



**HAL**  
open science

**Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de  
santé: dynamiques territoriales et accessibilité aux soins  
en Bourgogne**  
Guillaume Chevillard

► **To cite this version:**

Guillaume Chevillard. Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de santé: dynamiques territoriales et accessibilité aux soins en Bourgogne. Géographie. 2011. dumas-01494341

**HAL Id: dumas-01494341**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01494341>**

Submitted on 23 Mar 2017

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

**Master 2 Recherche – Environnement, Santé et Territoires**

Parcours Sciences Sociales et Administration

# **Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de santé : dynamiques territoriales et accessibilité aux soins en Bourgogne**

Tuteur universitaire : Stéphane Rican

Tuteurs professionnels : Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès

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

**Guillaume CHEVILLARD**

**Année Universitaire 2010-2011**

*L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur*

*J'atteste que ce travail est personnel, que je cite systématiquement toute source utilisée entre guillemets, et que ce travail ne comporte pas de plagiat*

# Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement l'équipe de l'IRDES qui m'a accueilli dans le cadre de ce stage et m'a permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions possibles. Merci donc à monsieur Yann Bourgueil, directeur de l'IRDES, à Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès mes tuteurs ainsi qu'à Magali Coldefy pour leurs conseils et leur soutien.

Je voudrais remercier Stéphane Rican, mon tuteur universitaire, pour m'avoir encadré et guidé tout au long de l'élaboration de ce travail.

Merci aussi à Mme Péliissier et Mme Verset de l'ARS Bourgogne pour leur disponibilité et les informations qu'elles m'ont fait suivre, indispensables à une grande partie de ce travail. Je tiens aussi à remercier les référents des maisons de santé pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Mes remerciements vont aussi à l'équipe de l'URML de Basse-Normandie qui m'a accueilli en stage l'an dernier et grâce à qui j'ai pu commencer ce travail avec une certaine connaissance des problématiques de démographie médicale.

# Sommaire

Sommaire .....	4
Introduction.....	7
1 Etat de l'art : champs de l'étude, enjeux géographiques et méthodologie.....	9
1.1 Contexte général .....	10
1.1.1 La situation de la démographie médicale en France.....	10
1.1.2 Les paramètres de l'évolution de l'offre de soins .....	14
1.2 Pérenniser l'offre de soins sur certains territoires avec de nouveaux modes d'organisation..	16
1.2.1 Définitions des modes d'exercice regroupés pluriprofessionnels .....	16
1.2.2 Quelques éléments d'analyse des maisons de santé .....	19
1.3 Les enjeux géographiques de l'étude.....	20
1.3.1 Les dynamiques territoriales .....	20
1.3.2 L'accessibilité.....	26
1.3.3 Les modèles de localisation.....	28
1.3.4 Attractivité territoriale .....	29
1.4 Méthodologie .....	29
1.4.1 Les données de l'IRDES.....	29
1.4.2 Les données administratives .....	33
1.4.3 Revue de presse .....	34
1.4.4 Les données de terrain .....	35
1.4.5 Les limites des données.....	36
2 Le contexte territorial des maisons de santé .....	39
2.1 Portrait de la région Bourgogne .....	40
2.1.1 La Bourgogne.....	40
2.1.2 Les MSP dans leur contexte régional .....	44

2.2	Description de l'environnement des MSP .....	49
2.2.1	Typologie des bassins de vie bourguignons .....	49
2.2.2	Les communes où sont implantées les MSP .....	59
2.3	Description des MSP retenues dans l'étude .....	61
2.3.1	Monographies des MSP étudiées .....	61
2.3.2	La formalisation du projet à travers les dossiers FIQCS .....	65
2.4	Le rôle des différents acteurs dans l'émergence et l'élaboration du projet.....	70
2.4.1	Récapitulatif des différentes échelles et acteurs mobilisés .....	70
2.4.2	Déroulement d'un projet nécessitant un financement FIQCS .....	73
2.4.3	Le rôle des acteurs dans la dynamique territoriale de l'offre de soins .....	74
2.4.4	L'émergence de nouveaux acteurs.....	74
3	Dans quelle mesure les maisons de santé participent-elles aux dynamiques territoriales ? .....	77
3.1	Dans quelles mesures les MSP peuvent-elles jouer sur l'accessibilité aux soins ? .....	80
3.1.1	En assurant une offre de soins pérenne.....	80
3.1.2	En offrant une accessibilité à des soins diversifiés.....	83
3.1.3	En améliorant l'accessibilité physique .....	84
3.1.4	Accessibilité financière .....	84
3.2	Dans quelle mesure les maisons de santé peuvent-elles potentiellement avoir un impact sur le territoire ? .....	85
3.2.1	Au niveau de l'attractivité du territoire .....	85
3.2.2	Les MSP créent-elles de nouvelles centralités ?.....	86
3.2.3	Les recompositions territoriales de l'offre de soins de premier recours liées à l'implantation des MSP .....	88
3.3	En participant à la réflexion sur la définition de territoires de soins primaires.....	92
3.4	Les externalités liées aux MSP.....	95
3.5	Proposition de modèles de dynamiques territoriales dans lesquels les MSP pourraient s'inscrire .....	96

Conclusion et perspectives de recherche.....	101
Bibliographie.....	105
Acronymes.....	113
Table des figures.....	115
Liste des annexes.....	117

# Introduction

La géographie de la santé s'intéresse à la fois à l'état de santé de la population et au système de soins, ces deux dimensions étant fortement imbriquées. Ce mémoire a pour objet une des composantes de l'offre de soins de premier recours : les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Ces MSP regroupent des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de premier recours, autour d'un noyau comprenant des médecins généralistes et des infirmiers.

La France se trouve confrontée à une baisse programmée des effectifs de médecins généralistes qui se conjugue à une inégale répartition des professionnels largement documentée. Ces problèmes auront probablement des conséquences sur l'accès aux soins en particulier dans les zones fragiles souvent délaissées par les professionnels de santé. Ces zones fragiles sont en général les zones rurales et les zones urbaines en fragilité (DGOS, 2011).

Des mesures incitatives ont été mises en places pour attirer les professionnels de santé dans ces zones mais leur influence semble modérée (Bourgueil, Mousques, Tajahmadi, 2006). Au delà des solutions financières, des solutions « structurelles » apparaissent comme les maisons de santé pluridisciplinaires. Elles ont plutôt pour vocation d'offrir un cadre de travail attractif pour les professionnels et d'ancrer durablement l'offre de soins dans un territoire.

Ces maisons de santé ont jusqu'alors été peu étudiées, en particulier d'un point de vue géographique. Jusqu'ici les études géographiques portent sur l'hôpital (Fleuret, 2002), les réseaux de soins (Bourelle, 2003) ou encore les recompositions territoriales de l'offre de soins (Lerouvillois, 2003 ; Jousseau, 2003). Les maisons de santé font écho aux problèmes de démographie médicale, qui ont fait l'objet d'un certain nombre d'études (Evrard, 2006 ; Barbat-Bussièrès, 2009 ; Tonnelier, 2006). Enfin les dynamiques territoriales de santé ont fait l'objet d'un colloque récent en septembre 2010, à l'initiative du ministère de la Santé. Y ont été abordés les questions des soins de proximité, des maisons de santé, de la démographie médicale (Burdillat, 2010), des dynamiques sanitaires urbaines (Rican et al., 2010) ou encore des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'intérêt d'une recherche sur ce sujet est renforcé par le plan de financement de 250 maisons de santé rurales entre 2010 et 2013 par l'Etat. La multiplication de ces structures montre l'utilité d'études sur leurs impacts en termes de recompositions territoriale de l'offre de soins ou d'accessibilité aux soins, et inversement de l'offre de soins sur le territoire. De plus, la nouvelle loi Hôpital, Patient, santé, territoire (HPST) prévoit l'élaboration d'un volet ambulatoire au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Celui-ci servirait de cadre pour l'offre de soins ambulatoire

de premier recours. Les maisons de santé et la priorisation de leur implantation dans les zones fragiles ou déficitaires sont donc la encore sur le devant de la scène.

Cette étude sur les maisons de santé bourguignonnes se fait dans le cadre d'un stage de master 2 Recherche et s'inscrit dans une évaluation menée par l'IRDES sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Cette évaluation concerne entre autres les maisons de santé. L'enjeu du stage est de proposer une méthodologie pour analyser le contexte territorial des maisons de santé ainsi que d'évaluer leur impact géographique sur le territoire et l'accessibilité aux soins, et enfin de tester des hypothèses de recherche. Cette méthodologie et ces hypothèses seront ensuite confrontées pour définir un projet de thèse plus large qui porterait sur l'ensemble des maisons de santé de l'évaluation de l'IRDES.

Le but de ce travail est de répondre à une double interrogation :

**Dans quelles dynamiques territoriales les MSP s'inscrivent-elles et dans quelle mesure peuvent-elles y participer ?**

Nous partons de plusieurs hypothèses :

*Il existerait un lien entre dynamiques territoriales et dynamique de l'offre de soins.*

*Les MSP entraîneraient des recompositions territoriales de l'offre de soins et joueraient sur l'accessibilité aux soins*

Ainsi les objectifs spécifiques de ce travail sont de documenter les MSP et les territoires dans lesquels elles sont implantées. Ensuite d'analyser les différentes dynamiques territoriales (démographie, emplois, services, attractivité, acteurs) des espaces où sont implantées des MSP et de les confronter avec la dynamique de l'offre de soins et de voir comment les MSP s'y inscrivent. Il s'agit aussi d'évaluer l'impact géographique (à court terme) de ces structures en termes d'accessibilité, de recomposition de l'offre, de renforcement des places centrales.

Pour y répondre nous ferons d'abord un état de l'art rassemblant des éléments permettant d'éclairer notre objet de recherche et notre problématique. Puis nous nous pencherons sur le contexte territorial dans lequel les MSP s'insèrent et enfin nous essayerons d'approcher l'impact de ces structures en mobilisant des concepts géographiques.

# **1 Etat de l'art : champs de l'étude, enjeux géographiques et méthodologie**

Cette partie est une revue de la littérature, elle a pour objectif de nourrir la réflexion autour de nos hypothèses de recherche et d'essayer d'apporter des éléments de réponse à notre problématique. Nous poserons ici les éléments de cadrage sur l'offre de soins de premier recours en France et les maisons de santé, sur les contraintes qui l'attendent et sur les enjeux géographiques de l'étude. Puis nous finirons cette partie en revenant sur la méthodologie du mémoire.

## **1.1 Contexte général**

### **1.1.1 La situation de la démographie médicale en France**

#### **1.1.1.1 Une inégale répartition des généralistes sur le territoire**

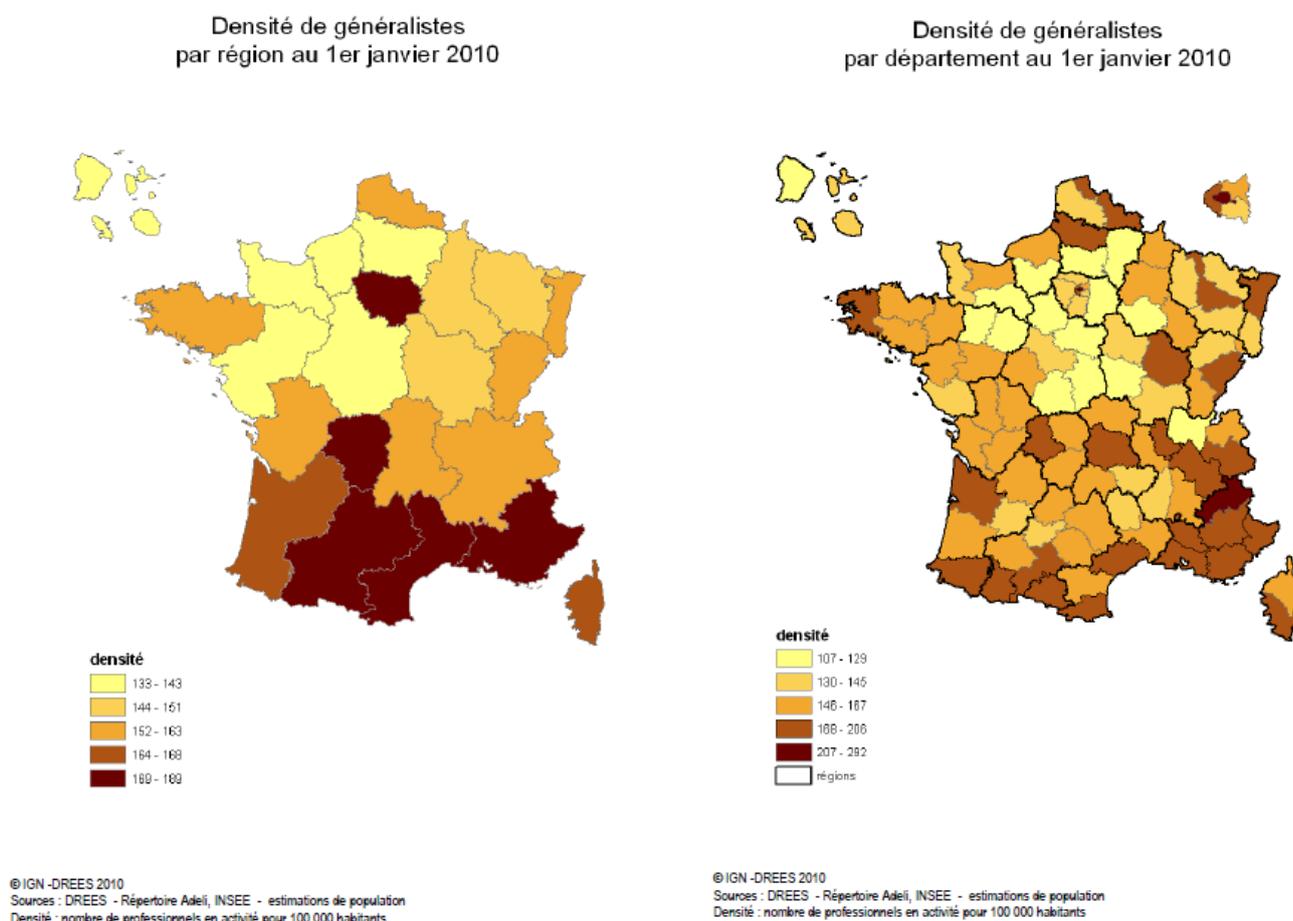
Il est difficile de dater les premières préoccupations sur la démographie médicale. Tonnelier note qu'au début du siècle le sujet du dénombrement des médecins était sujet à polémique (Tonnelier, 1992), certains pensaient qu'il y avait pléthore de médecins et d'autre que la situation était contrastée entre des villes encombrées et des départements en manque. Le Haut Conseil de la santé Publique consacre un numéro en 1999 sur la santé publique et l'aménagement du territoire. Un article sur l'accès aux soins en milieu rural fait référence au constat préoccupant de la démographie médicale » pour certains territoires (Bessin et al., 1999). En 2000 un numéro est consacré aux médecins en France et fait directement allusion à la question de la démographie médicale, elle y fait l'objet d'un chapitre (Schweyer, 2000 ; Vigneron 2000). Un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins (Langlois, 2001) puis une étude sur les projections démographiques de médecins à l'horizon 2020 (Niel, 2002) alertaient ensuite sur des risques démographiques.

Après cela l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé en 2003. « Il est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé ». Ensuite, la démographie médicale a fait l'objet de plusieurs rapports spécifiques (Berland, 2005 ; Juilhard, 2007 ) et d'autres rapports qui y ont trait (Rapport Vallancien 2009; Rapport Hubert, 2010) synonymes du souci croissant des pouvoirs publics autour de ce sujet. Les études sur cette question sont assez nombreuses et émanent aussi bien des chercheurs, des pouvoirs publics, que des professionnels de santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2010 ; Conseil de l'Ordre des médecins (CNOM), 2010 ; Schweyer, 2000 ; Couffinal et Mousques, 2002 ; Union régionale des caisses d'assurance maladie) depuis, les élus des territoires fragiles se sont emparés de cette

question et en ont fait un enjeu primordial dans le développement de leurs territoires utilisant une expression devenue depuis à la mode de « désert médical ». Avant de s'attaquer à cette question il convient de présenter quelques éléments de contexte.

La DREES a publié un document de travail en février 2011 sur la situation des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (DREES, 2011). Il recense les médecins du répertoire ADELI. Ainsi pour les généralistes l'effectif est de 81 472, soit une densité de 131 pour 100 000 habitants. La figure 1 illustre la densité de généralistes par région et par département au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**Figure 1- Cartes des densités de généralistes par région et département au 1er janvier 2010**



Sources : DREES, 2011

Le CNOM publie tous les ans un atlas national de la démographie médicale, celui ci est décliné pour chaque région. Les derniers mettent en évidence des densités interrégionales qui se creusent (Romestaing, 2010) et une densité moyenne qui diminue. Les données sont issues du CNOM et recensent les médecins inscrits au tableau de l'Ordre.

Les études sur la répartition des médecins généralistes sont assez nombreuses et aboutissent généralement au même constat : la répartition des généralistes est très inégale sur le territoire et ce constat soulève l'épineuse question de l'accessibilité aux soins dans les territoires désertés ou en cours de désertification (Burdillat, 2010 ; Romestaing, 2010 ; Rican et al., 1999). Ces inégalités de répartition sont identifiables à plusieurs échelles : nationale, régionale, départementale et infra-communale.

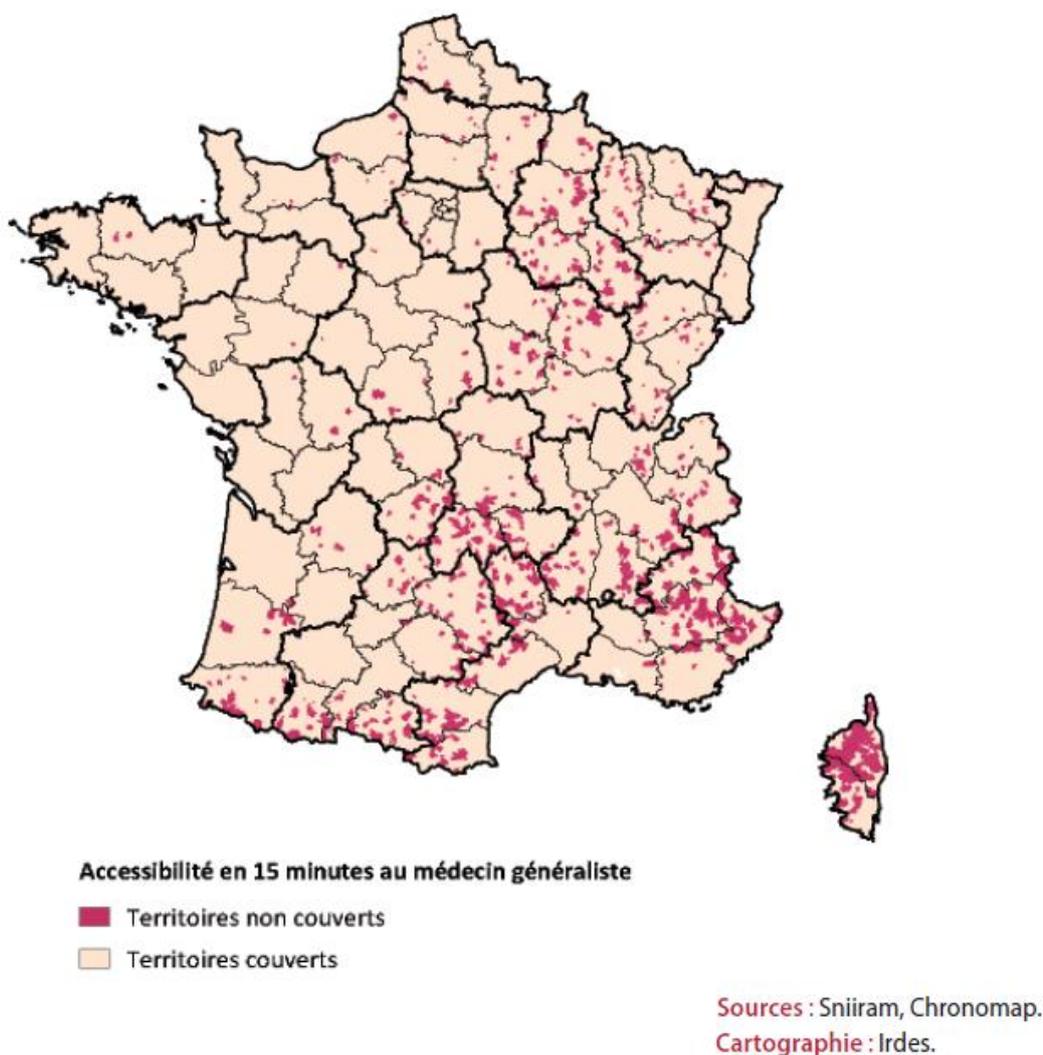
Les cartes précédentes résument bien les inégalités géographiques de répartitions des généralistes. Les régions du Midi, du pourtour méditerranéen et de l'Île-de-France sont mieux pourvues que les autres. A l'échelle départementale par contre les départements littoraux et montagneux semblent mieux lotis.

Des nombreuses études infra régionales réalisés par les URCAM puis les ARS visant à définir les zones déficitaires en offre de soins mettent en évidence des disparités dans la répartition des généralistes. Quelle que soit l'échelle choisie pour le diagnostic (canton, bassin de vie ...) des espaces marginaux apparaissent.

Les disparités concernent également l'échelle infra-urbaine ou des quartiers seront moins bien dotés. L'analyse par IRIS ou par carroyage permet de faire un diagnostic local de l'offre de soins. En milieu urbain ce sont généralement les ZUS qui sont les moins bien pourvues en professionnels de santé et l'attractivité de ces zones pose problème, en effet le taux de renouvellement de ces zones est de l'ordre de 30% (Rapport Vallancien, 2009). Les communes périurbaines plus largement sont elles aussi moins bien lotis que la moyenne nationale (Rican et al., 1999 ; Le Fur et Lucas-Gabrielli, 2004).

