelés pour moitié chaque année pour la gestion de la vie de la structure. Ont ainsi été constitués 4 binômes :

- Trésorerie
- Ressources humaines
- Système d'information (informatique et téléphonie)
- Fonctionnement du bâtiment (fournitures diverses...)

A noter cependant que cette forme de coordination ne concerne que la partie liée à la coordination interne à la maison de santé pour le moment.

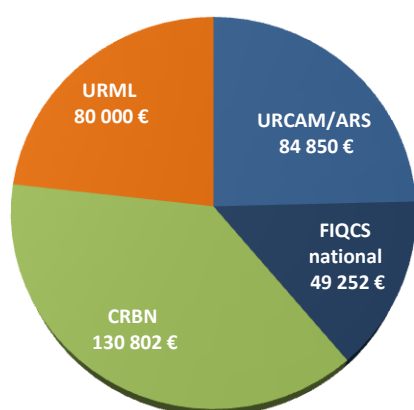
Approche médico-économique

Le travail d'analyse s'est appuyé sur les comptes rendus des réunions des instances de la charte (COD, CTI et CDF), sur le bilan financier réalisé par les services de l'ARS (juillet 2013) ainsi que sur les entretiens auprès des signataires de la charte.

La charte PSLA permet de mobiliser conjointement un nombre important de sources de financement départementales, régionales, nationales voire européennes.

Un peu moins de 300 000 euros consacrés à l'ingénierie

Les prestations d'ingénierie constituent un apport essentiel selon les partenaires de la charte car elles permettent de valider la faisabilité des projets et de poser les bases d'un travail collectif.



Les subventions pour les accompagnements en ingénierie de phase 1 et 2 s'élèvent à 295 652 euros au total au 31/12/2012 pour 26 pôles accompagnés (27 986 euros pour les 6 pôles ouverts à cette date).

Le Conseil régional, l'ARS et l'URML contribuent au financement de ces actions.

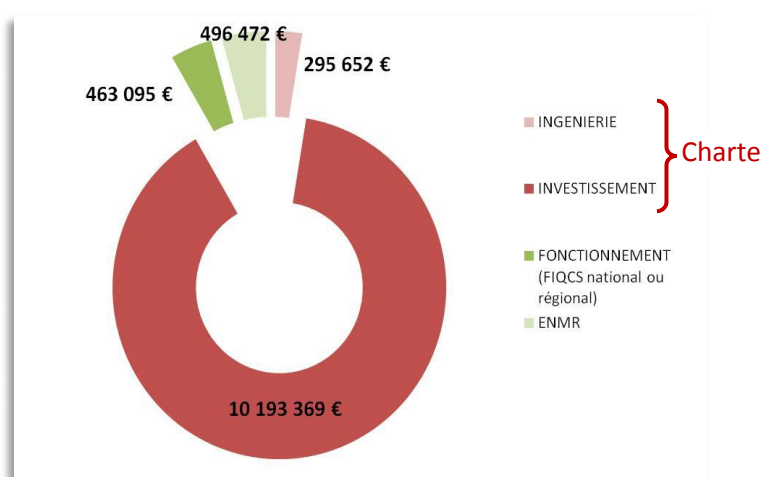
Le Fond national d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a également été mobilisé sur cette période à hauteur de 49 252 euros pour des projets de pôles non ouverts au 31/12/2012.

Des moyens conséquents dont plus de 10 millions d'euros affectés à l'investissement

La compilation des subventions accordées depuis 2007²⁸ dans le cadre de la charte ou de financements complémentaires (FIQCS et ENMR) témoignent de l'accent mis, lors des 5 premières années de la charte, sur l'accompagnement en investissement.

Ces moyens financiers conséquents (plus de 10 millions d'euros) ont permis la construction ou la rénovation de bâtiments pour les projets engagés (16 au total, ouverts ou en construction).