Ces inégalités de répartition et de densité de généralistes ont des conséquences sur l'accessibilité aux soins notamment en termes de distances. Des travaux menés par l'IRDES s'intéressent aux distances d'accès aux soins au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Pour les médecins généralistes les distances d'accès sont le négatif du degré de densité de population, les zones les plus éloignées étant en général les zones montagneuses ou dans le rural isolé (Coldefy et al., 2011). Trois millions de français, soit 5% de la population, ont un temps d'accès supérieur à 9 minutes pour se rendre chez le généraliste, ce qui permet de dire que l'accès géographique au généraliste est globalement satisfaisant. L'accès aux soins en milieu rural est également une préoccupation dans d'autres pays. La province de l'Ontario a commandé un rapport ICES, 2011) qui révèle que 99.6% de la population habitant dans des villes de moins 30 000 habitants se trouve à moins de 30 minutes de soins primaires. Cependant les échelons en dessous de 30 minutes ne sont pas détaillés.

Figure 2 - Temps moyen d'accès au généraliste au 1er janvier 2007



De plus, il existe en général une bonne adéquation entre la répartition de la population et la répartition des médecins généralistes libéraux (Barlet, Colin, 2009). En effet il s'agit du 3<sup>e</sup> équipement ou service pour lequel l'adéquation avec la population est la meilleure. Le premier est la pharmacie. Cependant ces résultats ne suffisent pas à dire qu'il n'y a pas de problèmes de répartition des professionnels de santé. Deux remarques peuvent être apportées : si on analyse les tranches d'âges des professionnels de santé, « les moins de 40 ans sont moins bien répartis que leurs confrères », ce constat pose la question de la future répartition des professionnels qui, on le sait, seront aussi moins nombreux que leurs aînés.

En plus de cela, les médecins s'implantent préférentiellement dans certains endroits du territoire. Les facteurs d'attractivité pour les généralistes libéraux sont d'être un pôle urbain, une ville du sud de la France, de préférence disposant d'un CH, ou alors une ville touristique (Rican et al. 1999). En outre, un chevauchement entre zone d'activité de la population et lieux d'implantation des médecins

généralistes libéraux laisse supposer qu'aires de recours et migrations quotidiennes ne sont pas indépendantes (Rican et al., 1999). Enfin, l'implantation des généralistes peut être une externalité de l'implantation d'une structure médicale, ainsi la mise en place d'un centre médical a permis l'arrivée de nouveaux médecins dans une zone jugée difficile en Languedoc-Roussillon (Chabas, 2006).

### **1.1.1.2 Des mesures pour améliorer la répartition géographique des médecins jusqu'alors inefficaces**

Suite au constat que nous venons de dresser sur les inégalités géographiques de répartition des généralistes, les pouvoirs publics ont tenté de mettre en place des mesures incitatives pour chercher à corriger ces déséquilibres. Il ressort que les mesures mises en place pour améliorer la répartition des généralistes sont globalement un échec (rapport Hubert, 2010). Ce rapport pointe en particulier l'augmentation du numéris clausus et les leviers financiers. Une étude de l'IRDES intitulée « : Améliorer répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », relève aussi une faible efficacité de la limitation de l'installation en zone excédentaire, un effet d'aubaine lié aux bourses d'étude, et remet également en question l'efficacité des aides financières. (Bourgueil, Mousques, Tajahmadi, 2006).

## **1.1.2 Les paramètres de l'évolution de l'offre de soins**

### **1.1.2.1 Mutations de l'offre de soins**

#### **1.1.2.1.1 Une démographie médicale et une densité sur la pente descendante**

Les problèmes de répartition des généralistes que nous avons évoqués posent la question de l'accessibilité de certains territoires aux soins de premier recours. A cette situation s'ajoute une évolution du nombre de médecins généralistes et donc de la densité médicale qui commence à infléchir depuis peu de temps. La densité médicale devrait atteindre un creux en 2019, où la « pénurie » de médecins sera maximale, avant d'augmenter de nouveau (DREES, 2011). Le rapport Hubert pointe cette situation et soulève quelques inquiétudes puisque la situation pourrait s'aggraver plus rapidement que prévue. Selon ce rapport, les médecins ont tendance « à anticiper leur départ à la retraite » à cela du fait du départ de leur collègue (effet boule de neige). Ce constat sur l'état de l'offre de soins aboutit soulever deux questions. Une d'ordre géographique concernant l'accessibilité à venir aux soins et une économique sur la productivité des généralistes.

### **1.1.2.1.2 Mutations qualitatives de l'offre de soins**

Les changements quantitatifs que nous venons d'évoquer se basent l'hypothèse d'un mode d'organisation et de comportement des médecins constant. Cependant les modes d'exercices connaissent depuis quelques années de profondes mutations qui modifient elles aussi l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Ainsi, Les jeunes médecins possèdent de nouvelles aspirations. Seuls 10% des nouveaux inscrits à l'Ordre sont libéraux (Bourgueil, 2009), les jeunes généralistes privilégient l'exercice regroupé et à cela, il faut ajouter une féminisation croissante de la profession (Gouget, 2005). En effet entre 1998 et 2009, le taux de regroupement en médecine générale est passé de 43% à 54%. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont presque 80% à déclarer exercer en groupe en 2009 (Baudier et al., 2010). Cet engouement pour l'exercice regroupé pose la question de la répercussion spatiale de cette forme d'exercice sur l'accessibilité aux soins. En effet il suppose que l'offre de soins soit plus concentrée. Il se pose aussi la question de la productivité des professionnels puisque la même étude note une diminution du temps de travail des médecins généralistes qui exercent en groupe (Baudier et al., 2010).

### **1.1.2.2 Une augmentation et une modification de la demande de soins.**

A ces données concernant les professionnels de santé, il faut ajouter les changements concernant la population. Le vieillissement, l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, et l'évolution des attentes des usagers ont modifié la demande de soins primaires. « Ces évolutions de la demande de soins se traduisent par de nouveaux besoins, notamment en terme de coordination, d'information ou encore d'éducation à la santé » (Krucien et al., 2011).

### **1.1.2.3 Un souci d'équité du législateur**

Un des objectifs de la loi HPST est d'améliorer l'équité d'accès aux soins. Ce souci d'équité passe par un maillage de l'offre de soins de premiers recours suffisamment dense pour assurer une accessibilité équitable. Cependant l'articulation de ce principe avec les tendances de concentration et de raréfaction de l'offre de soins de premier recours semble, à priori, difficilement compatible.

Ainsi les paramètres de l'évolution de l'offre de soins peuvent se résumer ainsi

$$\mathbf{MO + MD + E = A ?}$$

MO : Modifications de l'offre de soins

MD : modifications de la demande soins

E : souci d'équité

A : accessibilité demain

Notre étude, et l'approche géographique que nous développerons permettront d'apporter des éléments de réponse sur ces questions. Nous y reviendrons de manière plus approfondie dans la troisième partie.

## **1.2 Pérenniser l'offre de soins sur certains territoires avec de nouveaux modes d'organisation**

Suite au constat que nous venons de dresser, l'exercice regroupé apparaît comme un bon levier pour attirer et maintenir des professionnels de santé dans des territoires qui peinent à attirer les professionnels, tout en répondant aux aspirations des jeunes médecins.

### **1.2.1 Définitions des modes d'exercice regroupés pluriprofessionnels**

Nous nous intéressons ici aux modes d'exercice regroupé qui appartiennent à l'offre de soins de premier recours. Il convient de définir d'abord ce qu'elle est. L'offre de soins de premier recours s'articule autour de trois grandes fonctions (article L. 1411-11): l'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), le suivi du patient et la coordination de son parcours et enfin le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé). Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, toutefois le médecin généraliste est l'acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins (Circulaire DGOS, février 2011). Cependant la loi ne précise pas les professionnels concernés par cette définition.

Les nouveaux modes d'exercices regroupés de premiers recours sont souvent présentés comme une solution plausible pour permettre un accès aux soins pérenne dans les territoires défavorisés en garantissant le maintien d'une offre de soin et des conditions d'exercice attractives. Les trois modes d'exercices regroupés pluriprofessionnel sont les maisons de santé, les pôles de santé et les centres de santé.

#### **1.2.1.1 Les maisons de santé**

Une première définition des maisons de santé est introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 : elles «assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des

actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. [Elles] sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. » La loi HPST a complété cette définition y ajoutant la nécessité de la définition d'un projet de santé partagé par les professionnels. Enfin en avril 2011, l'amendement Fourcade vient apporter une nouvelle couche à cette définition leur donnant le statut de « personne morale » et ajoute la possibilité pour pharmacien d'y adhérer. Pour résumer ces différentes définitions nous retiendrons qu'une *maison de santé se caractérise par une équipe pluridisciplinaire articulée autour de médecins généralistes et d'infirmiers, réunis sous le même toit et ayant défini un projet de santé commun pour un territoire donné.*

Il est difficile de recenser les maisons de santé pour différentes raisons. D'abord certaines structures s'apparentent à des maisons de santé mais ne portent pas ce nom. Ensuite, ces structures sont assez récentes et sont à différents stades d'avancement (en projet, financées, en construction, opérationnelles etc...), certains projets étant par exemple tout proche d'aboutir, mais ne constituant pas forcément en soi une MSP. Un dernier état des lieux réalisé pour la réunion inter ARS sur les ENMR soulignait ce problème de recensement, et faisait état de 250 maisons de santé. Parmi elles, 43 sont urbaines et le reste rurales. La sous représentation des zones urbaines sensibles (ZUS) pose aussi problème. Enfin il a été émis l'idée, au cours de cette réunion, de créer un Observatoire national des maisons de santé. Cette structure devra donc voir le jour prochainement.

D'autres appellations courantes font aussi référence aux maisons de santé. Il s'agit par exemple des Maisons de santé pluri professionnelles, des maisons médicales pluridisciplinaires ou encore des Maison de santé pluridisciplinaires. **Nous considérons ici les expressions « maisons de santé pluridisciplinaires » et « maisons de santé » comme synonymes. Nous les regrouperons sous le vocable de MSP pour la suite de cette étude.** Il n'existe cependant pas de label MSP. N'importe quelle structure peut s'auto proclamer MSP. Par contre dans le cadre de financements publics, une MSP devra répondre à un cahier des charges précis, comprenant notamment la définition d'un projet de santé. La maison médicale se distingue de la maison de santé puisqu'elle n'est, en théorie, composée que de médecins. Cependant certaines MSP sont appelées maisons médicales.

### **1.2.1.2 Les pôles de santé**

Un pôle de santé suit le même principe que la maison de santé, sauf que les praticiens exercent en réseau. Le pôle regroupe dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice (Rapport Vallancien, 2010). L'exercice y est libéral.

### 1.2.1.3 Les centres de santé

Les centres de santé sont une forme d'exercice pluriprofessionnel plus ancienne. En général les praticiens sont salariés, mais les modes de rémunération peuvent être multiples (IRDES, 2011). Les centres de santé ont aussi pour mission de participer à des actions de santé publique, à la prévention, à l'éducation à la santé, à la formation et à l'accompagnement social. Ils respectent les tarifs secteurs 1 et le tiers payant.

### 1.2.1.4 Tableau comparatifs des différents modes d'exercices regroupés pluriprofessionnels

La figure 3 présente les principales caractéristiques des trois formes d'exercice regroupé que nous venons de voir.

**Figure 3 – Proposition de tableau comparatif entre maisons, pôles et centres de santé**

	Maisons de santé	Pôle de santé	Centre de santé
Historique	Loi de 2007	Loi de 2009	Fin 19 <sup>e</sup>
Conditions d'émergence	Problèmes de Démographie médicale	Problèmes de Démographie médicale	Médecine social, ISS, démographie médicale
Exercice	Libéral	Libéral	salariat
Composition	Premier recours	Premier recours	Premier recours et spécialistes, biologie médicale
Nombre professionnels	+ ou ++	+ ou ++	+ à +++
Caractéristiques	Unité de bâti	Différentes antennes	Unité de bâti
Type d'espace	Rural +++, urbain +	Rural, urbain	Urbain défavorisé
Emprise géographique	Infra-urbain, bassin de service, Bassin de vie	Infra-urbain, Bassin de vie ou plus	Infra-urbain
Définition code de santé publique	Article L6323-3	Article L6323-4	Article L6323-1
Fédération	FFMPS	FFMPS	CNLCS

## **1.2.2 Quelques éléments d'analyse des maisons de santé**

### **Des ouvrages surtout méthodologiques**

Récemment le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) a publié un ouvrage intitulé « Monter et faire vivre une maison de santé » (De Haas, 2010). Cet ouvrage s'oriente plutôt vers les professionnels de santé ou les élus et montre bien l'intérêt suscité par les soucis méthodologiques rencontrés par les porteurs de projets de MSP. Autrement, les principales études, ou littérature disponibles sur les MSP en France ont également une vocation méthodologique. Les acteurs qui les réalisent sont assez variés. Cela passe les anciennes URCAM, les observatoires régionaux de la santé (ORS), les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, les médecins eux-mêmes ou encore la mutuelle sociale agricole (MSA). Ainsi le CDOM du Lot et Garonne en collaboration avec le conseil général, propose un guide intitulé « Où implanter une Maison de Santé Pluridisciplinaire ? ». L'URCAM de Bourgogne a publié un ouvrage similaire intitulé « Maisons médicales en bourgogne, comment s'y prendre ? ». En plus de cette littérature de nombreux colloques portant directement ou indirectement sur les maisons de santé ont eu lieu récemment, sur des sujets encore d'ordre méthodologiques ou relevant de l'évaluation.

### **L'évaluation des MSP**

Pour le moment peu d'études portent sur les maisons de santé. L'IRDES a réalisé en 2008 une évaluation exploratoire des MSP de Franche-Comté et de Bourgogne (Bourgueil et al., 2009). Les objectifs étaient de tester certaines hypothèses couramment avancées sur l'accessibilité aux soins et les conditions d'exercices des professionnels. Les résultats montrent une plus grande accessibilité horaire, des compositions hétérogènes, une plus grande gamme de soins dans les MSP et une coopération entre professionnels effective. L'Ors de Bourgogne a réalisé en 2007 une évaluation de la MSP de st Amand en Puysaie dans la Nièvre. Cette évaluation globalement positive note une amélioration des soins, un renforcement de l'offre de soins médicale et paramédicale et des réponses innovantes sur des thématiques de santé publique (addiction, maintien à domicile, diabète). Les maisons et pôles de santé ont également fait l'objet d'un rapport en 2009 intitulé « Le bilan des pôles et maisons de santé et les propositions pour leur redéploiement ». Cette mission avait pour but de faire un état des lieux de la question est de faire remonter les obstacles à la mise en place de telles structures.

L'orientation de la littérature sur les MSP vers la méthodologie de montage de projet et leur évaluation illustre bien combien ces structures sont encore récentes et floues pour les professionnels de santé ou élus. Ce rapide survol souligne également l'intérêt d'études approfondies sur ces nouvelles structures de premier recours aux soins. A l'étranger quelques études sur l'équivalent de

maisons de santé montre aussi l'intérêt suscité par l'émergence de ces structures (Morel, 1999 ; Bras, 2011).

### **1.3 Les enjeux géographiques de l'étude**

Les MSP constituent un élément relativement nouveau dans l'offre de soins de premier recours en France. Les questions qu'elles peuvent soulever et que nous avons évoquées concernent l'accessibilité géographique aux soins et les recompositions territoriales qu'elles entraînent. Dans cette partie nous revenons sur les différents travaux de géographes qui peuvent nous éclairer sur les questions de dynamique territoriales de l'offre de soins (recompositions, répartitions, évolutions, attractivité, revitalisation) et sur les enjeux en termes d'accessibilité qu'elles peuvent engendrer.

Le dilemme équité d'accès aux soins / concentration de l'offre est aussi ici présent, de la même manière que la restructuration des hôpitaux et la fermeture de services posait cette question. L'argument avancé était qu'en deçà d'un certain seuil la qualité des soins et la sécurité du patient est moins bien assurée. Ceci revient à poser cette question : peut-on concilier proximité des soins et qualité des soins ? Pour l'offre de soins de premier recours le problème peut se poser dans des termes similaires étant donné la conjoncture (baisse des effectifs de généralistes jusqu'en 2019). Doit-on privilégier une approche regroupée ou l'offre de soins serait plus concentrée et à priori moins accessible ? Ou doit-on essayer de maintenir une offre de soins partout elle existe actuellement pour répondre au principe d'équité ?

#### **1.3.1 Les dynamiques territoriales**

Etudier les dynamiques territoriales revient à analyser les changements des organisations territoriales et les forces qui les provoquent et qu'ils contraignent (Brunet, 2008). Cette analyse ne se focalise donc pas sur un seul élément du territoire mais sur un ensemble de composantes du territoire. Ici, les dynamiques territoriales nous intéressent pour deux aspects : la dynamique du territoire au sens large et les dynamiques territoriales de l'offre de soins qui s'inscrivent dans la précédente. Nous allons revenir sur les études portant sur ces deux thématiques afin de voir les concepts mobilisables, ou les méthodes utilisées pour des études similaires.

##### **1.3.1.1 Les dynamiques territoriales et spatiales**

L'analyse des dynamiques ou recompositions territoriales a fait l'objet de plusieurs études géographiques non exhaustives (Merenne-Schoumaker, 1994 ; Gagnon, 1994 ; Prost ; Woessner, 2000 ; Coissard et al., 2008 ; Barbat-Bussièrès, 2009 ; Lardon, Piveteau 2005 ; Edouard, 2007).

Il convient d'abord de définir ce qu'on entend par dynamique territoriale et de voir comment ce concept peut faire ressortir des notions qui seront pertinentes dans l'analyse du système de soins.

Les dynamiques territoriales peuvent être assimilées à différentes formes. La diffusion, l'expansion, la fusion, la fission, la déprise, les fronts, les avancées pionnières sont autant de dynamiques territoriales (Merenne-Schoumaker, 1994). Toutes ces formes concernent l'évolution de l'organisation spatiale d'un territoire. Cependant le concept de dynamique territoriale ne comprend pas seulement la dimension de dynamique spatiale.

Malgré leur diversité ces dynamiques font appel à un socle commun qui est la délimitation territoriale. On ne s'intéresse pas ici à « n'importe quelles inégalités ou n'importe quels changements spatiaux mais bien ceux qui s'inscrivent dans le cadre d'entités appropriées et organisées par les groupes sociaux » (Merenne-Schoumaker, 1994). **Examiner les dynamiques territoriales c'est aussi essayer de comprendre comment le territoire bouge après la mise en place d'un élément nouveau en son sein, ce qui revient entre autre à explorer les recompositions territoriales.** Ces recompositions territoriales sont présentées comme un des aspects des dynamiques territoriales ou comme la conséquence d'une dynamique territoriale précise qui peut être industrielle, touristique ou d'une dynamique plurielle (Charest, 1994 ; Bethemont, 2003 ; Coissard et al., 2008).

Enfin il ne faut pas perdre de vue que les dynamiques territoriales sont bien souvent fléchées par des acteurs spécifiques. Les acteurs qui interviennent dans les dynamiques territoriales, sont de cinq grands types : l'individu, le groupe, l'entreprise, la collectivité locale et l'Etat (Barbat-Bussières, 2009). Nous reviendrons sur le rôle de ceux-ci. Grâce au changement d'échelle sur laquelle s'appuie la démarche géographique, l'étude des dynamiques territoriales permet aussi de faire ressortir les principaux enjeux qui cohabitent sur territoire donné que ce soit les jeux des acteurs de terrain, la cohabitation de plusieurs activités ou encore les stratégies de développement mises en place (Mainet, 2007).

Penser l'étude des territoires avec cette notion de dynamiques territoriales permet aussi de faire ressortir des espaces ou des territoires qu'on pourrait qualifier à priori de marginaux. Ainsi les « marges » (Prost, 2004), les espaces intermédiaires (Bonnerandi, 2007 ; Bavoux, 1994) ou les zones charnières (Lardon, Piveteau, 2005) sont autant de concepts mobilisables grâce à l'étude des dynamiques territoriales. Replacer les zones dans lesquelles sont implantées les MSP par rapport à ces concepts peut être une manière pertinente de qualifier ces territoires, nous tenterons de le faire à la fin de notre étude.

Enfin lorsqu'on s'intéresse aux dynamiques territoriales cela peut permettre de mettre en relief la dimension d'aménagement du territoire au travers des notions d'attractivité territoriale (Mainet,

2007), de marketing territorial ou de revitalisation des territoires. Il peut paraître surprenant de s'attarder sur cette thématique qui ne concerne pas forcément l'offre de soins. Cependant il apparaît que les maisons de santé deviennent un outil de promotion du territoire, un reflet de son attractivité. Nous reviendrons sur les manières d'apprécier l'attractivité territoriale.

Les difficultés méthodologiques de l'étude de dynamiques territoriales concernent l'échelle d'analyse, le cadre spatio-temporel, la disponibilité des données, les indicateurs choisis dont la référence peut varier (Merenne-Schoumaker, 1994), ces difficultés rejoignent celles relevées par Barbat-Bussièrès dans l'étude des dynamiques territoriales de l'offre de soins.

Pour conclure, les dynamiques territoriales peuvent nous être utiles dans l'analyse de l'offre de soins des territoires que nous étudions pour mieux comprendre le contexte territorial dans lequel elles s'insèrent. En effet, cela nous permettra de revenir sur les acteurs concernés, d'interroger le lien entre la dynamique de l'offre de soins avec d'autres dynamiques (démographiques, économiques) d'évaluer l'impact territorial de cette nouvelle forme d'organisation de l'offre de soins et surtout de qualifier leur environnement. Nous allons maintenant revenir sur l'utilisation du concept de dynamique territoriale appliquée au domaine de la santé.

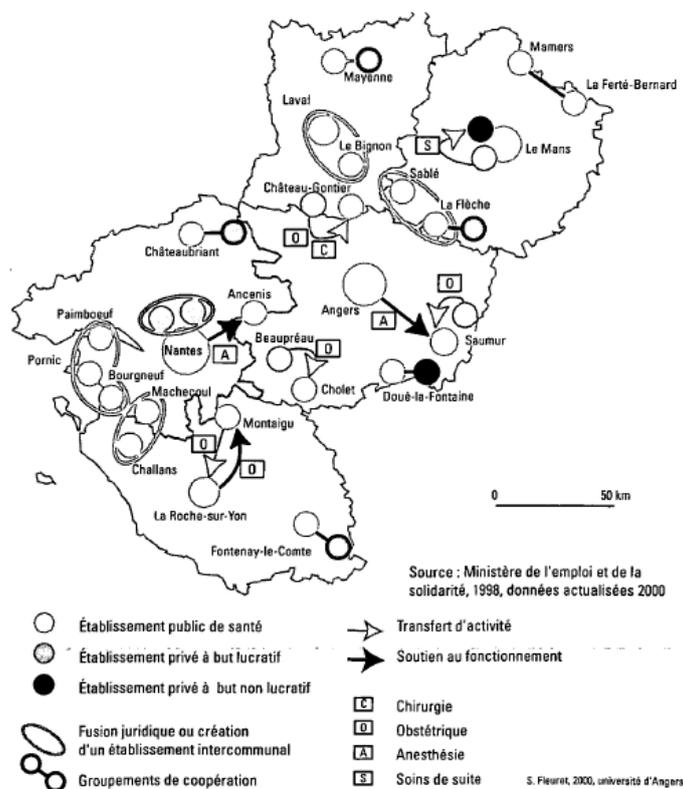
### **1.3.1.2 Dynamiques territoriales de santé**

Relativement peu d'études portent sur les dynamiques territoriales de l'offre de soins (Jousseaume, 2003 ; Lerouvillois et Vinclet, 2003 ; Fleuret 2003) ou sur les dynamiques sanitaires (Rican et al., 2010). Elles concernent essentiellement les hôpitaux, les dynamiques de professionnels de santé ou encore les réseaux de santé.

Les dynamiques des professionnels de santé de premiers recours entre 1967 et 2002 semblent suivre des logiques de seuils d'apparition. Ainsi à partir de 1000 habitants il apparaît un généraliste, à partir de 1500 un kinésithérapeute ou un dentiste, à partir de 2000 une pharmacie (Jousseaume, 2003). De plus il apparaît que les chefs lieux de cantons regroupent les équipements de santé de proximité (Jousseaume, 2003). Pour les hôpitaux le mouvement inverse semble se dégager dans la logique de restructuration des hôpitaux. Ces restructurations affectent les pôles d'espaces ruraux les plus fragiles tendant à effacer l'échelon bourg qui jusqu'alors proposait des services de soins variés et participent à l'entretien d'une spirale négative pour ces espaces (Jousseaume, 2003). Les recompositions hospitalières dues à la planification régionale aboutissent à des regroupements des transferts d'activité, des fusions ou des fermetures d'hôpitaux locaux qui ont pour tendance générale de renforcer les places centrales et de faire reculer l'offre dans l'espace rural (Fleuret, 2003). La logique de recomposition semble donc suivre donc la hiérarchie des villes aussi bien pour la diffusion

de l'offre de soins de premier recours que pour la restructuration des hôpitaux. La figure 4 illustre les recompositions hospitalières en Pays de la Loire.

**Figure 4 - Rapprochements et transferts d'activité en pays de la Loire depuis 1998**

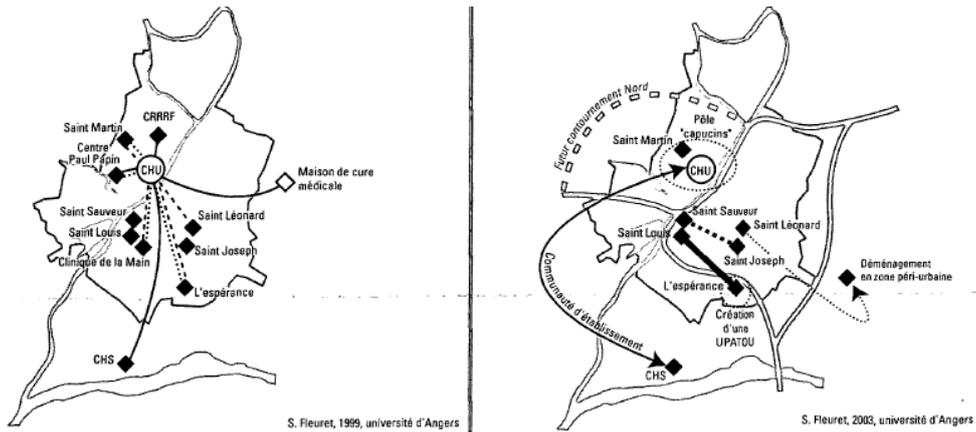


source : Fleuret, 2000

Les facteurs qui semblent rendre nécessaire la recomposition de l'offre locale de soins hospitaliers sont les changements populationnels, les impératifs techniques (sophistication des plateaux techniques), les impératifs économiques (maîtriser les dépenses) et les inquiétudes démographiques sur les risques de pénurie (Lerouvillois et Vinclet, 2002).

A l'échelle de la ville la dynamique des établissements de santé (figure 5) est liée d'une part à la croissance de l'agglomération et d'autre part à la saturation de l'espace péricentral (Fleuret, 2003). La réorganisation de l'offre de soins s'est donc faite en prenant en compte ces critères de dynamique urbaine.

**Figure 5 - Recomposition du paysage sanitaire hospitalier angevin 1999-2003**



Source : Fleuret, 2000

D'autres études portent sur les recompositions territoriales liées aux réseaux de santé (Grosjean, Barcet, Bonamy, 2003 ; Boureille, Commerçon et Normand, 2003). L'étude du réseau de santé Ville-Hôpital-Clinique de Maçon s'attarde sur cette « reconfiguration territorialisée du soin autour du patient ». Il tente de mettre en évidence les différentes recompositions territoriales inhérentes à ce réseau, qu'elles soient géographiques ou de l'ordre des compétences et des pouvoirs. L'impact territorial des réseaux est quand à lui étudié de manière plus approfondie par Boureille, Commerçon et Normand. Leur étude est centrée sur un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes et vise à « analyser les recompositions spatio-médicales en matières d'offre de soins que cette innovation organisationnelle a favorisé ». Pour cela ils se basent sur les flux de patients entre 1992 et 1999 pour repérer les dynamiques de trajectoires médico-spatiales. Les résultats montrent « une réduction spatiale d'attractivité du centre de soins oncologiques qui peut être interprétée comme la conséquence d'un effet réseau ». En effet la meilleure répartition spatiale de partenaires médicaux, l'augmentation de leurs compétences a permis la réorientation du centre de soins oncologiques vers des activités de pointe et ainsi d'étaler spatialement les possibilités de prise en charge du réseau pour des examens, cures ou visites de suivis. Ces deux exemples illustrent l'impact que peuvent avoir les modifications d'une partie de l'offre de soins et ses conséquences sur l'offre environnante.

Le lien entre dynamique sanitaire et dynamique urbaine a fait l'objet d'une étude sur la période 1970-2000 (Rican et al., 2010). Elle révèle des dynamiques sanitaires inverses entre les petites et moyennes villes et les grandes agglomérations. Ainsi pour les grandes agglomérations il existe un phénomène de diffusion du centre vers la périphérie des progrès sanitaires. De plus, cette approche confirme l'intérêt des indicateurs de mortalité pour analyser les dynamiques territoriales (Rican et al., 2010).

Une manière d'étudier les dynamiques territoriales de santé peut aussi être de revenir sur les différents dispositifs (Ateliers santé ville, agenda 21, ville-santé OMS...) existant permettant d'affirmer une politique de santé et de leur couverture territoriale. C'est le principe que propose l'ORS d'Ile de France pour analyser ces dynamiques au niveau de la région.

Les études portant sur les dynamiques de l'offre de soins font apparait plusieurs niveaux d'analyse temporels. Cela peut être une période longue (1967-2002, 1970-2000) ou une période plus courte 1999-2003. Plusieurs échelles d'analyse ressortent aussi. L'offre de soins est étudiée à l'échelle nationale, régionale ou à l'échelle locale (agglomération, arrondissement). Les objets d'étude concernent aussi bien l'offre de soins, que des indicateurs de mortalité, que des formes d'organisation. Ainsi les dynamiques territoriales de l'offre de soins peuvent se découper ainsi : dynamiques temporelles (sanitaire, recomposition), dynamiques spatiales (diffusion, restructuration, impact), et dynamiques institutionnelles (restructuration).

Enfin les MSP peuvent contribuer à une échelle très fine aux dynamiques d'emplois (secrétariat, sous-traitance, ménage etc...) même s'il est certain qu'elles n'ont pas le même impact économique qu'un hôpital, elles font partie d'éléments structurants du territoire proposant des emplois. L'approche métrique (Bailly, 1997) peut être intéressante pour évaluer de possibles externalités.

Les maisons de santé s'inscrivent différemment dans ces thématiques. D'abord il s'agit de structures récentes pour lesquelles on a peu de recul, l'apport de la dynamique temporelle sera donc moins poussé. Ensuite l'échelle d'analyse est plus fine puisque ces structures constituent une part de l'offre de soins de premier recours, leur maillage géographique sera donc plus dense que les hôpitaux. Cependant ce caractère récent offre des perspectives de recherches intéressantes. En effet il sera plus facile d'analyser l'avant après et les conditions d'émergence des MSP. Ceci d'autant plus que les sources de données seront plus facilement mobilisables.

Les logiques d'implantation des MSP constituent un axe de recherche de cette étude. La logique d'implantation des MSP suivent-elles une logique de hiérarchie des villes comme les chefs-lieux de cantons pour les médecins généralistes ? Suivent-elles la logique de restructuration de l'hôpital, se concentrant dans les plus grosses villes ? Entraînent-elles une spirale négative pour les marges qui ne disposent pas de MSP ? Enfin, suivent-elles la logique des pouvoirs publics qui voudrait que leur implantation se fasse en priorité dans les zones fragiles ou déficitaires en offre de soins, définies par les MRS ? Nous essayerons de répondre à ces questions également.

Enfin une critique récurrente sur les MSP concerne le fait qu'en concentrant l'offre de soins dans une MSP, cela assèche les territoires alentours en offre de soins. Ainsi nous pouvons nous demander si

ces structures ont pour vocation d'offrir une meilleure accessibilité aux soins et une meilleure réponse aux besoins des populations ? Ou alors si elles n'ont pas plus pour vocation d'offrir un cadre de travail attractif pour les professionnels ? Est-il possible de concilier attractivité des professionnels de santé et couverture des besoins locaux de santé ? Nous essayerons d'éclairer cette question grâce à des modèles de recompositions territoriales que nous proposerons et aux données sur les MSP des dossiers FICQS.

### **1.3.2 L'accessibilité**

La question de l'inégale répartition des médecins généralistes libéraux, et la diminution attendue de leurs effectifs pose, nous l'avons vu, la question de l'accessibilité aux soins actuelle et à venir. L'accessibilité doit être différenciée de l'accès aux soins. L'accès peut être assimilé au recours effectif à un service. L'accessibilité inclut une dimension potentielle dans le recours.

Cette accessibilité peut s'appréhender de différentes manières. Les dimensions de l'accessibilité sont multiples et ne couvrent pas seulement l'accessibilité physique (horaires, distances) mais aussi celles financière, culturelle.

#### **1.3.2.1 Comment appréhender l'accessibilité physique ?**

##### **La localisation**

L'ensemble des localisations d'un semis de points (ici les généralistes) constitue la répartition de ceux-ci (Pumain, 2010). Nous sommes déjà revenus sur ces logiques de localisation des médecins généralistes à l'origine d'une répartition inégale sur le territoire. L'étude de la forme du semis de point (concentré, dispersé, homogène, hétérogène) et de son maillage à une échelle fine (région département, bassin de vie...) couplée à une analyse de la géographie des populations peut être un des éléments de départ de l'analyse spatiale de l'accessibilité aux soins.

##### **La distance**

La distance est une mesure de l'écart spatial, de la séparation entre deux lieux (Pumain, 2010). C'est aussi un bon indicateur d'accessibilité. La distance spatiale peut être exprimée en temps, en mètres. La distance peut également prendre d'autres dimensions : financière, sociale, culturelle.

L'IRDES vient de publier une étude sur les distances d'accès aux soins au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Les données nous permettent de qualifier l'implantation des maisons de santé bourguignonnes par rapport aux zones plus ou moins éloignées en offre de soins. Ainsi en Bourgogne 60% des communes, soit 20% de la population se trouvent dans des zones situées à plus de 7 minutes de services de soins de proximité. Seul 1% de la population est située à plus de 15 minutes de ces mêmes services.

### **1.3.2.2 L'accessibilité à l'offre de soins**

L'étude de l'IRDES sur les distances d'accès aux soins montre que 95% de la population française se trouve à moins de 15 minutes d'un médecin (Lucas-Gabrielli, Coldefy, 2011). Ces chiffres de 2006 nous invitent à relativiser les notions de pénurie ou de déserts médicaux souvent employées lorsque l'on parle de démographie médicale.

#### **L'accessibilité selon le type d'espace**

La problématique de l'accès aux soins sera spécifique selon le type d'espace dans lequel on se trouve. Ainsi entre le milieu rural et le milieu urbain les conditions d'accessibilité sont différentes. En moyenne la population des bassins de vie français habite à 5 minutes des services de santé de proximité. Seuls 15 bassins de vie ont un temps d'accès supérieur à 15 minutes (Hilal, 2007). Cependant lorsqu'on restreint ceci aux bassins de vie ruraux la distance augmente. En effet les habitants des bassins de vie ruraux sont en moyenne à 15 minutes des principales activités de commerces, service et emplois (Hilal, 2007). L'auteur nuance cependant puisque les habitants de ces bassins de vie sont généralement plus proches des services de soins et des services publics que des commerces et services marchands. Il identifie trois catégories de facteurs expliquant les écarts d'accessibilité entre bassins de vie : l'armature urbaine régionale et locale, le poids démographique du pôle animant le bassin de vie et la distance des communes à celui-ci, le rôle des caractéristiques physiques du réseau routier. L'accessibilité dépendra en effet aussi de la plus ou moins bonne disponibilité de l'offre. Une étude en Auvergne sur l'activité des médecins généralistes (Evrard, 2002) met en évidence des spécificités d'activité dans les territoires ruraux, comme la suractivité ou les prépondérances des visites, qu'il semble important de prendre en compte quand on s'intéresse à l'offre de soins et son accessibilité dans ce type d'espace.

L'accessibilité à une offre de soins peut également être appréciée à partir de la disponibilité de cette offre en terme d'horaires (ouverture, continuité des soins, permanence des soins) et à l'activité de cette offre en terme d'équivalent temps-plein. Cette accessibilité peut également être définie en fonctions des secteurs conventionnels de médecine (secteur 1, secteur 2). Nous reprendrons ces différents indicateurs pour évaluer l'impact des MSP en termes d'accessibilités au cours de la troisième partie.

#### **Accessibilité selon le type de services**

Replacer l'accessibilité par rapport à d'autres éléments structurants du territoire comme les services et équipement ou les emplois permet de relativiser la place de l'accessibilité aux soins et ensuite de replacer les MSP dans cette problématique plus générale d'accès. De la même manière, l'étude de la localisation des services autres que la santé peut constituer une grille de lecture intéressante pour

donner une dimension supplémentaire à l'analyse de la localisation des maisons de santé. Parmi les services il faut distinguer les services concurrentiels, non-concurrentiels, ceux de santé et ceux d'éducation (INSEE). Nous allons nous intéresser aux services publics et aux services concurrentiels pour éclairer ces questions. Une étude de l'INSEE de 2007 sur les bassins de vie bourguignons visite les notions d'accessibilité et d'autonomie de 74 bassins de vie ruraux bourguignons et met en évidence, nous y reviendrons, les zones enclavées ou dépendantes.

### **1.3.3 Les modèles de localisation**

La géographie peut également apporter des éclaircissements sur les questions de localisations ou de recompositions grâce aux modélisations. Cette démarche peut s'avérer utile dans plusieurs situations que ce soit pour la localisation optimale d'un établissement, l'orientation des patients vers une structure médicale, la définition des territoires d'urgences (Toussaint, 2001) et, dans le cas qui nous concerne, pour appréhender les recompositions territoriales dues à l'implantation d'une structure.

Des modèles théoriques de localisation des services publics existent et peuvent nous être utiles dans l'analyse spatiale de l'implantation des MSP. Ainsi par exemple, en Belgique les services publics suivent une localisation selon la k-médiane qui consiste à trouver une localisation de k centres qui et une affectation des points de demande à ces centres de manière à minimiser le coût total des déplacements (Peeters et Thomas, 2001). Le modèle des services publics est intéressant puisqu'il cherche lui aussi à concilier coût financier d'un équipement et accessibilité. Ces modèles pourraient être utilisés pour voir quelles logiques d'implantation suivent les MSP. Cette piste n'a pas pu être explorée dans ce travail.

Les logiques d'implantations des services publics comme ils sont analysés par B. Mérenne-Schoumaker ou Mohamed Hilal ouvrent aussi des perspectives de comparaisons intéressantes avec les maisons de santé. En effet ceux-ci « relèvent d'un besoin d'intérêt général, qui intègre la continuité, l'égalité et la mutabilité » dont l'objectif premier est d'assurer l'égalité d'accès aux services. Cette recherche d'équité s'est traduite par exemple par des normes d'équipements (Schoumaker, 1996). Enfin, la localisation au niveau interurbain des services publics reste très corrélée à la hiérarchie urbaine (Schoumaker, 1996). La localisation de ces services est également liée au statut historique des communes. En effet « les chefs lieux de cantons ont eu par le passé un rôle fédérateur en offrant aux populations des communes environnantes des services et des commerces » (Hilal, 2007). Comparer la localisation d'un échantillon de MSP, faire ressortir ces logiques serait aussi un axe de recherche pertinent pour comprendre si ces MSP obéissent plutôt à des logiques de services publics en visant à l'équité d'accès aux soins ou à des logiques d'autres services (concurrentiels, par exemple, ou de proximité). Cette piste n'a pu être que partiellement explorée au cours de cette étude, nous y reviendrons dans la deuxième partie, mais elle constitue

une réflexion pertinente dans un contexte national ou le dilemme équité d'accès aux soins / concentration de l'offre est sur le devant de la scène. De plus il serait peut être pertinent ensuite d'intégrer le modèle des services concurrentiels et de les confronter avec les logiques d'implantation des MSP privées. Ceci nécessiterait d'élargir l'étude à des MSP qui ont un financement autre que public.

### **1.3.4 Attractivité territoriale**

L'attractivité territoriale peut être définie comme la capacité d'un territoire à attirer diverses activités économiques et facteurs de productions mobiles [...] Cette notion renvoie à une problématique basée sur un principe de mouvement, de dynamique, de composition et/ou de recombinaison des facteurs de développement endogène des territoires » (IAAT, 2008). Les indicateurs généralement utilisés pour qualifier la dynamique territoriale renvoient à la démographie, aux données sur tissu économique local ou encore aux données sur le tourisme (Observatoire des territoires, 2005). Ces indicateurs ont évidemment plus de poids lorsque l'on dispose de périodes suffisamment longues pour pouvoir être analysées. Pour les MSP, un des principaux obstacles méthodologiques est que nous disposons de peu de recul sur ces structures et donc de peu d'indicateurs qui pourraient refléter une forme d'attractivité territoriale. Une manière d'apprécier l'attractivité peut, être d'utiliser la même méthodologie que Hélène Mainet qui utilise les sites internet ou les plaquettes d'information qui sont des « outils de marketing territorial de base » (Mainet, 2007). Ainsi, ils permettent d'analyser comment l'attractivité territoriale est mise en avant dans les projets de petites villes. Nous disposons seulement de discours d'élus locaux et d'articles de presse locale pour analyser l'attractivité territoriale des maisons de santé.

## **1.4 Méthodologie**

Cette partie a pour but de rappeler les éléments méthodologiques de la réalisation du mémoire. Elle explique le choix du sujet, de l'objet d'étude ainsi que les principales sources de données mobilisées et les méthodes utilisées.

### **1.4.1 Les données de l'IRDES**

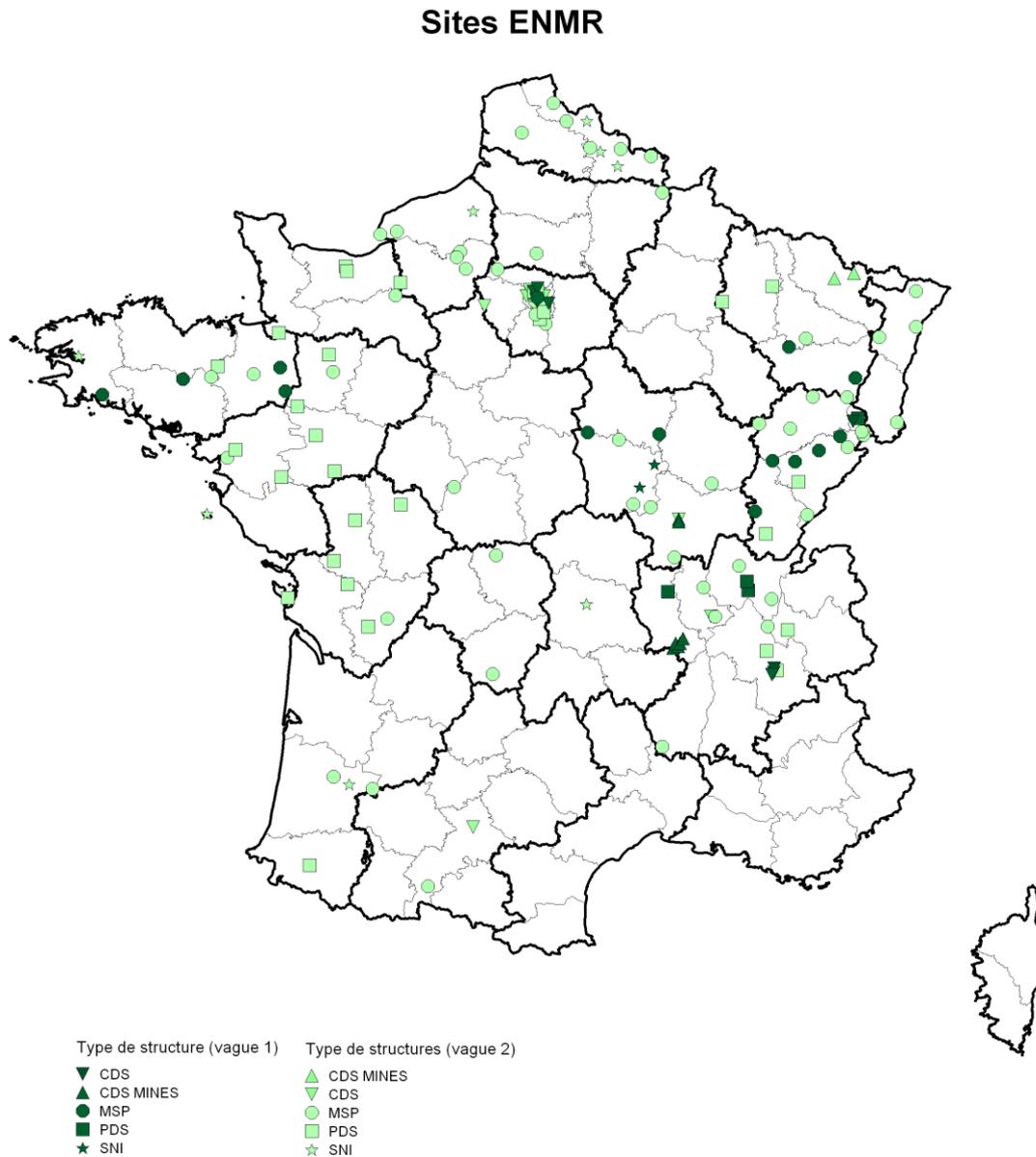
Dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation des nouveaux modes rémunération, sur laquelle nous reviendrons, l'IRDES dispose de données sur les MSP. La liste de ces derniers ainsi que des données relatives à leurs localisations, leurs nombre de professionnels ou encore leurs dates d'ouverture étaient disponibles au départ.