Moyens financiers engagés et recensés dans le bilan financier 2007-2013



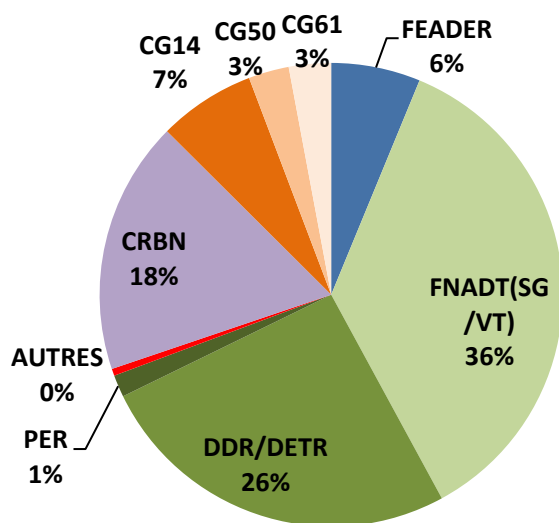
En ce qui concerne les 6 pôles ouverts (hors Moulin La Marche, antenne du futur pôle de L'Aigle), 3 990 390 euros de subventions ont été accordés dans le cadre du guichet unique (sauf pour les pôles Grace de Dieu et Ifs) pour un coût total d'investissement de plus de 10 291 875 euros.

Le coût des 6 pôles ouverts est très variable, de 683 112 euros pour le PSLA de Gacé à plus de 4 millions d'euros pour celui de Villedieu-les-Poêles. Ces écarts sont le reflet à la fois du dimensionnement des

²⁸ Les investissements recensés concernent tous les projets engagés (PSLA ouverts ou non) pour la période 2007/2013, les autres montants présentés dans le bilan financier ont été arrêtés au 31/12/2012.

projets (nombre de professionnels intégrés au pôle, cf. graphique ci-après) mais aussi de la nature du bâti (construction/rénovation).

Subventions d'investissement des pôles ouverts et en construction 2007-2013



Dans le domaine des investissements, l'Etat est fortement mobilisé (63% des montants) principalement via deux enveloppes :

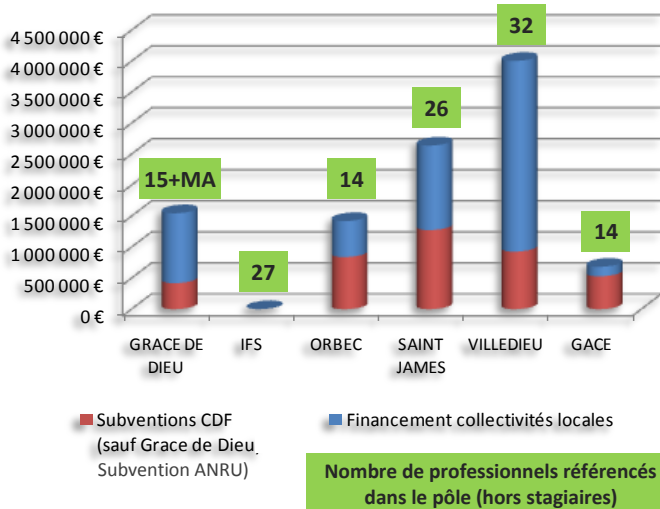
1. La Dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) résultant de la fusion de la Dotation globale d'équipement (DGE) des communes et de la Dotation de développement rural (DDR) ;
2. Le Fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT).

Plus à la marge, l'appel à projets Pôle d'excellence rurale (PER) est également mobilisé.

Viennent ensuite le Conseil Régional (18%), les Conseils Généraux (13% pour le total des trois) et dans une moindre mesure les fonds européens (6%).

Un fort engagement financier pour les collectivités locales

Financement de l'investissement des Pôles ouverts



Une analyse plus précise des budgets prévisionnels des projets ouverts au 31/12/2012 incluant une construction ou rénovation immobilière montre que les subventions accordées dans le cadre de la charte apportent entre 27% et 78% du financement et constituent donc indéniablement un levier important.

Cependant, le reste à charge pour les collectivités locales, avec recours à l'emprunt, peut demeurer important et témoigne de leur engagement et de leur souci de garantir à la population de leur territoire un accès aux soins satisfaisant.

Une bonne visibilité sur les dépenses éligibles

D'une manière générale, les comptes rendus et documents de suivi permettent une bonne visibilité sur les moyens engagés dans le cadre de la charte. Des financements additionnels ne sont cependant pas comptabilisés ou valorisés. En particulier, le bilan financier ne fait pas état des financements non négligeables correspondant aux moyens humains dédiés à la mise en œuvre de la charte (postes dédiés, temps de réunions...).

Quels moyens pour accompagner les pôles dans leurs missions ?

Pour accompagner les pôles au-delà de la dimension incitative de la charte et de son guichet unique, il existe au plan régional des aides au fonctionnement.

Ces crédits ne relèvent pas aujourd'hui directement du dispositif charte mais viennent compléter les subventions d'ingénierie et d'investissement :

- Aides aux logements et aux transports pour les stagiaires de médecine générale dans le cadre d'une convention ARS-CRBN-Conseils Généraux Manche et Orne-Faculté de médecine pour un total de 114 680 euros.
- Aides au fonctionnement émanant du FIQCS national ou régional pour un montant total de 463 095 euros.
- Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) à hauteur de 496 472 euros (crédits Assurance Maladie).

Les entretiens ont notamment mis en évidence des besoins de mutualisation et de coordination. Ces derniers apparaissent multiples, de natures différentes et ne font pas nécessairement appel aux mêmes modalités de réponses organisationnelles et financières.

1. Les possibles mutualisations logistiques au sein des PSLA

Des mutualisations dans les pôles ouverts sont constatées et étaient envisagées dès le montage des projets (espace commun, mutualisation partielle de secrétariat, fonction achat...).

Elles ont très probablement vocation à se renforcer. Le développement de la pluridisciplinarité, des coopérations entre professionnels du pôle, ou plus simplement les mouvements des professionnels (installation, départ en retraite...), appelleront sans doute d'autres mutualisations.

Cependant, la réflexion sur les mutualisations possibles dès l'ouverture ou après, ne va pas nécessairement de soi pour des professionnels ayant une pratique essentiellement individuelle.

2. Une coordination interne pour faciliter le fonctionnement quotidien des PSLA

Cette coordination indispensable au « *vivre ensemble* » dans un premier temps, puis au « *travailler ensemble* » apparaît nécessaire aux équipes des PSLA comme aux MSP. Cependant, les modalités d'organisation trouvées à ce jour sont parfois dimensionnées a minima en raison de la persistance de certaines résistances ou s'appuient sur des financements existants mais non pérennes (ENMR, FIR).

3. Une coordination avec les partenaires du territoire pour un parcours coordonné de santé

Cette coordination correspond à la mise en œuvre effective du projet de santé défini en amont dans ses grandes lignes lors de la phase d'accompagnement en ingénierie.

Si au bout de quelques mois la coordination interne s'organise de manière plus ou moins formalisée au sein des pôles, les dimensions du projet de santé impliquant d'autres acteurs du territoire restent encore en grande partie théoriques.

Ce constat s'explique avant tout par la jeunesse des pôles ou maisons qui n'ont que quelques années au mieux d'existence alors que la construction de partenariats exige du temps et la remobilisation d'acteurs qui ont déjà été fortement investis sur le montage des projets.

De plus, il paraît difficilement envisageable que les professionnels des PSLA soient seuls responsables et sans moyens dédiés, de la mise œuvre du projet de santé sur un territoire dans son intégralité.

DISCUSSION CONCLUSIVE

Les limites de l'évaluation

La mesure des effets observables directement liés à la charte est difficile et le restera tant concernant la démographie des professionnels de santé sur les territoires concernés que l'évolution des pratiques professionnelles. Il n'est en effet pas possible de mesurer précisément ces effets « toutes choses égales par ailleurs ».

De plus, l'évaluation menée et restituée porte sur la période 2008-2012, période d'ouverture des 6 PSLA rencontrés. Ces pôles sont le fruit de dynamiques antérieures à la signature de la charte contrairement aux pôles récemment inaugurés ou qui vont prochainement l'être.

Une question générale autour du temps

Selon la majorité des acteurs rencontrés, le délai de mise en œuvre des PSLA sur un territoire constitue l'un des principaux freins au déploiement de la politique régionale. Ce temps nécessaire de maturation (entre 3 et 5 ans), dont certains estiment qu'il diminue grâce à l'expérience acquise, induit un manque de réactivité qui ne permet pas de répondre aux situations d'extrême urgence.

Cette lente construction, pour partie ressentie comme impérative, exige un investissement durable des promoteurs originaux souvent peu nombreux, au risque que leur motivation ne s'émousse avant que toutes les dimensions du projet ne se soient déployées.