Les maisons de santé étudiées font partie, avec les centres de santé et pôles de santé, d'une évaluation nationale sur les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Ces ENMR sont pilotées au niveau national par la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en relation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Au niveau régional, ce sont les Missions régionales de santé (MRS) et les ARS qui pilotent.

L'évaluation méthodologique est coordonnée par l'équipe PROSPERE dont l'IRDES fait partie. Un des objectifs principaux est de regarder l'impact que peut avoir l'exercice regroupé sur l'activité et les pratiques des professionnels de santé. Un objectif secondaire est de comprendre dans quelle mesure ce type d'exercice modifie l'offre de soins, en termes de productivité et d'attractivité pour les professionnels. Une partie de l'évaluation prévoit de se pencher sur l'environnement des structures pour qualifier le territoire sur lequel elles s'inscrivent, les flux qu'elles drainent et les recompositions qu'elles entraînent. C'est dans l'objectif de répondre à une partie de ces questions que cette étude est réalisée, d'abord en Bourgogne pour tester la méthodologie et ensuite à l'ensemble des MSP si la méthodologie est généralisable.

L'expérimentation se compose de deux vagues de sites étudiés. La première vague a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2010 dans 6 régions pilotes dont la Bourgogne fait partie. Elle comprend 59 structures. Une 2<sup>e</sup> vague a été lancée à partir de septembre 2010 et sera opérationnelle en 2011. Elle élargit le nombre de régions concernées à 17. Au total cette évaluation porte sur 153 sites (figure 6) : maisons, pôles et centre de santé. Enfin, il est important de souligner que les sites participant aux ENMR sont sélectionnés par chacune des ARS à partir du respect de critères se rapportant au cahier des charges des MSP. Elles doivent donc assurer une réponse aux problèmes de démographie médicale, la coordination et la continuité des soins, des actions de santé publique, et l'accueil de stagiaires.

Figure 6 - Carte des sites participant aux deux vagues d'évaluation des ENMR



Cartographie IRDES Janvier 2011

### Pourquoi étudier les maisons de santé ?

Les données de l'IRDES permettaient d'étudier les maisons de santé, les pôles de santé et les centres de santé bourguignons. Chacun ayant ses propres spécificités il semblait plus difficile de mener une étude approfondie sur ces trois types de structures. Par exemple l'étude de l'implantation sera

différente selon les MSP ou les centres de santé. Ces derniers sont implantés depuis la période d'après guerre, tandis que les maisons de santé elles, sont plus récentes. L'approche des logiques d'implantation nécessitera une méthodologie différente. Il a donc été choisi de se concentrer uniquement sur les maisons de santé. En effet leur développement récent et le peu d'études sur ces structures nous l'avons évoqué renforce leur intérêt, et cela permet de développer une méthodologie d'étude unique. Les pôles de santé sont eux aussi plus compliqués à étudier, en effet un pôle est constitué de plusieurs antennes aux adresses différentes. L'approche était la aussi plus complexe pour une étude de 4 mois. Cependant les pôles de santé constituent également un objet d'étude potentiellement intéressant pour une étude géographique. En effet ils sont structurés par une logique en réseaux dont l'emprise territoriale sera différente et qui entrainerait certainement des recompositions elles aussi différentes, mais tout étant intéressantes à étudier pour essayer d'évaluer les différents impacts possibles en termes d'accessibilité aux soins. Une approche comparative pôle de santé / maison de santé pourrait ainsi constituer un sujet de recherche illustrant comment ces structures peuvent influencer sur l'accessibilité aux soins.

Les maisons de santé étudiées sont donc des structures qui fonctionnent depuis au moins le début de l'évaluation, qui ont reçu un financement pour ces expérimentations (FAQCS ou FIQCS), et qui font l'objet d'une évaluation annuelle par l'ARS de Bourgogne.

#### **1.4.1.1 Les maisons de santé de l'étude**

##### **1.4.1.1.1 La Bourgogne comme région d'étude**

L'évaluation des ENMR porte sur plusieurs régions françaises, les choix étaient donc à priori multiples. La région Bourgogne cependant présentait l'intérêt de disposer de structures des vagues 1 et 2 de l'expérimentation, donc de sites plus anciens. En plus de cela, nous l'avons vu la région est préoccupé depuis un certain temps par les questions de démographie médicale. L'ARH, l'URCAM et l'URML ont chacun mené des travaux sur ces questions. Enfin l'IRDES a déjà mené une évaluation exploratoire sur les MSP de Bourgogne en 2008.

##### **1.4.1.1.2 Les critères choisis pour sélectionner les maisons de santé de l'étude**

Huit maisons de santé bourguignonnes participent aux ENMR. Cinq ont été retenues au cours de cette étude. Pour les sélectionner le premier critère regardé est d'être une MSP peu documentée dans la littérature ou qui n'avait pas fait l'objet d'étude de la part de l'IRDES. Ensuite la dispersion spatiale des structures a été regardée afin d'avoir des maisons de santé de plusieurs départements bourguignons. La date d'ouverture a aussi été prise en compte pour avoir des structures récentes et plus « anciennes », ainsi que le caractère « ex-nihilo » ou non de la structure. L'état de l'offre de

soins de premier recours (ici médecins généraliste et infirmiers) a aussi été étudié autour de deux critères : densité par bassin de vie et distance afin d'avoir la aussi des sites variés. Enfin la proximité d'un hôpital local a aussi été regardé la aussi pour couvrir différentes configurations possibles : MSP « isolée » et MSP adossée à une structure existante.

De manière illustrative le ZAUER a aussi été regardé pour avoir à priori des sites implantés dans les différents types de milieu : urbain rural, périurbain. Cependant ce critère n'a que peu d'intérêt à posteriori puisque les MSP de Bourgogne se trouvent toutes en milieu rural : soit dans un pôle d'emploi de l'espace rural, soit dans une commune rurale.

Les structures auto financées par les professionnels de santé ne sont pas représentées puisqu'elles ne rentrent pas dans le cadre de l'évaluation. Les structures se trouvant dans un milieu urbain ou périurbain du fait de notre méthodologie et notre région d'étude ne sont elles aussi pas étudiées. Enfin ce travail ne se penche pas sur les « coquilles vides » ou les « maisons fantômes » décrites dans certains journaux (la lettre du développement local, 2009 ; la montagne.fr, 2010).

#### **1.4.2 Les données administratives**

Les dossiers du fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) nous ont été transmis par l'ARS de Bourgogne. Ces dossiers permettent de recueillir des informations sur l'analyse préliminaire, les objectifs du projet, l'organisation du projet et la détermination des moyens nécessaires, le suivi et l'évaluation du projet. S'y trouvent par conséquent des informations détaillées sur l'aire géographique du projet, les acteurs en jeu, ou sur le diagnostic du territoire. Les dossiers FIQCS des MSP étudiées sont remplis par les porteurs de projet pour obtenir un financement qui couvre les frais d'investissement (construction locaux, achats de matériels ...) ainsi que les frais de fonctionnement.

Il faut bien distinguer les deux types de financement (figure 7) qui concernent les maisons de santé que nous étudions. D'une part le financement de l'investissement, et d'autre part le financement du fonctionnement de la structure.

**Figure 7 - Les différents modes de financement des MSP**

INVESTISSEMENT	FONCTIONNEMENT
<p>1. Programme national 250 MSP 2010-2013</p> <p>⇒ DGE, DDR, FNADT</p> <p>2. PER</p> <p>3. FEDER</p> <p>4. Conseil régional</p>	<p>1. FIQCS</p> <p>ponctuel</p> <p>2. NMR</p> <p>Spécifique pour de nouvelles tâches</p>

Source : ARS Bourgogne

Pour l'investissement, les MSP peuvent faire appel au programme national de financement de 250 MSP 2010-2013. Les MSP peuvent ensuite se tourner vers le ministère de l'aménagement du territoire pour obtenir des financements Pôle d'excellence rural (PER), vers l'Union Européenne pour obtenir des fonds FEDER ou encore vers le conseil régional. Pour le fonctionnement les MSP peuvent être financées par le FIQCS ou les nouveaux modes de rémunération (NMR).

Un entretien téléphonique a été réalisé avec des chargées de missions de l'offre de soins de l'ARS Bourgogne. L'objectif était de cerner la politique régionale autour des maisons de santé, d'identifier les acteurs qui interviennent dans cette politique et d'obtenir des renseignements généraux sur les MSP de Bourgogne, ainsi que d'être redirigé vers les référents des maisons de santé.

### **1.4.3 Revue de presse**

L'analyse de certains articles de journaux peut constituer une information dans l'étude des MSP. Nous nous intéresserons ici aux manières dont elles sont présentées et les enjeux qui peuvent ressortir de cette revue de presse. Cette revue de presse n'est pas exhaustive et ne prétend pas résumer l'ensemble des références aux MSP.

#### **Les MSP comme solution miracle contre les déserts médicaux**

Les maisons de santé sont souvent assorties dans la presse d'un terme devenu à la mode : les déserts médicaux. Ainsi les titres peuvent être « déserts médicaux : des collectivités de plus en plus volontaristes » (le concours médical, avril 2011), « comment lutter contre la désertification médicale ? la potion douce-amère des maires (quotidien du médecin, 29 avril 2011), ou encore

« réguler l'installation des médecins pour en finir avec les déserts médicaux » (le monde, 5 avril 2011).

### **Les alternatives aux MSP**

Il ressort aussi que d'autres solutions existent que le MSP pour faire face aux problèmes de démographie médicale. Ainsi le salariat de généralistes par les communes (les Echos, mars 2011), l'intérêt des centres de santé (quotidien du médecin de mars 2011) ou encore l'exploration de nouvelles pistes comme attirer les médecins remplaçants selon la saisonnalité (la montagne.fr, mars 2011) sont autant de réponses envisageables. Ces articles ont été présentés pour montrer que les MSP ne constituent pas la solution unique face aux problèmes de démographie médicale, mais une parmi d'autres.

### **Les MSP comme fruits d'un difficile consensus**

Des articles s'attardent aussi sur les obstacles aux MSP (quotidien du médecin, avril 2011 ; lamontagne.fr mars 2010) ceux-ci peuvent être des conflits entre élus et professionnels pour le choix du site ou encore des obstacles juridiques bien identifiés par les différents rapports (rapport Hubert, 2010 ; Rapport Vallancien, 2007).

Notre problématique s'intéresse aux dynamiques territoriales dans lesquelles s'insèrent les MSP. Ces dynamiques peuvent aussi être dictées ou guidées par le choix des élus ou par l'initiative d'acteurs locaux que cette brève revue de presse proposait de manière non-exhaustive.

#### **1.4.4 Les données de terrain**

Afin de compléter les données rassemblées grâce aux dossiers FIQCS une approche qualitative a été privilégiée. Des entretiens en face à face avec les responsables de projet de Moulins-Engilbert et Luzy ainsi qu'une visite de ces deux maisons de santé ont été réalisés. Pour les autres MSP un entretien téléphonique a été fait. Le but de ces entretiens<sup>1</sup> est d'obtenir des précisions sur certains points évoqués dans le dossier FIQCS et d'avoir une idée de l'impact à court terme de ces structures. Cet impact était évalué sous différents points : nombre de professionnels (et composition) arrivés depuis l'ouverture, mise en place de partenariats, consultations délocalisées, recomposition de l'offre de soins etc... Les visites de terrain ont également permis de récupérer des données photographique et de mesurer de manière informelle l'écart entre le dossier FIQCS et la réalité du terrain.

J'ai aussi pu assister à une réunion du comité technique régional de Bourgogne qui réalise un suivi sur les dossiers candidats pour obtenir des financements et sur ceux en cours d'élaboration. Je

---

<sup>1</sup> Une grille d'entretien type est présentée en annexe

remercie par ailleurs Mme Péliissier et Mme Verset pour leur invitation. Cette réunion réunissait l'ARS de Bourgogne, un représentant des URPS, le conseil régional, des représentants des conseils généraux et des représentants des MSP. Cette réunion a été fort utile pour comprendre les conditions de sélection des sites candidats à un financement public et aussi pour mieux appréhender la place de chaque acteur dans l'élaboration d'un projet de maison de santé.

#### **1.4.5 Les limites des données**

Les données dont je dispose permettent de qualifier l'offre de soins avant le projet de la MSP, à l'ouverture et en avril 2011. Elles permettent aussi de faire ressortir la manière dont les projets sont présentés et les principaux fils rouges de leurs élaborations.

Enfin il est important de noter que cette étude ne concerne que cinq MSP en Bourgogne dont nous avons expliqué le choix. Il s'agit plus d'une étude exploratoire de ces maisons de santé qui a pour objectifs de tester des hypothèses et de définir des pistes de réflexions qu'il serait intéressant de creuser au cours d'un projet de recherche plus large qui porterait sur l'ensemble des MSP participant à l'évaluation des ENMR. En outre, nous y reviendrons, les maisons de santé constituent un élément nouveau et récent de l'offre de soins pour lequel nous avons peu de recul et aussi peu de données encore exploitables. Enfin, cette étude n'approfondira pas pour des raisons techniques les recompositions des flux de patients entraînés par les MSP depuis leur ouverture. Ces données sont pour le moment seulement disponibles pour les années 2008-2009.

La géographie s'avère être un outil précieux pour analyser finement les maisons de santé qui constituent un élément nouveau dans le paysage sanitaire français. L'utilisation de concepts propres à la géographie nous permettra au cours de cette étude d'évaluer les impacts potentiels des maisons de santé en termes d'accessibilité aux soins, de recomposition de l'offre mais aussi de définir dans quelles dynamiques territoriales elles s'inscrivent ainsi que les logiques de localisation et d'implantation de ces structures. Cette question est d'autant plus intéressante qu'elle se situe on l'a vu dans un contexte particulier en France où la baisse des effectifs de généralistes et leur inégale répartition soulève la question de l'accessibilité aux soins et renvoie au dilemme concentration des soins / proximité des soins. Évaluer géographiquement les maisons de santé est aussi une manière de faire avancer le débat sur ces questions. Enfin la géographie via le jeu du changement d'échelles permet de faire ressortir le rôle des différents acteurs qui peuvent être mobilisés au cours de tels projets, mais aussi les différentes échelles dans lesquelles s'inscrivent les territoires (offre de soins, filière de soins, économie, contexte régional économique démographique, tourisme etc...). Dans la

deuxième partie nous allons commencer par qualifier l'environnement dans lequel se situent les maisons de santé selon une approche multiscalaires. Nous avons vu que les questions de dynamiques territoriales, et de recomposition de l'offre de soins n'avaient pas encore fait l'objet d'études autour des maisons de santé. Le but de ce travail est de proposer une analyse géographique exploratoire des maisons de santé et des questions de dynamiques territoriales qui y sont associées. Les questionnements en termes d'accessibilité aux soins que ces structures peuvent soulever seront également analysés. Cela nous permettra d'apporter des éléments de réponse à notre hypothèse de recherche principale qui est qu'il existe un lien entre dynamiques territoriales et dynamiques de l'offre de soins. Et que celles-ci peuvent jouer sur l'accessibilité aux soins.

Enfin ce mémoire s'intéresse à un cas de figure précis de MSP. Celles étudiées ont été choisies parmi des MSP fonctionnels et participant aux ENMR. Ainsi les maisons de santé hors ENMR, ou les maisons de santé d'origine privée ne sont pas étudiées. Une analyse plus complète des différents cas de figure, ainsi qu'une proposition de typologie des MSP pourrait être envisagée dans la suite de ce travail de recherche.



## **2 Le contexte territorial des maisons de santé**

Etudier le contexte territorial des maisons de santé passe d'abord par les replacer dans leur contexte régional. Les particularités de la Bourgogne, nous le verrons, demandent à être prises en compte pour mieux comprendre la structuration de cette région et également son évolution. Ces thématiques ne sont pas sans conséquences sur l'offre de soins et la demande. Au cours de cette partie nous allons d'abord dresser un portrait de la Bourgogne, puis nous réaliserons une typologie des bassins de vie bourguignons. Ensuite nous étudierons plus en détail les communes où sont implantées les MSP. Enfin nous ferons une monographie des MSP et étudierons comment les dossiers peuvent FIQCS peuvent servir de grille de lecture pour comprendre comment sont présentées les MSP et les réponses qu'on souhaite qu'elles apportent dans leurs territoires.

## **2.1 Portrait de la région Bourgogne**

### **2.1.1 La Bourgogne**

La Bourgogne est une région administrative française. Elle est composée de quatre départements : la Côte d'Or, La Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne. Elle est bordée au Nord par l'Île-de-France et la Champagne-Ardenne, à l'Est par la Franche-Comté, au sud par le Rhône-Alpes et à l'ouest par l'Auvergne et le Centre.

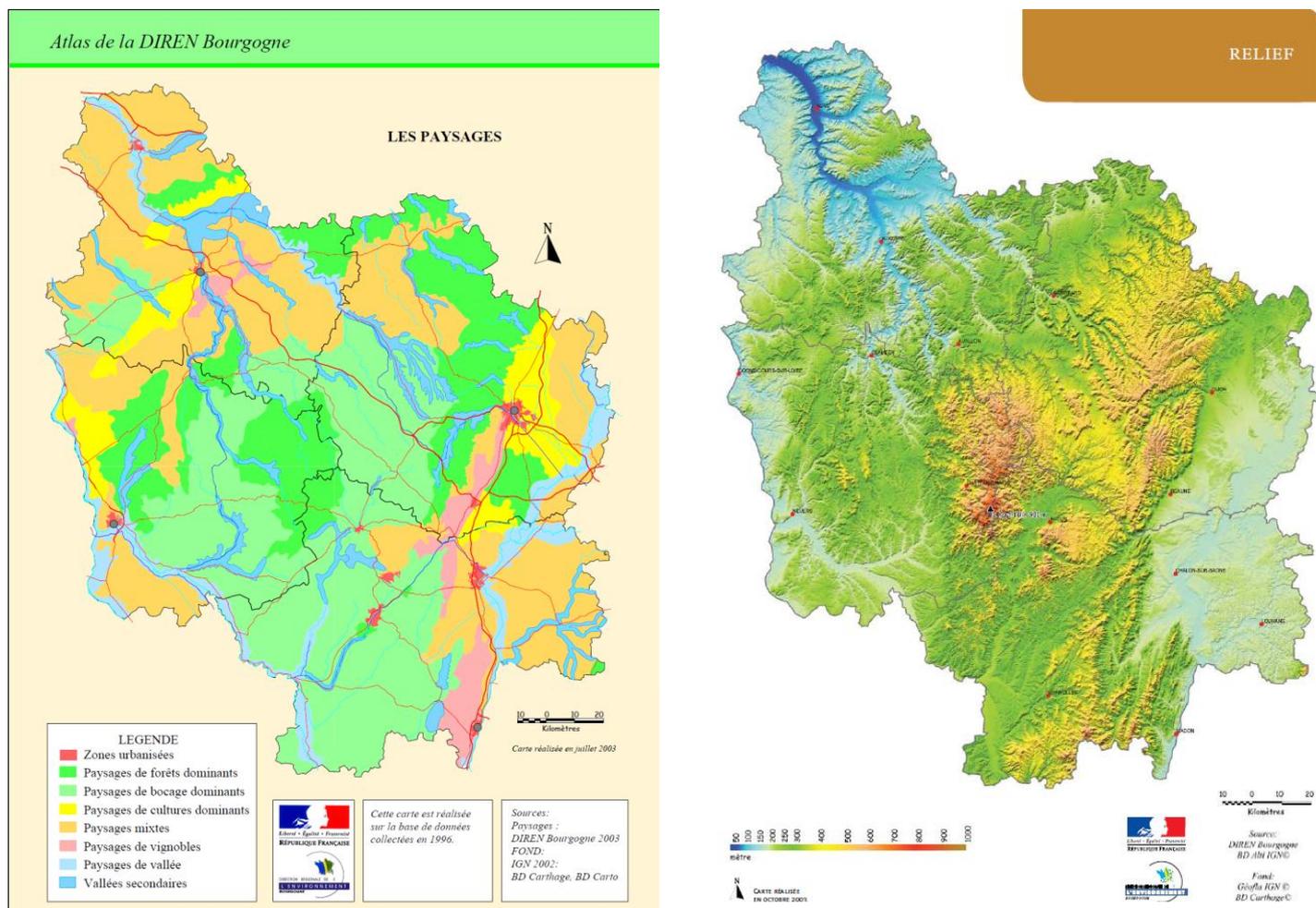
Le centre de la région est occupé par le massif du Morvan dont le Haut-Folin culmine à 901 mètres. Ce massif est recouvert d'une forêt 124 000 hectares. C'est dans cette partie de la Bourgogne que l'accès aux services et aux soins est le plus difficile. La Bourgogne est ensuite découpée par trois grands bassins versants : ceux de la Seine, la Loire et de la Saône. Concernant les paysages bourguignons, ils sont composés surtout de paysages forestiers et agricoles comme la figure 8.