De plus, les entretiens ont fait ressortir la coexistence de différents temps :

- Le temps des professionnels de santé :
 - Celui nécessaire à la définition des projets individuels (installation, départ, poursuite d'activité dans d'autres cadres d'exercice),
 - Celui qui permet l'élaboration d'un projet collectif, phase délicate et complexe pour des professionnels historiquement isolés dans leur pratique,
 - Celui qui conduira à une évolution des pratiques, nécessairement beaucoup plus long.
- Le temps des élus tributaires des calendriers électoraux et soumis à leur propre circuit de décision, d'autant qu'il leur est demandé un engagement financier conséquent qui ne va pas toujours de soi pour leurs électeurs.
- Le temps de la maîtrise d'ouvrage et ses aléas (soucis architecturaux, problématiques liées au terrain, retards de construction...).

En conséquence, le temps nécessaire à la mise en service effective des PSLA est difficile à estimer, d'autant qu'aucun outil de suivi régional ne permet d'avoir une vision d'ensemble de tous ces temps.

Des ambiguïtés de départ

A l'exception notable du pôle d'Ifs, l'évaluation montre que, pour les PSLA ouverts, le projet est essentiellement incarné par le bâtiment qui regroupe aujourd'hui les professionnels. Ces constructions ou rénovations ont d'ailleurs incontestablement amélioré les conditions d'exercice de ces derniers et constituent aujourd'hui des espaces de travail attractifs pour les jeunes professionnels.

Cependant, l'attention portée aux aspects immobiliers, pour aussi nécessaire qu'elle soit, se fait aujourd'hui en partie au détriment d'une réflexion approfondie sur l'organisation possible du pôle, en tant que réseau de professionnels, pour couvrir les besoins du territoire.

Si cette réflexion autour du projet de santé, qui exige du temps, se trouve facilitée par le regroupement des professionnels, cette proximité n'est pas toujours suffisante.

De plus, certains bâtiments sont déjà trop petits pour accueillir d'autres professionnels alors même que les équipes des pôles et les usagers le souhaiteraient. Face à ce constat, la réflexion sur le travail en réseau avec des professionnels installés en dehors du bâtiment principal (antennes) va naturellement trouver une plus grande place.

Quant aux élus, ils se retrouvent souvent cantonnés au rôle de financeur du bâti, sans toujours pouvoir appréhender la spécificité du PSLA au-delà du regroupement de professionnels de santé dans les nouveaux locaux, par méconnaissance du projet de santé dans ses enjeux de coordination des ressources du territoire.

De plus, des ambiguïtés demeurent pour les élus et les usagers, quant au rôle que peuvent jouer les PSLA pour la Permanence des soins (PDS). Les pôles en tant que tels doivent s'organiser pour assurer une continuité des soins en journée la semaine mais n'ont pas vocation à assurer la Permanence des soins (soirs, nuits, week-ends et jours fériés) sur leur territoire d'implantation. La PDS relève en effet d'une organisation spécifique, indépendante de la politique PSLA.

Enfin, le diagnostic territorial est conçu à l'échelle des bassins de vie, la mise en œuvre des PSLA relève des intercommunalités (EPCI), quand le territoire couvert par les pôles n'est ni le bassin de vie, ni l'intercommunalité mais le reflet de l'attractivité des professionnels qui le composent²⁹. Cette difficile définition du territoire de référence des PSLA soulève un ensemble de questions et notamment celle des acteurs à mobiliser pour construire puis mettre en œuvre le projet de santé.