La région est reconnue mondialement grâce à ses vignobles. Parmi les plus connus on peut citer le Chablis, les prestigieuses Côtes de Beaune et Côtes de Nuit, ou encore le Maçonnais. Outre cette renommée viticole, la région attire de nombreux touristes autour du parc naturel régional du Morvan, prisé pour ses lacs et ses forêts.

J.J Bavoux nous interpellait ainsi au cours d'une étude sur la région : « La Bourgogne un archétype d'espace intermédiaire ? » (Bavoux, 1993). Cette réflexion semble être toujours d'actualité. En effet la position de la Bourgogne oscille entre celle de carrefour ou de corridor européen. Elle est fortement structurée par les flux Nord/sud notamment avec les autoroutes A6 et A31 qui relient le bassin parisien et l'Allemagne avec le sud de la France et plus généralement avec la péninsule ibérique pour les flux venant d'Allemagne. Ceci pourrait être renforcé avec l'arrivée future de la LGV

Rhin-Rhône. Certains rapports montrent l'importance pour la région de profiter de ces infrastructures pour conforter un statut de carrefour mais craignent un « effet tunnel » qui condamnerait la Bourgogne à être uniquement traversée par ces flux sans retombées locales (CR Bourgogne, SRADDT, 2009).

Figure 8- Cartes des paysages et des reliefs bourguignons



Source : DIREN Bourgogne

Une autre caractéristique de la Bourgogne est son empreinte rurale forte. En 2007, un tiers de la population vit dans un espace à dominante rurale, quand la moyenne française est de 18% (INSEE, 2010). Il s'agit de la deuxième région agricole de France, avec trois orientations principales : la viticulture, l'élevage (Charolais) et la production de céréales. Une partie de la région fait partie de la « diagonale du vide » qui traverse la France. La densité de population est faible, de l'ordre de 52 habitants au km<sup>2</sup>, ce qui représente la moitié de la moyenne nationale. Sur les 1 630 000 habitants qu'elle compte en 2007, elle en a gagné en moyenne 2 600 par an depuis 1999 (INSEE, 2010). Ce sont l'arrivée retraités, et donc le solde migratoire, qui expliquent à eux seuls la variation positive de la population entre 1999 et 2006 (SRADDT, 2009). Cette caractéristique de la population rurale et âgée,

en général dispersée n'est pas sans conséquences sur la demande de soins. En effet cela induit des demandes plus importantes et des déplacements des professionnels de santé plus longs.

Pour finir ce portrait sur la Bourgogne nous allons revenir rapidement sur l'état de l'offre de soins de premier recours, sujet que nous détaillerons par la suite. Le Conseil nationale de l'Ordre des médecins publie chaque un état des lieux de la démographie médicale en France (CNOM, 2010). Pour la Bourgogne, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, on dénombre 2 879 médecins généralistes, dont 41% a plus de 55 ans. Leur densité est de 76.6 pour 100 000 habitants, ce qui est en dessous de la moyenne nationale (90pour 100 000 habitants).

**Figure 9 - Type d'activité des généralistes bourguignons selon les départements**

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Total
Retraité	155	67	147	79	448
Retraité "Actif"	11	6	14	6	37
Temporairement sans activité	24	14	20	12	70
Remplaçant	64	14	31	13	122
Activité régulière	800	265	692	445	2202
<b>Total</b>	<b>1054</b>	<b>366</b>	<b>904</b>	<b>555</b>	<b>2879</b>

**Figure 10 - Densité, moyenne d'âge, part des plus de 55ans et part des femmes chez les généralistes bourguignons selon les départements**

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
<b>Côte d'Or</b>	88,1	51	35%	34%
<b>Nièvre</b>	78,8	53	49%	19%
<b>Saône-et-Loire</b>	69,6	52	44%	27%
<b>Yonne</b>	68,9	52	43%	29%
<b>Bourgogne</b>	76,6	52	41%	29%
<b>Métropole</b>	<b>90,7</b>	<b>52</b>	<b>42%</b>	<b>29%</b>

Source : CNOM, 2010

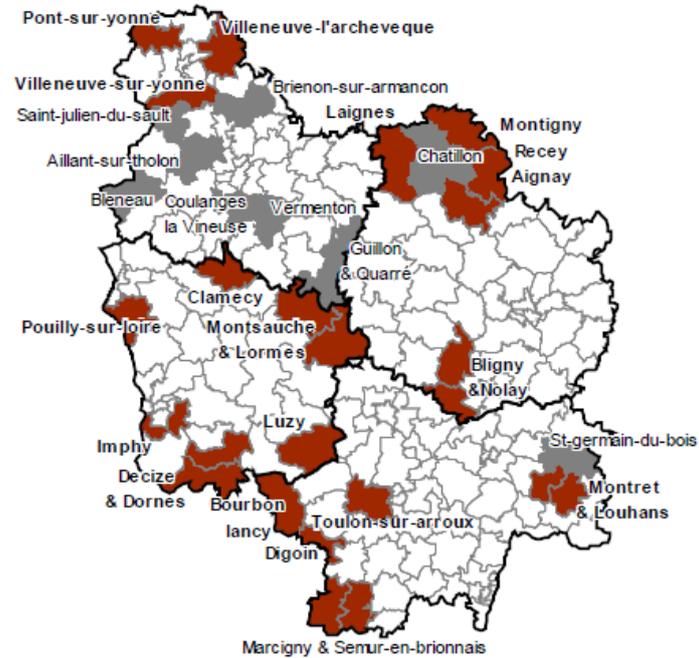
En 2007, l'ARH et l'URCAM de Bourgogne dressaient la cartographie des zones déficitaires<sup>2</sup> en médecins généralistes dans la région. Cette cartographie met en évidence des départements plus touchés comme la Nièvre et l'Yonne mais aussi un effet marge au sein des départements. Les cantons

<sup>2</sup> La définition des cantons déficitaires en offre de soins en Bourgogne s'appuie sur des critères d'activité et de densité. Ainsi les zones où les médecins sont en suractivité et en densité moindre sont considérées comme déficitaires. Les zones fragiles sont les zones qui menacent de devenir déficitaires, la part de médecins généralistes de plus de 55 ans y est donc regardée.

déficitaires se trouvant généralement en périphérie des départements. Cette analyse de l'offre de soins nous sera utile ensuite pour qualifier l'implantation des MSP.

**Figure 11 - Cartographie des zones déficitaires en 2007 en Bourgogne**

17 zones déficitaires en 2007 (24 cantons)  
8 zones fragiles en 2007 (10 cantons)



zones déficitaires et fragiles identifiées en 2007

- zones déficitaires (24)
- zones fragiles (10)

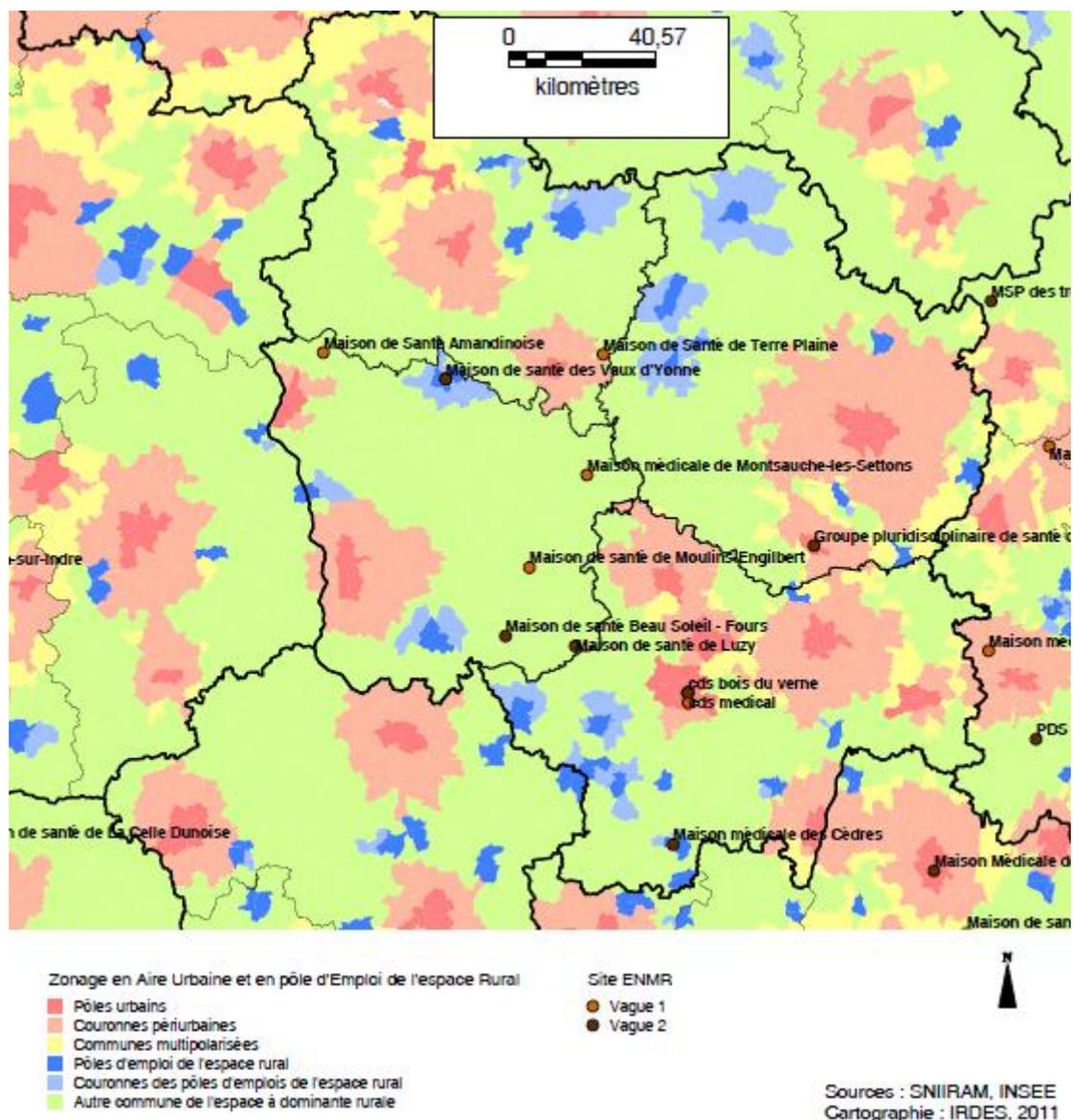
Source : ARS Bourgogne

## 2.1.2 Les MSP dans leur contexte régional

### 2.1.2.1 La situation des MSP par rapport au type d'espace

Les MSP de Clamecy, Luzy et Moulins-Engilbert se situent dans la Nièvre, celle de Guillon dans l'Yonne et celle de La Clayette au sud de la Saône-et-Loire. Elles se trouvent toutes dans un espace à dominante rurale. Les MSP de Clamecy (MSP des Vaux d'Yonne) et La Clayette (MM des cèdres) appartiennent à un pôle d'emploi de l'espace rural. Celles de Guillon (MSP de Terre Plaine), Luzy et Moulins-Engilbert à des communes rurales. Cette répartition est illustrée dans la figure 12.

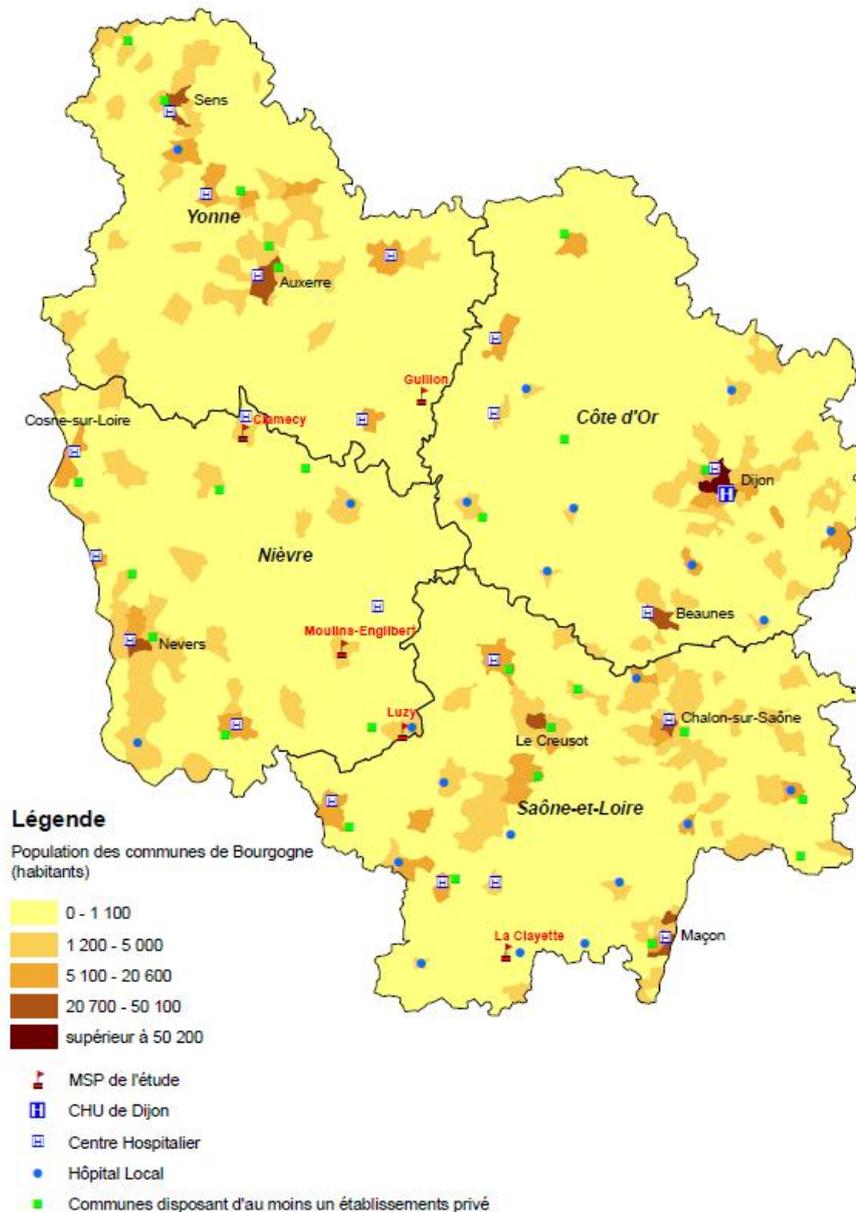
**Figure 12 - Localisation des MSP étudiées par rapport au zonage en aire urbaine et en pôle d'emplois de l'espace rural**



### 2.1.2.2 La situation des MSP par rapport aux établissements de santé

La figure 13 a pour objectif de situer ces maisons de santé par rapport à l'offre de soins existante, hors premiers recours. Moulins-Engilbert et Guillon ne disposent pas d'offre de recours supérieur, les hôpitaux les plus proches sont respectivement à Château-Chinon et Avallon. Luzy et la Clayette ont leurs MSP qui se trouvent adossée à un hôpital local, et Clamecy dispose d'un centre hospitalier dans sa commune non loin de la MSP.

Figure 13- Les MSP de l'étude par rapport aux établissements de santé de la région



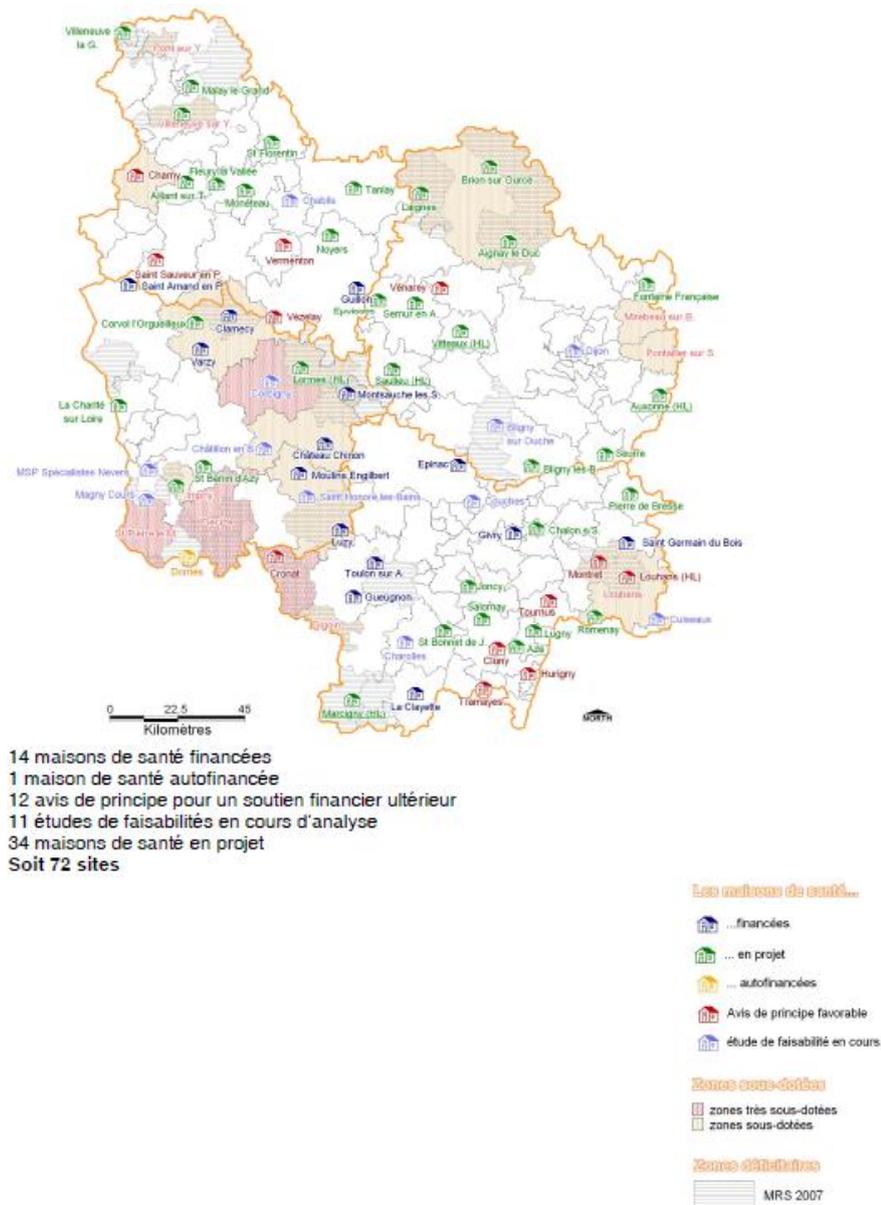
Source : ARS Bourgogne

Réalisation : G. Chevillard, 2011

### 2.1.2.3 La situation par rapport aux maisons de santé bourguignonnes

Parmi les 15 MSP fonctionnels en 2010 (figure 14), 14 sont financées publiquement et nos cinq MSP en font partie. la figure 14 illustre l'émergence aussi de nombreux projets de maisons de santé, dont certains peuvent sembler proche spatialement. Cependant cette carte ne signifie pas que tous les projets vont émerger, l'ARS joue en effet un rôle de régulateur et devra prioriser les projets et aussi éviter une concurrence entre des projets proches.

**Figure 14 - situation des MSP étudiées par rapport aux autres MSP bourguignonnes en mai 2010**



Source : ARS Bourgogne

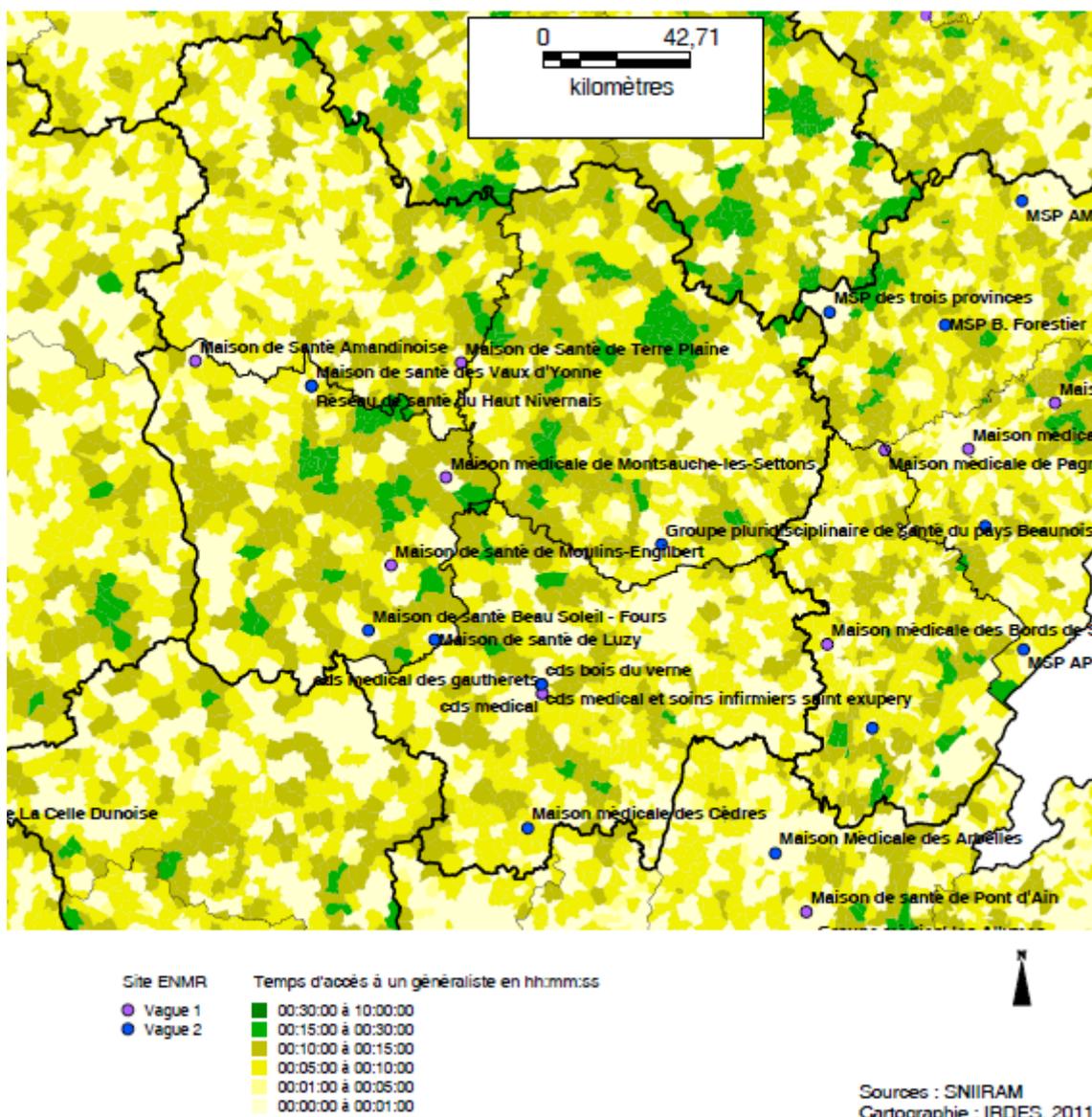
#### **2.1.2.4 La situation des MSP par rapport aux zones déficitaires MRS-2007 aux distances d'accès au généraliste**

L'URCAM et l'ARH ont défini en 2007 les zones déficitaires et fragiles en offre de soins (figure 12). Les cantons de Moulins-Engilbert et La Clayette ne sont ni déficitaires ni fragiles. Le canton de Guillon est considéré comme fragile, tandis que les cantons de Clamecy et Luzy appartiennent aux zones déficitaires en généralistes. Un diagnostic plus récent existe mais nous avons préféré utiliser celui de 2007 qui correspond à l'état de l'offre de soins au moment des montages des projets.