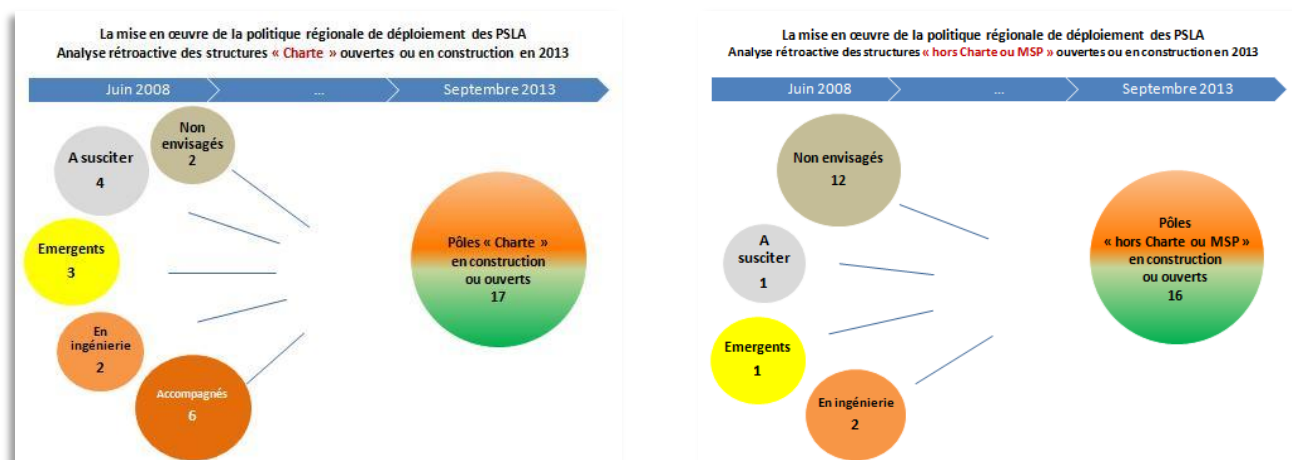
Les atouts de la politique régionale et du modèle

Une politique volontariste

La politique PSLA développée en Basse-Normandie est remarquable à plus d'un titre. Fondée sur une volonté et une mobilisation unique d'un ensemble de partenaires institutionnels, elle permet un engagement concerté de moyens financiers spécifiques considérables. On soulignera en sus que ces institutions consacrent un temps important pour faire vivre la charte et faire fonctionner ses instances. L'investissement humain que cela représente en temps, en postes partiellement ou totalement dédiés, est « proche du militantisme ».

Une politique locomotive

Cette mobilisation permet d'observer aujourd'hui un très grand nombre de projets suscités qui conduiront pour partie à l'ouverture de PSLA et pour une autre partie à la mise œuvre de pôles ou de maisons de santé hors charte, en fonction des territoires d'implantation (cf. schémas ci-après).



La politique PSLA peut être justement qualifiée de politique locomotive dans la promotion de l'exercice regroupé des professionnels de santé.

²⁹ Evaluation quantitative – ARS DPERF p. 19-20

PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Les résultats de l'évaluation précédemment restitués montrent l'intérêt de poursuivre les dynamiques initiées ou engagées dans le cadre de la charte signée en 2008, et invitent à proposer des pistes d'aménagement ou d'amélioration de ce cadre partenarial de travail.

Après une première étape de l'histoire de la charte, les propositions formulées ci-après doivent faciliter le passage à un deuxième temps priorisant :

- L'accompagnement et la mise en œuvre effective des nombreuses dynamiques lancées depuis 5 ans,
- Le nécessaire renforcement de la coordination des soins pour les pôles ouverts et à venir,
- L'articulation avec les autres ressources présentes sur les territoires pour organiser le parcours de santé (professionnels de santé installés individuellement, en maisons de santé pluridisciplinaires, en centre de santé, établissements de santé, structures médico-sociales et sociales).

Cette nouvelle phase permettra également de poursuivre le travail de recherche de complémentarités entre les différentes organisations en place sur les territoires, dans une logique de maillage, en cohérence avec les objectifs du Projet régional de santé.

Pilotage

Concernant le pilotage et le suivi, les analyses conduisent à des pistes d'aménagement de la charte actuelle :

Réinterroger la composition du COPIL initial à l'aune du bouleversement du paysage institutionnel

En particulier, une représentation des caisses d'Assurance maladie et du champ de la cohésion sociale.

Confirmer l'intégration de nouveaux signataires de la charte

- L'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS) qui participe déjà à certaines instances : une adhésion officielle à la charte viendrait reconfirmer l'objectif commun de tisser des liens avec le secteur social et médico-social sur les territoires d'implantation des PSLA afin de fluidifier les parcours de santé des populations, notamment les plus fragiles.
- Les URPS (non médecins) déjà actives au sein des COD et dont les missions rejoignent pleinement les objectifs de la charte.

Envisager l'intégration de nouveaux signataires

- Les Fédérations hospitalières, ici aussi pour marquer l'objectif de coordination de l'activité des pôles avec les structures hospitalières de leur territoire.
- Une représentation des collectivités locales (Associations départementales des maires)

Sur un plan plus opérationnel, il est proposé les axes d'amélioration suivants :

Tendre vers une harmonisation du fonctionnement des COD

La vocation régionale de la charte suppose un fonctionnement de ces instances plus homogène, en termes de fréquence minimale de réunion, de degré d'ouverture aux partenaires, de modalité de présentation et de suivi des projets. Les modalités d'arbitrage en cas de non consensus gagneraient à être clarifiées pour les trois départements (quorum, majorité...).

Prendre en compte les évolutions introduites par la loi HPST

La charte actuelle mentionne la nécessité pour les PSLA de se doter d'un « projet médical de proximité », il convient de faire évoluer cette expression vers celle de « projet de santé de territoire », de fait déjà employée sur le terrain par les partenaires de la charte.

Cette dernière pourrait de plus préciser que ce projet peut être mis en œuvre progressivement, par étape, en fonction des priorités identifiées par les patients et les professionnels et en tenant compte des moyens humains, organisationnels et financiers mobilisables.

Information réciproque et suivi

Dans ce domaine, la charte pourrait utilement préciser les modalités de partage des informations utiles aux partenaires pour assurer sa promotion, son suivi et celui des projets.

- En rassemblant l'information actualisée concernant les outils de la charte (carte ZIP, comptes rendus de réunion, tableau de bord de suivi de projets accompagnés et des pôles ouverts, supports d'information) dans un espace dédié (ex : espace collaboratif) ;
- En intégrant, comme outil de suivi de la politique PSLA, des informations relatives aux autres formes d'exercice regroupé pour favoriser une vision globale et dynamique du maillage territorial.

De plus, la charte pourrait se doter d'une sélection d'indicateurs :

1. Pour le suivi de la politique régionale
 - Délai moyen de montage d'un projet
 - Densité des professionnels de santé par territoire
 - Stagiaires accueillis en formation initiale (nombre et qualité)...
2. Pour le suivi des projets
 - Budget du projet : subventions décidées, reste à charge, coût des loyers au m²...
 - Financements concourant au fonctionnement et à la coordination des soins (FIR / ENMR, montants et objets)
 - Professionnels ou organismes parties prenantes du projet de santé (nombre et qualité)
 - Axes prioritaires du projet de santé de territoire et calendrier prévisionnel de mise en œuvre...

Diagnostic territorial commun

Concernant la production et la circulation de cartographies, les informations à partager étant difficilement superposables, la charte pourrait se doter de plusieurs outils cartographiques pour accompagner le diagnostic territorial commun :

- **Carte de zonages ZIP et aides individuelles** afin de visualiser les territoires qui peuvent prétendre à l'attribution de financements spécifiques relevant du guichet unique ou des organismes d'Assurance maladie
- **Cartes de densité des professionnels de santé** pour que l'ensemble des partenaires partage facilement cette information centrale au regard des objectifs initiaux de la charte.

- **Carte des différents modes d'exercice regroupé ouverts, en construction, en devenir** afin de donner une vision d'ensemble sur le maillage possible des regroupements existants et à venir (PSLA, MSP, Centres de santé...)

L'opportunité de réaliser **un travail particulier pour les zones urbaines** ne fait plus débat parmi les partenaires, ces territoires posant des questions spécifiques notamment d'accessibilité et de population précarisée. A cette occasion, l'ajout de critères de santé sociale et de présence d'autres ressources sur le territoire pourra être étudié (ex : difficulté d'accès à l'emploi, structure familiale...).

Dispositifs d'accompagnement

Le renforcement et l'aménagement des actions d'accompagnement en ingénierie apparaissent nécessaires :

En phase 1

Pour élargir la réflexion à d'autres acteurs du territoire dès la première étape de constitution du noyau dur des professionnels (structures sociales ou médico-sociales importantes, élus locaux investis sur les questions de santé...)