Pour récapituler, deux de nos MSP sont implantées dans des cantons déficitaires, une dans un canton fragile et deux dans des zones qui ne sont ni fragiles, ni déficitaires.

La figure 15 illustre les maisons de santé par rapport aux temps d'accès au médecin généraliste au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Les distances d'accès en 2007 ne prennent pas en compte les maisons de santé, dont l'ouverture est ultérieure, cependant elles prennent en compte les médecins généralistes qui étaient présent en 2007 et donnent un bon indicateur de l'accessibilité aux soins à cette époque.

Figure 15- Localisation des MSP étudiées par rapport à la distance au médecin généraliste en 2007



Ceci nous permet de situer les MSP et les communes avoisinantes pour voir lesquels s'inscrivent dans un territoire plus éloigné d'un généraliste. Ainsi les MSP de Luzy et Moulins Engilbert, dans le Morvan, sont entourées de communes pour lesquelles le temps d'accès est particulièrement plus important. Clamecy est également proche de communes dont le temps d'accès au généraliste est élevé (au sud et à l'Est). La présence de ces MSP dans ces zones plutôt fragiles peut permettre d'éviter que l'accessibilité aux soins ne se dégrade, sous conditions que ces structures soient pérennes.

## **2.2 Description de l'environnement des MSP**

Dans cette partie nous allons qualifier l'environnement de la maison de santé selon une double approche. D'abord nous qualifierons les bassins de vie dans lesquels sont situées les MSP, puis nous décrirons via des monographies les communes d'implantation des MSP.

### **2.2.1 Typologie des bassins de vie bourguignons**

La typologie a pour but d'établir des classes de bassins de vie qui se ressemblent selon différents indicateurs que nous détaillerons. La typologie permet de caractériser l'environnement dans lequel se situent nos MSP à l'échelle du bassin de vie.

#### **2.2.1.1 Présentation des typologies déjà réalisées et justification de l'intérêt d'une typologie complémentaire**

Différentes typologies ont été réalisées concernant les territoires. Nous ne les présenterons pas toutes mais celles qui nous ont semblées utiles et pouvant servir de socle de réflexion pour en élaborer une à l'échelle de la Bourgogne et dont les indicateurs soient pertinents pour illustrer notre problématique.

Le FNORS a réalisé en 2010 une 2<sup>e</sup> édition de ses travaux sur les inégalités socio-sanitaires en France (FNORS, 2010). Il propose entre autres une typologie cantonale de l'offre de soins et une typologie socio-économiques des cantons français. L'ORS de Bourgogne a réalisé une typologie des cantons bourguignons en prenant en compte des indicateurs socio-économiques ainsi que des indicateurs relatifs à la mortalité et la morbidité. L'INSEE a réalisé une étude sur les bassins de vie bourguignons en s'intéressant en particulier aux concepts de dynamique démographique, d'autonomie et d'accessibilité aux services et emplois.

Nous proposons une typologie des bassins de vie bourguignons qui prennent en compte plusieurs de ces dimensions. En effet nous nous intéressons ici à la fois aux dynamiques démographiques, aux profils socio-économiques, à l'accessibilité à l'offre de soins et aux services, au type d'espace et à l'espérance de vie. Regrouper ces différents indicateurs permet d'établir des profils de bassins de vie qui se ressemblent dans leur composition et dans des thématiques en rapport avec les dynamiques territoriales et l'offre de soins de premier recours.

## **2.2.1.2 Méthodologie d'élaboration de la typologie**

### **2.2.1.2.1 L'échelle retenue**

Nous avons retenue le bassin de vie comme échelon de référence pour cette typologie. Le choix s'est porté dessus pour plusieurs raisons. Le premier est du à la nature de sa définition, en effet il s'agit « du plus petit espace sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi » (INSEE). Cette définition en fait un territoire par essence pertinent pour analyser des problématiques géographiques de soins de proximité. Puis, il ne faut pas perdre de vue que nous étudions les services de santé de proximité et que ceux-ci sont localisés en général avec d'autres services de proximité. Ces services structurent le bassin de vie par les flux qu'ils entraînent. De plus, une étude en Champagne-Ardenne montre que le bassin de vie est le découpage le plus cohérent avec les flux ambulatoires (ORS de Champagne Ardennes avec participation de F. Tonnelier, 2007). Cependant cet exemple n'est pas forcément généralisable à la France entière mais il demeure un argument intéressant. Enfin l'ARS Bourgogne va définir les nouvelles zones déficitaires en 2011 selon un zonage en bassin de vie et non plus en cantons. Il pourra donc être intéressant par la suite de confronter ces deux résultats.

### **2.2.1.2.2 Les bassins de vie retenus**

Certains bassins de vie bourguignons débordent sur les départements limitrophes, et inversement certains bassins de vie des régions voisines débordent en Bourgogne. Nous avons retenu ici 82 bassins de vie qui sont plus centrés sur le Bourgogne. Le critère de sélection était le code INSEE du bassin de vie. Celui-ci devait commencer par les chiffres des quatre départements bourguignons donc le 21, le 58, le 71 et le 89.

### **2.2.1.2.3 Indicateurs retenus**

Pour réaliser cette typologie, 37 indicateurs ont été retenus. Ils représentent des thématiques qui illustrent les enjeux autour de notre territoire (démographie, accessibilité, économie ...), nous allons les détailler.

### **Le type d'espace**

Pour qualifier au mieux le penchant des bassins de vie bourguignons nous avons utilisé le Zonage en Aire Urbaine et en pôle d'emploi de l'espace rural. Ce découpage défini par l'INSEE classe les communes en 6 catégories. Les Communes urbaines, les communes périurbaines, les communes multipolarisées qui sont entre deux ou plusieurs pôles d'emplois (urbain ou rural), les pôles d'emploi

de l'espace rural, les communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural et les communes rurales. Pour résumer, cet indicateur nous précise le caractère urbain ou rural d'une commune. Comme nous travaillons sur les bassins de vie et que ceux-ci sont composés de plusieurs communes pouvant être de différents types, nous calculons la part de population qui vit en milieu urbain ou en milieu rural.

Il est aussi intéressant d'utiliser les zones de revitalisation rurales (ZRR). Les communes qui bénéficient de cette politique d'aménagement du territoire sous formes d'aides fiscales ou sociales sont reconnues comme fragiles selon des critères démographiques (faible densité), socio-économiques (perte population, perte d'emplois) et institutionnels (appartenance à un EPCI). Les ZRR ont été créées dans la loi d'Orientation pour l'aménagement et le développement des territoires du 4 février 1995 (LOADT). Nous regarderons de manière illustrative si la commune est classée en ZRR. Mettre cet indicateur dans la typologie marquerait une certaine redondance avec des indicateurs déjà utilisés (densité, emplois, âge population).

Nous avons également calculé la part de résidences secondaires parmi les le nombre total de logements. Cet indicateur a le mérite de qualifier les bassins touristiques qui verront leur population varier avec la saisonnalité (et donc les besoins de soins), et peut aussi être considéré comme un indicateur d'attractivité du territoire (IAAT, 2005).

### **Indicateurs démographiques**

Ces indicateurs nous permettent de qualifier la dynamique démographique du bassin de vie, ainsi que de prendre en compte certaines caractéristiques de la population qui jouent sur la demande de soins (âge). Pour cela nous retenons comme indicateurs :

- La variation annuelle moyenne de population entre 1999 et 2007
- Le solde migratoire sur la même période
- L'indice de vieillissement de la population en 2007
- La densité de population

### **Indicateurs socio-économiques**

Ces indicateurs permettent de cibler la proportion de populations plus fragiles ou qui auraient à priori plus de difficulté à se déplacer.

- % personnes âgées vivant seules en 2007
- % familles monoparentales en 2007

- % ménages sans voitures en 2007
- Part de chaque CSP en 2007
- Part de sans diplômes
- Evolution du taux de chômage entre 1999 et 2007
- L'évolution du nombre d'emploi dans le Bassin de vie entre 1999 et 2006
- Espérance de vie

### **L'offre de soins de premier recours**

Ces indicateurs donnent une image de l'offre de soins de premier recours à la fois quantitative (territoires plus ou moins dotés) et en termes de distance (territoires plus ou moins éloignés).

- Densité de médecins généralistes en 2006
- Densité d'IDE en 2006
- Densité de dentistes en 2006
- Densité de Masseur-kinésithérapeute en 2006
- Distance (temps) moyenne pondérée par la population du bassin de vie à chacun de ces professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2007

### **L'accessibilité aux services**

Ces indicateurs permettent d'évaluer l'éloignement des bassins de vie aux services de bases.

- Accessibilité générale aux services (en temps) en 1999
- Structuration BV par la santé, par emploi, éducation (DATAR, 2006) de manière illustrative

**Figure 16- Tableau récapitulatifs des indicateurs de la typologie des bassins de vie bourguignons**

<b>Territoriaux :</b>  ZAUER, % résidences secondaires en 2007
<b>Démographiques :</b>  population 99-06, taux de variation annuel, répartition par âge, solde migratoire, indice de vieillissement
<b>Socio économiques :</b>  part des CSP, % personnes âgées vivant seules, Part ménages sans voitures, % familles monoparentales, % sans diplômes, évolution emploi 99-07, évolution du taux de chômage 99-07
<b>Offre de soins :</b>  densité par professions en 2006, distance moyenne pondérée en 2007
<b>Services :</b>  accessibilité générale en 1999
<b>Espérance de vie</b>

- Analyses de données

La typologie a été réalisée avec le logiciel SPAD7. Auparavant les données INSEE ont été traitées sous Excel et agrégées au niveau du bassin de vie des tableaux de croisé dynamique. La typologie suit ce déroulement : d'abord une analyse en composante principale (ACP) permet de dégager les indicateurs qui structurent l'information des 82 bassins de vie, les deux premiers axes résument 29.25% et 14.47 % de l'information, soit 43.72% de l'information. Le cercle de corrélation est présenté en annexe 4. L'axe 1 est structuré par une opposition urbain/rural. Avec un urbain jeune, et avec des revenus plus élevés, opposé à un rural vieillissant. L'axe 2 marque une opposition entre des facteurs d'attractivité et de richesse avec des indicateurs de défaveur économiques et sociaux (familles monoparentales, personnes âgées vivants seules, ménages sans voiture...)

Ensuite une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet de regrouper les bassins de vie en classes homogènes selon ces indicateurs utilisés. Nous allons revenir sur ces classes plus en détail.

### 2.2.1.3 Classification des bassins de vie

#### 2.2.1.3.1 Données de cadrage

La population, 1 665 000 habitants, nous l'avons vu est principalement urbaine, mais avec une part importante de la population rurale (un tiers), comme illustré dans la figure 17, ainsi qu'une part importante de retraités (figure 18). Nous avons déjà expliqué les conséquences en termes de demande de soins et de couverture sanitaire du territoire que cela implique.

**Figure 17 - Répartition de la population des bassins de vie étudiés selon le ZAUER**

Population des pôles urbains	Population couronne périurbaine	Population des communes multipolarisées	Population des pôles d'emplois de l'espace rural	Population des couronnes de pôles d'emplois de l'espace rural	Population des autres communes rurales
39.6%	21.3%	6.2%	8.4%	1.9%	22.7%

**Figure 18 - Répartition de la population des bassins de vie étudiés selon la CSP**

Part d'agriculteurs	Part d'artisans	Part de cadres	Part de professions intermédiaires	Part d'employés	Part d'ouvriers	Part de retraités	Part d'autres
1.7%	3.3%	5.4%	12.0%	16.1%	15.9%	30.0%	15.6%

#### 2.2.1.3.2 Les classes de bassins de vie

La typologie retient sept classes pour les 82 bassins de vie bourguignons que nous avons retenus.

##### **Classe 1 : les bassins de vie ruraux attractifs**

Cette classe contient 21 bassins de vie (25%), soit 16% de la population de l'étude.

Elle se compose de bassins de vie dont les indicateurs reflètent une attractivité du cadre de vie. La population y est majoritairement rurale et la densité faible. Ensuite le solde migratoire y est supérieur à la moyenne, la part de retraités et celle résidences secondaires est également plus importante. Enfin la densité d'infirmiers y est largement supérieure à la moyenne.

##### **Classe 2 : les bassins de vie ruraux, éloignés et vieillissants**

Cette classe contient 11 bassins de vie (13.4%) soit 3.6% de la population.

Elle se caractérise principalement par une distance à l'offre de soins de premier recours et aux services plus élevée que dans les autres bassins de vie. La population y est majoritairement rurale, avec un indice de vieillissement très prononcé et une densité faible. La part d'agriculteurs y est plus importante que dans les autres bassins de vie. Enfin la part de résidences secondaires est au dessus de la moyenne du département (27% contre 14% en Bourgogne).

### **Classe 3 : les bassins de vie ruraux précaires et en déclin démographique**

Cette classe est constituée de 14 bassins de vie (17%), ce qui représente 12.3% de la population.

Ces bassins de vie ont une population qui appartient le plus souvent à un pôle d'emploi de l'espace rural ou à sa couronne. Dans cette population il y'a une prédominance des ouvriers, des sans diplômés et des ménages sans voiture. Ces bassins de vie ont une variation annuelle de la population entre 99 et 2006 en général négative, et un solde migratoire lui aussi négatif.

### **Classe 4 : les bassins de vie ruraux faiblement peuplés et touristiques**

Le bassin de vie de Montsauche les Settons constitue une classe à lui seul. Ceci peut s'expliquer par sa très faible population, qui va pondérer faiblement le dénominateur de la densité de médecins et donc faire apparaître une densité très supérieure à la moyenne. De plus ce bassin de vie, très touristique à coté des lacs du Morvan, détient le record de la part de résidences secondaires (43%).

### **Classe 5 : les bassins de vie périurbains et dynamiques**

Cette classe comporte 12 bassins de vie (14.6%) soit 7% de la population.

Ces bassins de vie sont constitués majoritairement de communes multipolaires et qui sont donc sous la dépendance de plusieurs pôles d'emplois. Cependant ces bassins de vie ont une certaine attractivité puisqu'ils ont gagné de la population entre 1999 et 2006 et que ceci s'explique notamment par un solde migratoire positif et au-dessus de la moyenne régionale. La population active est caractérisée par une prépondérance des employés et des ouvriers, et la population y est en moyenne plus jeune. Le temps d'accès aux services est inférieur de trois minutes à la moyenne (12 minutes contre 15 minutes).

### **Classe 6 : les bassins de vie périurbains, dynamiques, et favorisés**

Cette classe regroupe 10 bassins de vie (12.2%) soit 8.3% de la population.

Ces bassins de vie combinent principalement des communes périurbaines où les cadres et les professions intermédiaires sont prédominants. Les revenus moyens y sont plus élevés, ainsi que la part de foyers fiscaux imposés. De plus, l'espérance de vie de la population est supérieure de 1.8 ans,

et celle-ci est plus jeune que la moyenne bourguignonne. Ensuite ces bassins de vie ont gagné de la population entre 1999 et 2006.

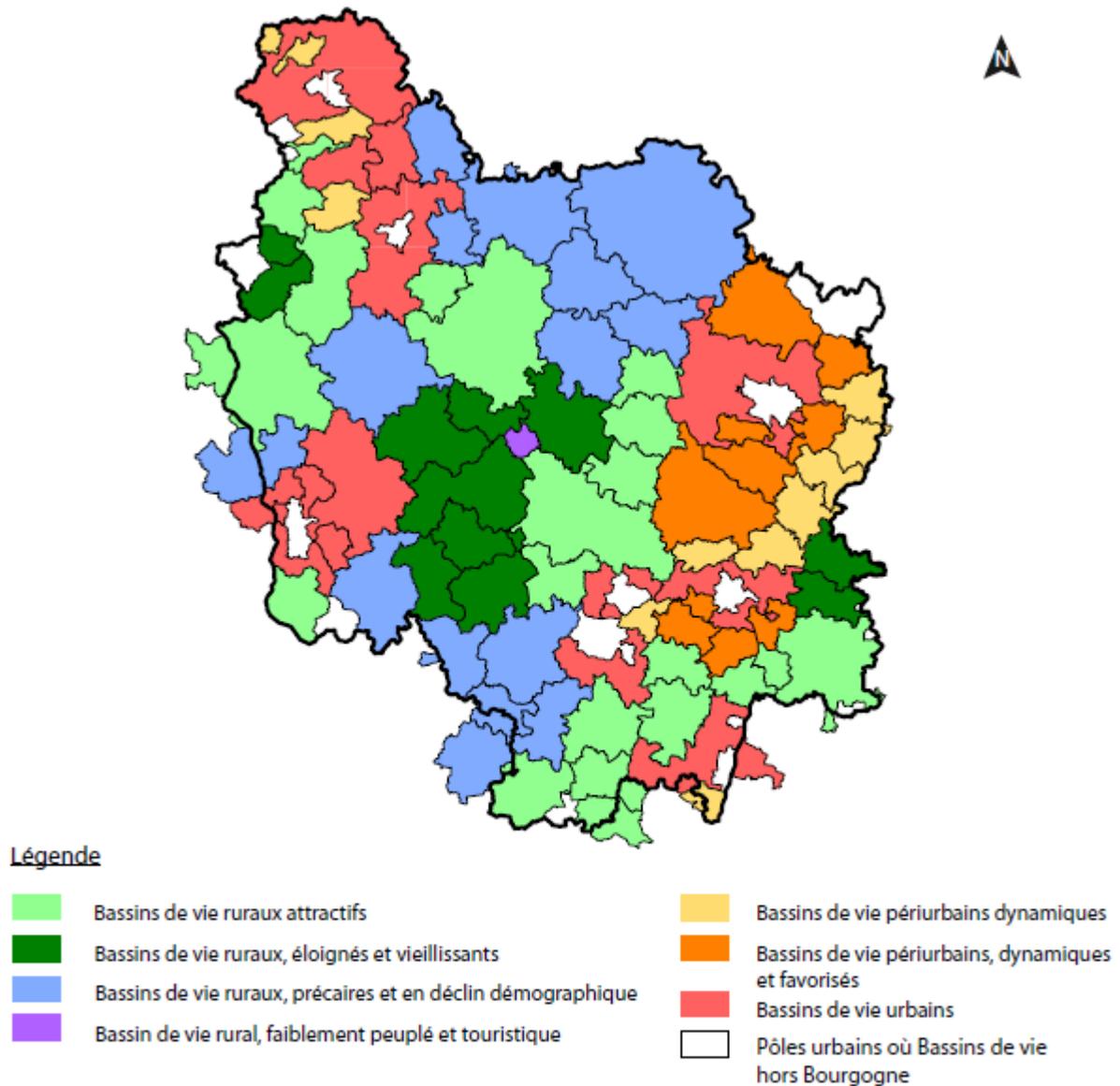
### **Classe 7 : les bassins de vie sous l'influence d'un pôle urbain**

Cette classe contient 13 bassins de vie (15.8%) soit 52.7% de la population.

Ces bassins de vie correspondent principalement aux bassins de vie des pôles urbains et aux pôles urbains. Evidemment le temps d'accès aux services et aux soins de premiers recours est plus faible. La population y est plus jeune. Dans ces bassins de vie, des catégories de populations défavorisées semblent légèrement surreprésentés comme les personnes âgées vivants seules ou les familles monoparentales.

La figure 19 représente les bassins de vie bourguignons selon leur classe de la typologie.

Figure 19 - Typologie des bassins de vie bourguignons



Sources : INSEE - INSERM/cépiDC - IRDES - DREES

Réalisation : G. Chevillard, 2011

Les MSP de La Clayette et Guillon appartiennent à la classe des bassins de vie ruraux et attractifs. Les MSP de Luzy et Moulins-Engilbert situées dans le Morvan, sont des bassins de vie ruraux éloignés et vieillissant. Enfin Clamecy se trouve dans un bassin de vie que l'on peut qualifier de rural précaire et en déclin démographique. Nous reviendrons sur ces classes de bassins de vie dans lesquels sont implantées les MSP, pour mettre en relief la dynamique territoriale dans lesquelles les MSP s'inscrivent.