En phase 2

Pour construire les différents axes du Projet de santé de territoire dans une logique de montée en charge progressive des objectifs et des activités :

1. Comment assurer les soins et leur coordination (articulation des projets professionnels, discussion sur les mutualisations envisageables immédiatement ou à plus long terme...), ces éléments conditionnant un éventuel projet immobilier.
2. Définition d'objectifs spécifiques en nombre limité dans un premier temps et repérage des partenariats nécessaires pour les atteindre (Etablissements et services médico-sociaux (ESMS), services sociaux, établissements de santé...)

En phase 3

L'évaluation a mis en évidence la nécessité d'accompagner les acteurs – promoteurs au-delà de la construction du PLSA, pour la mise en œuvre du Projet de santé de territoire : conseil, appui à la réflexion, aide à la programmation (plan d'actions), passerelle vers les partenaires.

Ce travail pourrait être mené en amont de l'ouverture du pôle, pour maintenir la dynamique collective pendant la construction immobilière quand il y en a une.

Il pourrait s'appuyer sur le dispositif de formation continue des professionnels de santé (Développement professionnel continu) en particulier via l'orientation nationale n° 4 qui vise l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles³⁰.

³⁰ S'inscrivent dans cette orientation les programmes de DPC ayant notamment pour objectifs :

- l'élaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles ;
- la coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, protocoles pluridisciplinaires, dossier médical notamment au niveau territorial, relation entre médecins traitants et correspondants ;
- les coopérations entre professionnels de santé relevant des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;
- la formation des maîtres de stage ou des tuteurs d'étudiants des professions de santé ;
- le développement des systèmes d'information et le dossier médical (dossier médical personnel et dossier pharmaceutique prévus aux articles L. 1111-14 et suivants du code de la santé publique, logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, programme Hôpital numérique 2012-2016) ;
- la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
- les modélisations des communications interprofessionnelles ;
- l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale et des équipes.

GLOSSAIRE

AMO	Assistance à maîtrise d'ouvrage
ARS	Agence régionale de santé
CCAS	Centre communal d'actions sociales
CDC	Communauté de communes
CDF	Comité des financeurs
CLIC	Comité local d'information et de coordination
CME	Conférence médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
COD	Comités opérationnels départementaux
COFIL	Comité de pilotage
CRBN	Conseil régional de Basse-Normandie
CTI	Comité technique d'ingénierie
DDASS	Département et direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDR	Dotation de développement rural
DETR	Dotation d'équipement des territoires ruraux
DGE	Dotation globale d'équipement
DMP	Dossier médical personnel
ENMR	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
EPCI	Etablissements publics de coopération intercommunale
ERET	Espace Régional d'Education Thérapeutique
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ETP	Education thérapeutique du patient
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
FNADT	Fonds national d'aménagement et de développement du territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ORS	Observatoire régionale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDS	Permanence des soins
PER	Pôle d'excellence rurale
PMI	Protection maternelle infantile
PSLA	Pôle de santé libéraux et ambulatoires
PSP	Pôle de santé pluriprofessionnel
RGPP	Révision générale des politiques publiques
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

BIBLIOGRAPHIE

- ARS Basse Normandie. (2013). *SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS)*.
- AUTES, M., & DUFAY, M. (2009). Maison de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. *santé publique, 21*, 17-25.
- BAUDIER, F., & CLEMENT, M. (2008). Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. *Santé publique, 103-108*.
- BRUGUIERE, M. (2011). *rapport du sénat : Les territoires et la santé*. Rapport d'information, Sénat.
- CESR, B.-N. (2009). *La démographie médicale en Basse-Normandie et ses perspectives*. caen.
- CLEMENT. (2009). Les maisons de santé: un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé publique, 79-30*.
- DGOS. (2010). Cahier des charges national des maisons de santé.
- GARROS. (2009). Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire? *Santé publique, 21*, 7-16.
- IRDES. (2009, octobre). une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Questions d'économie de la santé (147)*, 5.
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2013). Stratégie nationale de santé.
- Secteur santé du Conseil régional de Lorraine. (2013). *Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de santé et Pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine*.

LISTE DES ANNEXES

- Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie
- Cahier des charges de l'évaluation
- Proposition de l'ORS de Basse Normandie
- Evaluation quantitative ARS DPERF (Bilan démographique et bilan financier)
- Liste des acteurs contactés pour le recueil des données qualitatives