## 2.2.1.4 Tableau récapitulatifs des territoires des MSP de l'étude

Figure 20- Tableau récapitulatifs des territoires des MSP de l'étude

Maison de santé	Classe de bassin de vie	Zone de revitalisation rurale	Zonage MRS 2007
Clamecy	Ruraux précaires et en déclin démographiques	ZRR	Zone déficitaire
Luzy	Ruraux éloignés et vieillissants	ZRR	Zone déficitaire
Moulins-Engilbert	Ruraux éloignés et vieillissants	ZRR	
La Clayette	ruraux attractifs		
Guillon	ruraux attractifs	ZRR	Zone fragile

Réalisation : G.Chevillard, 2011

Les résultats de la typologie montrent une certaine cohérence avec d'autres indicateurs territoriaux (ZRR, zones déficitaires en offre de soins), de plus une typologie des cantons français de 2006 réalisée par la Fédération nationale des ORS met aussi Clamecy dans une classe à part, Luzy et Moulins-Engilbert dans la même et Guillon et la Clayette également. Aussi les bassins identifiés par un temps d'accès aux services plus élevés (INSEE, 2007) recoupent ceux de notre classe bassin de vie éloignés. Ils se situent sans surprise dans le Morvan.

La typologie révèle des situations territoriales contrastées dans lesquelles s'inscrivent les MSP. Les trois configurations de rural que nous avons décrites illustrent des dynamiques territoriales négatives (Clamecy), des dynamiques territoriales légèrement positives mais avec des marqueurs négatifs (vieillessement, éloignement) comme c'est le cas dans le Morvan et des dynamiques territoriales plutôt positives (Guillon et La Clayette). Ces trois cas de figures ne sont pas exhaustifs mais résument la situation de nos cinq MSP d'étude. Il serait intéressant d'élargir l'étude afin d'approcher de manière plus large et complète les configurations territoriales dans lesquelles s'inscrivent les MSP.

Enfin cette typologie des bassins de vie est une approche écologique. Ainsi on ne peut appliquer les caractéristiques du bassin de vie à chacune des communes qui le composent. La dynamique territoriale peut être portée par une commune centre ou par des communes périphériques, ce qui n'apparaît pas dans cette typologie. Seule une analyse communale sur les mêmes critères

permettrait de cibler les moteurs ou les freins de la dynamique territoriale du bassin de vie, mais ce ne sera pas développer ici. Nous allons maintenant nous intéresser aux communes dans lesquels sont localisées les MSP.

## 2.2.2 Les communes où sont implantées les MSP

### Clamecy

La commune de Clamecy est un pôle d'emploi de l'espace rural situé au Nord de la Nièvre et jouxtant l'Yonne. Elle compte 4424 habitants en 2007, et a perdu 7.9% de sa population depuis 1999. Ce déficit démographique s'explique par un solde naturel négatif et un solde migratoire très négatif (-392 habitants sur la période 1999-2007). Malgré cette dynamique démographique négative, le nombre d'emplois dans la ville a cependant augmenté. Parallèlement l'offre de soins s'érode depuis quelques années. Par exemple, l'hôpital de Clamecy a vu sa maternité fermer en 2008 (Villemant, 2010). L'offre de soins de premiers recours a également connu une diminution en nombre depuis 2006 à l'échelle du bassin de vie, ce qui a eu des conséquences sur l'activité des généralistes de Clamecy. Nous reviendrons plus en détail sur ce cas (figure 27).

### Luzy

Luzy est une commune rurale située au sud du PNR du Morvan. Elle est peuplée de 2043 habitants en 2007 et a perdu 8% de sa population depuis 1999. Cependant elle possède un solde migratoire positif reflet d'un certain attrait. Le nombre d'emplois de la ville a stagné entre 1999 et 2007. Cette partie de la Bourgogne est d'ailleurs prisée par les hollandais, comme pour la commune de Moulins Engilbert. L'offre de soins de la ville s'est par ailleurs amoindrit depuis 1995. Une clinique chirurgicale (1995) et un laboratoire d'analyse médicale (2002) ont fermé, et deux médecins généralistes n'ont pas été remplacés. La MSP se trouve désormais adossée à l'EHPAD de la ville.

### Moulins-Engilbert

Il s'agit d'une commune rurale située non loin de Luzy, son organisation est de type réticulaire, reflet d'une certaine influence sur les villages voisins. C'est la seule commune que nous étudions qui ait gagné de la population, 1 691 sont recensés en 2007, soit une augmentation de 7.6% depuis 1999. Le solde migratoire largement positif compense le solde naturel. Cette ville est également dynamique en termes de création d'emplois. L'offre de soins du canton a cependant connu une diminution du nombre de professionnels depuis 2004 : deux généralistes ont changé d'orientation, un kinésithérapeute est parti à la retraite et un dentiste est parti. Ce changement a conduit les professionnels à s'organiser différemment et est une des origines de la MSP. Dans ce cas de figure on observe une **opposition** entre la **dynamique démographique** positive et la **dynamique de l'offre de**

**soins** qui est elle négative, cette situation peut laisser entrevoir des difficultés concernant la réponse à la demande de soins future. L'apparition de la MSP semble donc une étape importante pour se prémunir de possibles déséquilibres à venir.

### **La Clayette**

La Clayette est un pôle d'emploi de l'espace rural situé au sud de la Saône-et-Loire. 1 919 habitants y vivent en 2007. Mais la ville connaît une érosion de sa population depuis 1999 (-7.2%), avec un solde migratoire et un solde naturel négatifs. Le nombre d'emplois a légèrement diminué (-0.8%). L'offre de soins est menacée à cours terme puisque trois des cinq médecins généralistes de la ville partiront à la retraite en 2013 et 2014. L'hôpital local est en cours de rénovation et permettra l'agrandissement de la MSP ensuite pour accueillir de nouveaux professionnels.

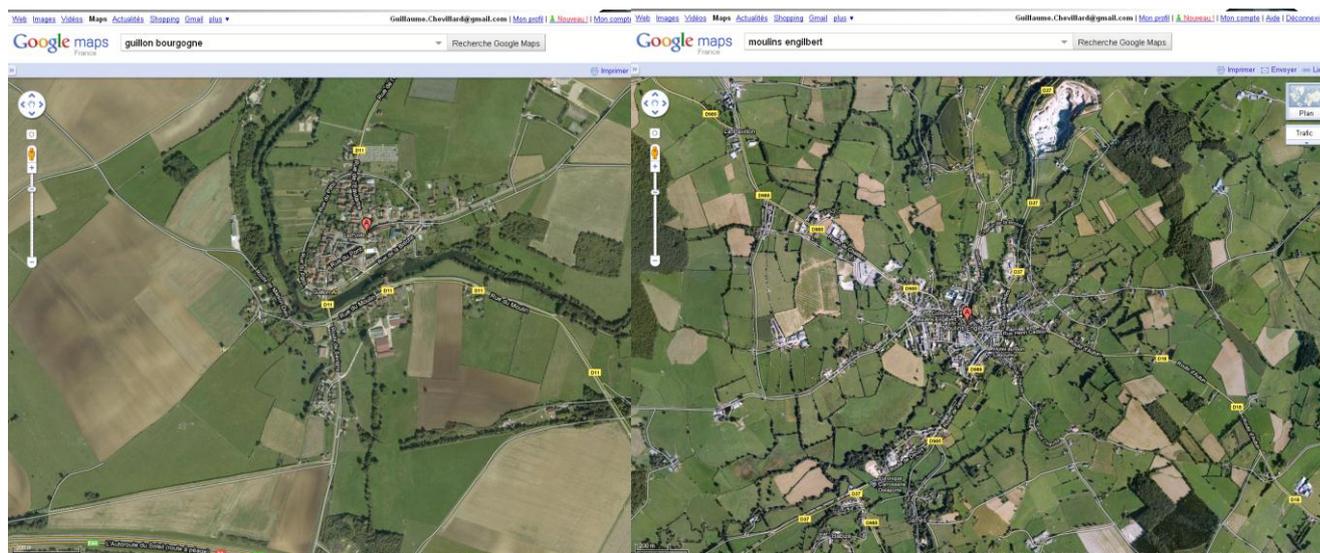
La construction de la MSP est vécue comme un soulagement par la presse locale (Bulletin municipal n°22, juin 2010) pour enrayer une certaine spirale négative que connaît la ville. En effet récemment une usine emblématique, Potain, a fermé ses portes. Le site qui construisait des grues fonctionnait depuis 82 ans. Il employait 116 salariés qui seront reconcentrés vers un autre site voisin dans la Loire. Le maire adjoint, et porteur du projet de la MSP résume bien la situation « cette maison va redonner du souffle à toute la profession médicale du canton ». Même son de cloche pour le conseiller général du canton « après la déconvenue de chez Potain, on se doit de préparer l'avenir du canton ».

### **Guillon**

Guillon est un petit village de l'Yonne de 450 habitants, le village suit une organisation nucléaire. Il se situe à la limite de la couronne périurbaine d'Avallon. Sa population a stagné depuis 1999. Le solde naturel négatif est compensé par le solde migratoire. Le nombre d'emplois a augmenté depuis 1999. Cette commune a également bénéficié de l'opération « cœur de village » initiée par le conseil régional qui consiste à revaloriser les centres de villages. Selon l'historien B. Fèvre, les collines surplombant Guillon seraient celles d'Alésia. L'offre de soins avant la maison de santé à Guillon était constituée d'un généraliste, d'un cabinet secondaire de kinésithérapeute et il n'y a plus d'infirmières depuis 2003. La maison de santé a permis entre autre l'arrivée de deux médecins dont un qui exerçait à 7km.

La figure 21 est une vue satellite des communes de Guillon et Moulins-Engilbert. Elles montrent plusieurs choses. D'abord le cadre rural de ces communes et ensuite deux configurations possibles de villages : un nucléaire et un réticulaire.

Figure 21 - Vue satellite des villages de Guillon et Moulins-Engilbert



Source : <http://maps.google.fr/maps?hl=fr&tab=w1>

Dans le cadre de politiques d'aménagement du territoire, toutes les communes sauf La Clayette étaient classées zones de revitalisation rurale en 2007 (ZRR). Ce zonage est intéressant nous l'avons vu puisqu'il définit les zones fragiles selon des critères socio-économiques et géographiques. Nous allons dans la partie suivante décrire plus en détail les maisons de santé.

L'étude des communes où sont implantées les MSP permet de faire ressortir les dynamiques démographiques, économiques et celles de l'offre de soins. Comme à l'échelle des bassins de vie on observe des dynamiques différentes. Ces communes ont une dynamique démographique qui répond à tous les cas de figures (négative, nulle, positive) et des dynamiques de l'offre également. Il est intéressant de noter que lorsqu'une dynamique démographique est contraire à celle de l'offre de soins cela peut laisser penser que des difficultés verront le jour. L'implantation d'une MSP dans ce cas de figure peut sembler pertinent pour ancrer et pérenniser l'offre de soins. Cette exemple illustre l'intérêt du concept de dynamique territoriale qui met en évidence des déséquilibres au sein du territoire.

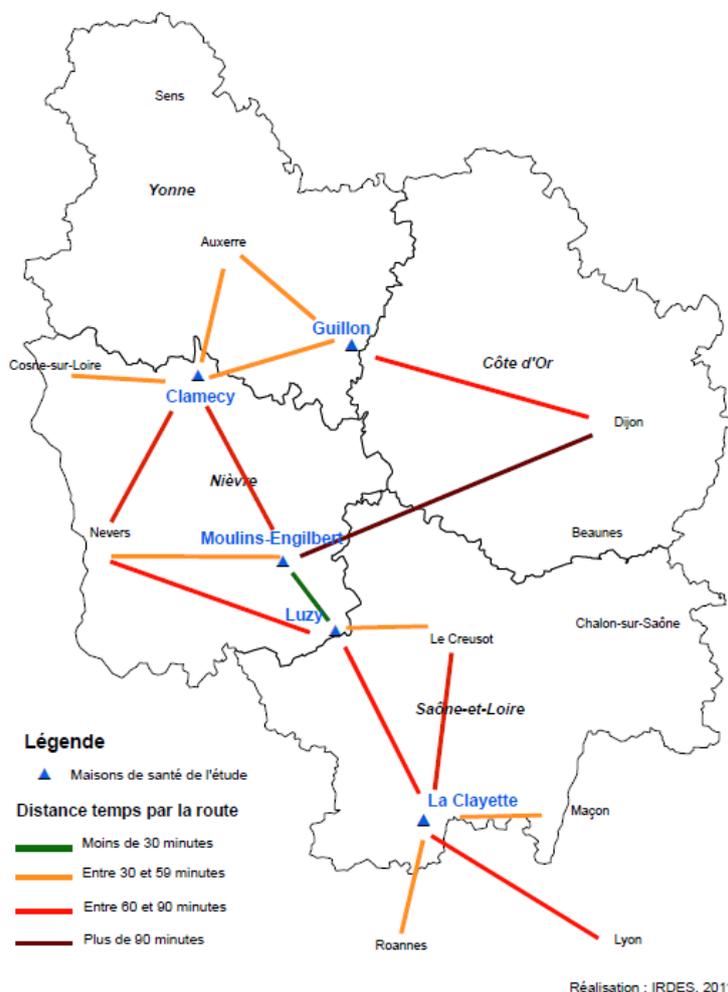
## 2.3 Description des MSP retenues dans l'étude

### 2.3.1 Monographies des MSP étudiées

Les MSP se situent dans trois des quatre départements bourguignons. Pour la Nièvre, il s'agit de la MSP des Vaux d'Yonne à Clamecy, de la MSP de Luzy et de celle de Moulins-Engilbert. Pour la Saône et Loire il s'agit de la maison médicale des Cèdres à La Clayette. Enfin pour l'Yonne il s'agit de la MSP

de Terre Plaine à Guillon. La figure 22 situe les communes des MSP les unes par rapport aux autres, ainsi que par rapport aux principales villes de la région.

**Figure 22- Localisation et distance des MSP de l'étude par rapport aux principales villes de Bourgogne**



Clamecy est situé à mi-distance entre Cosne-sur-Loire et Avallon. La MSP des vaux d'Yonne a « ouvert » en 2009. Il s'agissait avant d'un cabinet de groupe de médecins généralistes qui regroupe maintenant différentes professions (médecins généralistes, infirmières).

Luzy se situe au Sud de la Nièvre à quelques kilomètres de la Saône-et-Loire. La MSP a ouvert ses portes le 29 janvier 2010. Il s'agit d'une aile d'un EHPAD laissée vacante qui a été réhabilitée. Elle est composée de 14 professionnels dont des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et ostéopathes.

Figure 23 - Photos de la MSP de Luzy (source G. Chevillard, 2011)



Moulins-Engilbert se trouve au Sud du PNR du Morvan entre Nevers et Autun et à une trentaine de minutes de Luzy. La MSP est neuve et opérationnelle depuis le 28 janvier 2008. Six professionnels y exercent à temps plein (MG, IDE, dentistes). Des consultations de spécialistes y sont organisées ponctuellement.

Figure 24 - Photos de la MSP de Moulins-Engilbert (source G. Chevillard, 2011)



Pour Luzy, la figure 23 montre le bâtiment réhabilité pour en faire une maison de santé ainsi que les espaces communs de vie des professionnels. A Moulins-Engilbert, la figure 24 révèle une structure neuve dont une des préoccupations était l'accessibilité (parking, places handicapées, bâtiment de plein pied). Cependant ces deux maisons de santé ne disposent pas de signalisation indiquant leur accès.

La Clayette est un pôle d'emploi de l'espace rural. La commune dispose d'une MSP neuve depuis le 4 janvier 2010. Celle-ci jouxte l'hôpital local. Sept professionnels y exercent (médecins, IDE, diététicienne). La structure a vocation en s'agrandir en 2012 suite à la restructuration de l'hôpital.

A Guillon l'ouverture de la MSP a eu lieu le 13 avril 2008. Six professionnels y exercent (Médecins, IDE, MK, diététiciennes) auxquels il faut ajouter des consultations ponctuelles de psychologues.

## **2.3.2 La formalisation du projet à travers les dossiers FIQCS**

Dans cette sous partie nous allons étudier les informations recueillies dans les dossiers FIQCS des MSP. Ces dossiers réalisés par les MSP pour obtenir un financement FICQS nous ont été transmis par l'ARS de Bourgogne.

### **2.3.2.1 Description des territoires évoqués : territoire du projet, territoire du diagnostic**

Le dossier FIQCS permet d'analyser comment le territoire est décrit ou appréhendé. Ce qui permet ensuite de le confronter avec des territoires formels et informels.

#### **L'aire géographique du projet**

Les porteurs du projet de MSP sont amenés à renseigner dans le dossier une partie sur l'aire géographique du projet. Les réponses données portent donc sur le territoire de projet. Les différentes aires géographiques décrites ont toutes pour socle commun le canton<sup>3</sup>. Dans tous les dossiers une référence au canton et à son chef lieu apparait. Selon les MSP, viennent s'ajouter aux cantons les communes limitrophes du canton sous forme de liste détaillée. Interrogés sur la signification de cette aire géographique les praticiens l'identifient à leur bassin de patientèle. Ainsi trois MSP ont basé le projet sur le bassin de patientèle de l'offre de soins existant avant l'implantation ou la création de la MSP. Les MSP de Clamecy et La Clayette ont une aire géographique du projet qui fait uniquement référence à leur canton.

#### **Le zonage du diagnostic**

Une deuxième manière d'étudier l'approche territoriale utilisée dans ce dossier peut être de se pencher sur l'échelle du diagnostic territorial. En effet, pour qualifier l'offre de soins ou l'état de la population différentes échelles ont été utilisées et elles ne concordent pas forcément avec le territoire de projet. La encore le canton sert de référence pour qualifier l'environnement de la MSP. Certaines MSP s'inspirent par exemple de travaux réalisés à l'échelle du canton par l'ORS ou des

---

<sup>3</sup> Le canton est une circonscription électorale dans le cadre de laquelle est élu un conseiller général. Dans la plupart des cas, les cantons englobent plusieurs communes. Mais les cantons ne respectent pas toujours les limites communales : les communes les plus peuplées appartiennent à plusieurs cantons (INSEE).

cantons déficitaires en médecins généralistes définis par la MRS. Une seule MSP a une cohérence parfaite entre le diagnostic et l'aire géographique du projet. Ceci est en partie lié à la disponibilité de l'information, certains indicateurs ne sont pas forcément disponibles à la commune.

### **Illustrations de l'intérêt d'utiliser les zonages décrits dans le dossier FICQS**

Les différents découpages énoncés au cours des projets ont été superposés dans plusieurs cas de figure. Le but est d'évaluer la concordance du projet territorial de la MSP avec d'autres territoires. Ceci peut être utile pour nourrir la réflexion sur des territoires de premiers recours pertinents. Nous reviendrons sur cette partie de manière plus approfondie dans le dernier chapitre en proposant à partir des différents zonages des pistes de réflexion pour définir des territoires de soins primaires.

#### **2.3.2.2 Description des critères retenus pour réaliser le diagnostic**

Trois catégories d'indicateurs se dégagent clairement : le type d'espace, l'offre de soins, et la population. On peut considérer à posteriori que l'offre et la demande de soins ont été prises en compte.

##### **Les critères « environnementaux »**

Quatre des dossiers font référence à l'environnement rural. Ainsi on retrouve les termes de « canton rural », « zone rurale » ou encore de « territoire rural ». Cette ruralité est souvent mise en avant de montrer qu'elle est source de difficultés (vieillesse, isolement).

La notion d'attractivité du canton pour les professionnels de santé n'apparaît qu'une seule fois et souligne bien cette problématique du milieu rural qui n'attire que très peu les professionnels de santé. Nous le trouvons par exemple dans le dossier de Luzy : « [...] la faible attractivité du secteur trop éloigné des pôles importants pour les jeunes diplômés et leurs familles ». En outre, des études montrent que cet espace est généralement perçu comme impliquant une charge de travail plus lourde pour les professionnels (Schweyer, 2004).

##### **Les critères sur l'offre de soins**

Les critères sur l'offre de soins sont les plus avancés. Le caractère zone déficitaire ou fragile défini par la MRS de 2007 est évoqué pour les MSP concernées. L'âge des praticiens apparaît comme critère. Il traduit une préoccupation pour l'avenir en médecins du territoire. L'état de l'offre de soins est bien documenté dans chacun des dossiers, les MSP de Luzy et Clamecy ajoutent une dimension rétrospective en s'attardant sur l'historique de l'offre de soins sur le territoire. La distance aux urgences ou aux spécialistes les plus proches est aussi prise en compte dans le dossier de Guillon ou Moulins-Engilbert. Enfin la densité de médecins n'apparaît qu'une seule fois mais cela peut

s'expliquer par la redondance de ce critère avec le zonage déficitaire des MRS. L'isolement des professionnels de santé et leur manque de coordination sont soulevés dans deux dossiers et renvoient à l'intérêt du cadre de travail offert par une MSP.

### **Les critères populationnels**

Des projets pour des bassins de populations de 5 000 à 8 500 habitants :

Tous les dossiers devaient répondre à une question sur la population concernée par le projet. Celle-ci fait écho au territoire de projet. Ainsi, à Guillon la population concernée est de 5 266 habitants, à Moulins-Engilbert 6 100 habitants, à Luzy 6 000 habitants, à La Clayette 6 800 habitants et à Clamecy, 8 547 habitants. Disposer des données généralisées permettrait d'apporter des éléments de réponses aux conditions de bonne réussite d'un projet de MSP. L'approche de définition d'un projet par un seuil populationnelle pourrait donc être exploré afin de voir si les projets de MSP sont orientés vers des bassins de populations et quels sont ceux qui pourraient « fonctionner » le mieux.

Des critères populationnels faisant référence principalement à l'âge :

Quatre des cinq MSP font références à des critères populationnels dans leurs dossiers. Une n'y fait pas allusion directement mais y fait écho en parlant de « couverture des besoins locaux ». Ces critères sont majoritairement axés sur l'âge de la population et en particulier sur le pourcentage de personnes âgées. Cependant les seuils de définition des personnes âgées ne sont jamais identiques selon les dossiers, les classes d'âges diffèrent. La densité de population est aussi regardée et mise en rapport avec ses conséquences sur les déplacements qu'une faible densité implique pour les professionnels de santé. La consommation de soins ou l'activité des médecins a été regardé dans deux dossiers, elles permettent d'approcher grossièrement la demande de soins. Deux MSP font référence aux typologies des cantons de l'ORS et de l'URCAM réalisés en 2003. Typologie qui prend en compte en plus des critères sociodémographiques, des critères de mortalité et morbidité. Dans ces cas de figures, la spécificité des besoins locaux a été regardée de plus près. L'évolution de la population et ses mutations (jeunes couples avec enfants) ont été regardé dans un seul projet. Enfin un seul projet s'est attardé sur la composition du territoire selon les CSP.

Les critères regardés insistent en général sur la ruralité de l'environnement et la manière dont cela se répercute pour les populations (vieillesse, isolement) et les professionnels de santé (déplacement, suractivité). Les critères de morbidité et de mortalité ont aussi été regardés grâce à l'utilisation dans certains cas de travaux de l'ORS. Les critères sur la population insistent tous sur l'âge de la population, en particulier sur les personnes âgées. On peut se demander si mettre avant ce critère n'occulterait pas d'autres besoins (jeunes, femmes enceintes...), nous y reviendrons.

### **2.3.2.3 Description des objectifs définis dans le cadre du projet de MSP**

#### **Pérenniser l'offre de soins**

Les objectifs principaux qui reviennent le plus font écho à deux objectifs complémentaires : d'une part **maintenir** un nombre de professionnels suffisant et d'autre part être en mesure d'**attirer** des nouveaux professionnels. Ces idées rejoignent celle de pérenniser l'offre de soins.

Ainsi il ressort le plus que le projet vise à éviter un « désert médical ». Ceci est explicité par les formules « anticiper les départs à la retraite » ou « parer les déserts médicaux » ou en prenant en compte l'âge des praticiens dans les critères. Il se dessine ensuite que ces structures ont pour vocation de jouer sur l'attractivité auprès des professionnels de santé au travers de différentes formulations : « luttés contre l'isolement, soulager PS dans tâches administratives, regrouper PS, améliorer conditions d'exercice, mutualiser les moyens, attirer des nouveaux professionnels, accueil de stagiaires...». Par exemple à Moulins-Engilbert la diminution du nombre de professionnels du canton les a conduit à réfléchir à une organisation des soins coordonnée et partagée. A Guillon c'est en prévision de départ à la retraite des 2 généralistes un horizon de 12 ans qui a fait se poser la question de l'avenir des professionnels du secteur.

Les objectifs des maisons de santé peuvent s'élargir au territoire quand on considère les concepts de dévitalisation ou de revitalisation. En effet, les cas de figures mettent en évidence que les MSP ont pour but d'éviter une dévitalisation du territoire qui se traduirait par une perte de professionnels de santé et une moins bonne prise en charge des patients. Les MSP peuvent également être considérées comme un outil de revitalisation rural qui permet de faire venir de nouveaux professionnels de santé dans des territoires à priori moins attractifs.

#### **Améliorer la qualité des soins**

Les dossiers des MSP ont aussi pour point commun de tous insister sur l'amélioration de la qualité des soins qu'une MSP engendrerait. Chaque dossier argumente de manière concrète en détaillant des objectifs spécifiques qu'il mettra en place pour parfaire la qualité des soins. Il peut s'agir du suivi global des patients, de la coordination des professionnels, de la continuité des soins, de l'organisation de consultations de spécialistes, de la mise en place d'actions de santé publiques ou encore de la prise en charge de petites urgences. L'évaluation de ces objectifs est confiée à l'ARS.

Nous avons soulevé la question de savoir si les MSP constituent plutôt un cadre de travail attractif pour les professionnels ou sil elles ont pour but de répondre aux besoins locaux des populations. Les critères regardés peuvent laisser entrevoir des questions sur la manière dont ces MSP voudraient répondre à ces besoins. Par exemple s'il ne s'agit de répondre qu'aux besoins des personnes âgées,

comment s'organiseront les réponses pour les populations plus jeunes ? Cependant les maisons de santé proposent des actions coordonnées avec des réseaux variés (diabète, périnatalité, tabac etc) qui illustrent des soucis plus larges que la seule réponse aux besoins des populations âgées. Concernant le cadre attractif pour les professionnels, cet argument est souvent mis en avant dans les dossiers. Mais on ne peut pas dire qu'il soit l'unique souci, puisqu'il est souvent relié aux besoins locaux. Pour résumer, la définition du projet de santé passe d'abord par le regroupement des professionnels dans des meilleures conditions d'exercices qui sont censé entrainer un cercle vertueux au niveau de la qualité et de la continuité des soins.

#### **2.3.2.4 Les logiques d'implantation des MSP**

L'analyse des dossiers FIQCS combinée aux entretiens réalisés avec les structures permettent de révéler pour nos cinq MSP les logiques d'implantation à l'échelle régionale et à l'échelle communale.

##### **2.3.2.4.1 Les logiques d'implantation à l'échelle régionale**

###### **Par rapport aux zones déficitaires de la MRS**

Les maisons de santé de Clamecy et Luzy sont implantées dans des zones déficitaires en médecins généralistes définies par la MRS de 2007. La MSP de Guillon est elle implantée dans une zone classée comme fragile. Enfin les MSP de Moulins-Engilbert et La Clayette ne sont pas dans des zones déficitaires ou fragiles. Les logiques d'implantation des cinq MSP de l'étude n'obéissent donc pas forcément à une logique de priorisation qui privilégie les zones les plus fragiles.

###### **Par rapport aux types de communes et aux seuils populationnels**

Les MSP sont implantées dans des communes qui sont toutes des chefs lieux de cantons. Ces communes sont en général peuplées de plus de 1500 habitants. La MSP de Guillon fait exception puisqu'elle est implantée dans un village de moins de 500 habitants, et celles de Clamecy puisqu'elle compte plus de 4000 habitants.

L'étude de Jousseau mettaient en évidence des seuils d'apparition de l'offre de soins de premiers recours nous l'avons vu. Généraliser cette approche pour mettre en évidence ou non des effets seuils d'apparition des maisons de santé serait aussi un élément important pour voir si certains projets implantés dans des communes d'une certaine taille fonctionnent mieux que d'autres. Cet éléments peut être intéressant pour arbitrer des décisions et éviter un saupoudrage des moyens alloués aux MSP. Nous reviendrons sur cette question dans la dernière partie.

#### **2.3.2.4.2 Les logiques d'implantation à l'échelle communale**

A La Clayette et à Luzy l'implantation des MSP suit une logique de **colocalisation** avec une offre de soins déjà existante, l'hôpital local ou l'EHPAD.

A Moulins Engilbert et à Guillon les maisons nouvellement construites ne suivent pas ces règles de colocalisations. L'opportunité du terrain a guidé la localisation de la MSP. A Clamecy, la maison de santé ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital mais pas très loin. Cependant comme cette MSP est en réalité un ancien cabinet médical, le concept d'implantation est ici un peu faussé.

## **2.4 Le rôle des différents acteurs dans l'émergence et l'élaboration du projet**

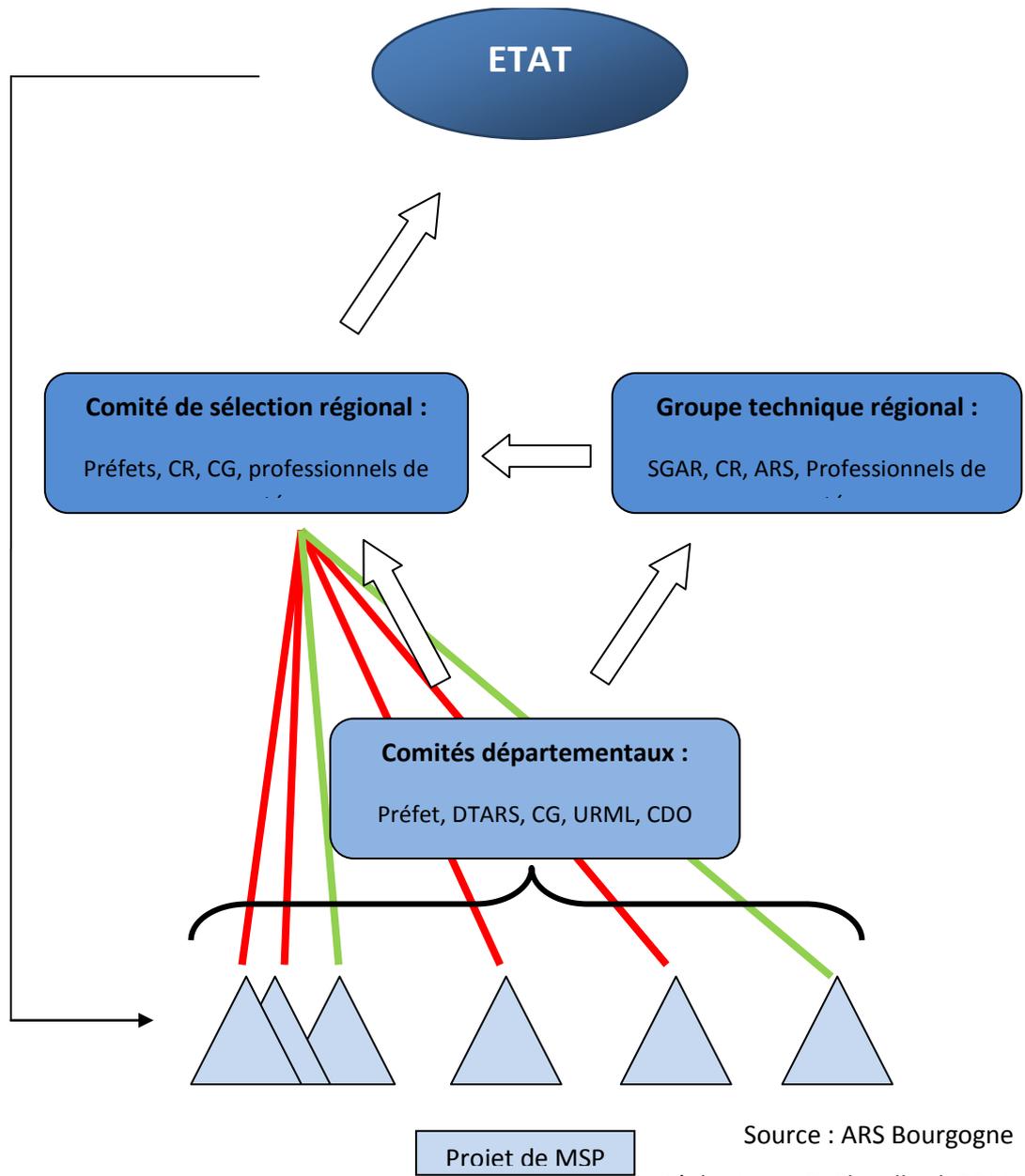
L'étude des dynamiques territoriales passe aussi par l'analyse des acteurs qui entrent en jeu et prennent les décisions qui auront un impact sur le territoire. Dans le cadre des maisons de santé de l'étude, nous nous intéresserons d'abord aux acteurs qui financent et ensuite à ceux qui portent le projet.

### **2.4.1 Récapitulatif des différentes échelles et acteurs mobilisés**

#### **2.4.1.1 Pour obtenir un financement**

Nous l'avons mentionné, il faut bien distinguer les deux types de financement qui concernent les maisons de santé que nous étudions. D'une part le financement de l'investissement, et d'autre part le financement du fonctionnement. La figure 25 présente les modalités de sélection des MSP qui souhaitent obtenir une aide à l'investissement de l'Etat.

Figure 25 - Schéma récapitulatif du mode de sélection des Maisons de santé nécessitant une aide à l'investissement de l'Etat



Les comités départementaux réunissent le Préfet, la DTARS, le Conseil général, et l'URML et les CDO. Ils dressent l'état des lieux des MSP et des projets en cours. Ils établissent également la programmation pour 2011-2012. Ils ont rôle d'accompagnement notamment dans l'aide à l'émergence des dossiers, ou l'accompagnement des promoteurs.

Le groupe technique régional est composé du SGAR, du Conseil régional, de l'ARS, et de professionnels de santé. Il est chargé du suivi des dossiers, et de la veille juridique et réglementaire. La composition de ce groupe technique prouve que la démarche d'implantation des MSP obéit aussi à une logique d'**aménagement du territoire**.

Le comité de sélection régional est coprésidé par préfet de région et la DGARS. Il associe les préfets, Conseil Régional, conseils généraux, et professionnels de santé. Il sélectionne les projets qui bénéficieront d'un financement de l'Etat pour l'investissement.

Les Conditions d'éligibilité aux financements sont de répondre au cahier des charges national des MS (donc d'avoir un projet de santé) et d'être dans un territoire où l'offre de soins nécessite d'être confortée.

#### **2.4.1.2 Dans les projets de MSP bourguignonnes**

Nous pouvons distinguer plusieurs types d'acteurs qui apparaissent dans la description des projets sur lesquels nous nous sommes penchés.

- Les acteurs à l'origine de l'impulsion du projet

Dans notre étude, ce sont en général les médecins, qui sont à l'origine du projet ou de la première réflexion. Cette restructuration est souvent due à une prise de conscience des professionnels des problèmes à venir. Soit en vue du départ d'un confrère à la retraite soit pour créer un cadre dans lequel les jeunes médecins voudront bien prendre la relève. Par exemple à Guillon la réflexion s'inscrit sur le long terme puisque les deux médecins implantés partiront à la retraite dans 12 ans. A la Clayette la situation est plus urgente puisque dans les 5 ans, trois médecins généralistes sur cinq.

- Les acteurs à l'origine de la décision : financement, choix du site, critères

Parmi les MSP, Moulins-Engilbert, Guillon et la Clayette sont sorties de terre, Clamecy est issue d'un ancien cabinet de médecin et Luzy a vu le projet se réaliser grâce à la disponibilité d'une aile d'un EHPAD. Lorsqu'il s'agit d'acheter un terrain et de construire un bâtiment les élus ont un rôle primordial. Le choix du lieu d'implantation revient en général à ceux qui achètent le terrain en concertation avec les professionnels. Ainsi, pour les maisons de santé de Moulins Engilbert, Guillon

les communes ou communautés de communes ont acheté le terrain, construit le bâtiment et en sont propriétaires. Les professionnels versent ensuite un loyer. Le choix précis du terrain ne fait pas l'objet de critères spécifiques, il s'agit en général de l'opportunité d'une parcelle disponible dans la commune. La proximité avec d'autres services n'est pas primordiale, comme le résume un médecin interrogé « c'est un petit pays, tout est proche ». La MSP de Luzy se trouve dans une aile de l'EHPAD rachetée par la communauté de commune qui loue ensuite les locaux.

- les acteurs à l'origine du financement

Nous les avons détaillés auparavant.

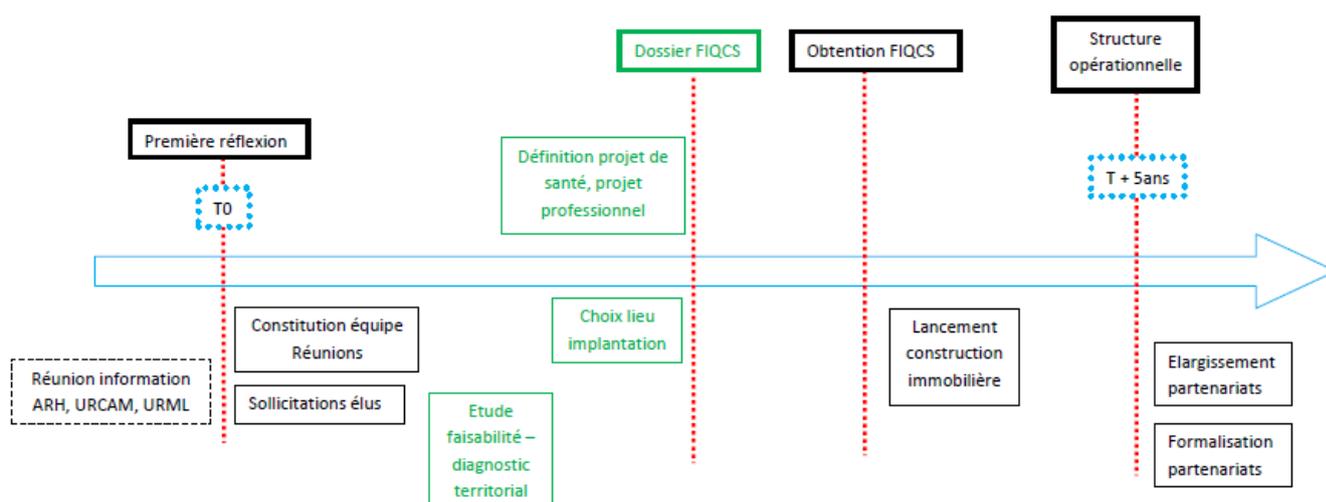
- Les acteurs qui assurent l'accompagnement ou le suivi des projets

L'ARS de Bourgogne suit chacune des MSP appartenant à l'évaluation des ENMR ainsi que celles bénéficiant du FIQCS grâce à des réunions et des rapports d'activité annuels. L'URPS de Bourgogne intervient lui sur l'accompagnement des professionnels.

## 2.4.2 Déroulement d'un projet nécessitant un financement FIQCS

Les informations récoltées dans les dossiers FIQCS et au cours des différents entretiens avec les référents de chaque MSP étudiées permettent de faire ressortir les différentes étapes clés du montage du projet. La figure 26 pourrait être une situation « typique » d'un montage de projet de MSP.

Figure 26- Schéma des différentes étapes possibles du montage d'un projet de MSP nécessitant un financement FIQCS



Réalisation : G. Chevillard, 2011

La date entre les premières réflexions et la date d'ouverture nous permet de qualifier le temps de réalisation du projet. Celui-ci est en moyenne de cinq ans. En général les structures ont ouvert leur porte en retard par rapport aux dates prévues dans le dossier FIQCS.

Interrogés sur les difficultés rencontrées au cours du montage du projet les professionnels insistent tous sur le temps important que prend le dossier FIQCS et le considèrent comme l'étape la plus longue. Une autre difficulté soulevée est celui du montage de l'équipe et du projet professionnel. En effet cette étape nécessite de nombreuses réunions et compromis entre professionnels. Cependant certains professionnels soulignent l'intérêt bénéfique de ces dossiers FIQCS qui les amènent à se poser de nouvelles questions et à définir un projet de santé plus pertinent.

Certains projets peuvent être amputés du fait de difficultés administratives. Un projet de MSP prévoyait au départ le regroupement de deux MG avec un troisième d'un département bourguignon voisin. Les professionnels se sont heurtés à un double obstacle : d'une part les professionnels ne se trouvaient pas dans le même département et d'autre part ils ne se trouvaient pas dans la même communauté de commune. Cette double barrière administrative alors que les communes sont distants de 15km ont empêché l'émergence d'un projet de santé cohérent avec la volonté des professionnels. Il peut être intéressant de se demander si les dossiers FICQS, de par leur nature, ne sont pas un obstacle à la création de projets de santé cohérents mais qui ne rentreraient pas dans les limites administratives et donc s'ils ne retomberaient pas dans les travers d'une rigidité administrative souvent soulignée par les chercheurs (Bourry, 2004 ; Coldefy, 2010 ; Vaillant, Rican, 2009), empêchant une adéquation entre des projets cohérents et leurs territoires.

### **2.4.3 Le rôle des acteurs dans la dynamique territoriale de l'offre de soins**

Nous avons vu que différents acteurs pouvaient être les moteurs de projets de MSP et donc moteur de dynamiques territoriales de l'offre de soins. Il est important de préciser que dans certains cas la dynamique territoriale de l'offre de soins peut être **fléchée**. Nous prendrons l'exemple de l'ARS qui a un rôle de régulateur. Par conséquent, elle devra choisir entre différents projets. L'impact de ses décisions (le financement ou non d'un projet de MSP), aura donc in fine un impact territorial sur l'offre de soins et sur d'éventuelles recompositions. S'attarder sur les impacts de la décision de financer telle ou telle structure pourrait aussi constituer un axe de recherche, nous reviendrons sur les questions que cela peut soulever.

### **2.4.4 L'émergence de nouveaux acteurs**

Nous sortons ici du cadre de l'étude pour attirer l'attention sur le fait que de nouveaux acteurs s'emparent des questions de démographie médicale. Ainsi, « La Mutualité sociale agricole (MSA) et le Crédit agricole annoncent la mise en place d'un partenariat en vue de promouvoir les maisons de

santé rurales. L'objectif affiché est de "renforcer la présence des professionnels de santé au cœur des territoires grâce à ces maisons de santé pluridisciplinaires aptes à maintenir une offre de soins de qualité". [...] L'accord de partenariat prévoit que la MSA apportera sa connaissance des maisons de santé et son appui logistique et technique, tandis que le Crédit agricole mettra sur pied des offres de financement adaptées à la création et au développement de ces structures. » (Localtis.info, 2010)

Les maisons de santé que nous étudions ne sont pas concernées par ce genre de projet puisqu'elles reçoivent un financement public. Cependant il peut être intéressant de voir les projets alternatifs qui sont proposés, puisque les sommes allouées aux maisons de santé par le gouvernement concernent 250 maisons de santé. Il semble évident donc que tous les projets ne seront pas retenus, mais que certains d'entre eux mériteraient de voir le jour. Ces nouveaux acteurs peuvent donc être des alliés de taille dans le but d'améliorer l'accès aux soins des populations.

Notre étude s'intéresse aux maisons de santé opérationnelles et qui ont obtenu un financement public. Il pourrait être pertinent au cours d'un projet de recherche se tourner vers les maisons de santé qui ne fonctionnent pas ou dont le projet n'ont pas pu se réaliser. Ceci permettrait entre autre d'identifier les différents freins à ces projets mais aussi d'éviter de financer des maisons de santé qui pourraient ressembler à des « coquilles vides ». De la même manière il serait intéressant d'étudier les maisons de santé privées dont le financement initial est à la charge des professionnels ou des structures privées. S'attarder sur leurs logiques d'implantations, la réussite ou non du projet, es actions locales de santé permettrait d'avoir une idée des différents cas de figures de maisons de santé. Ceci pourrait se formaliser sous la forme d'une typologie des maisons de santé.

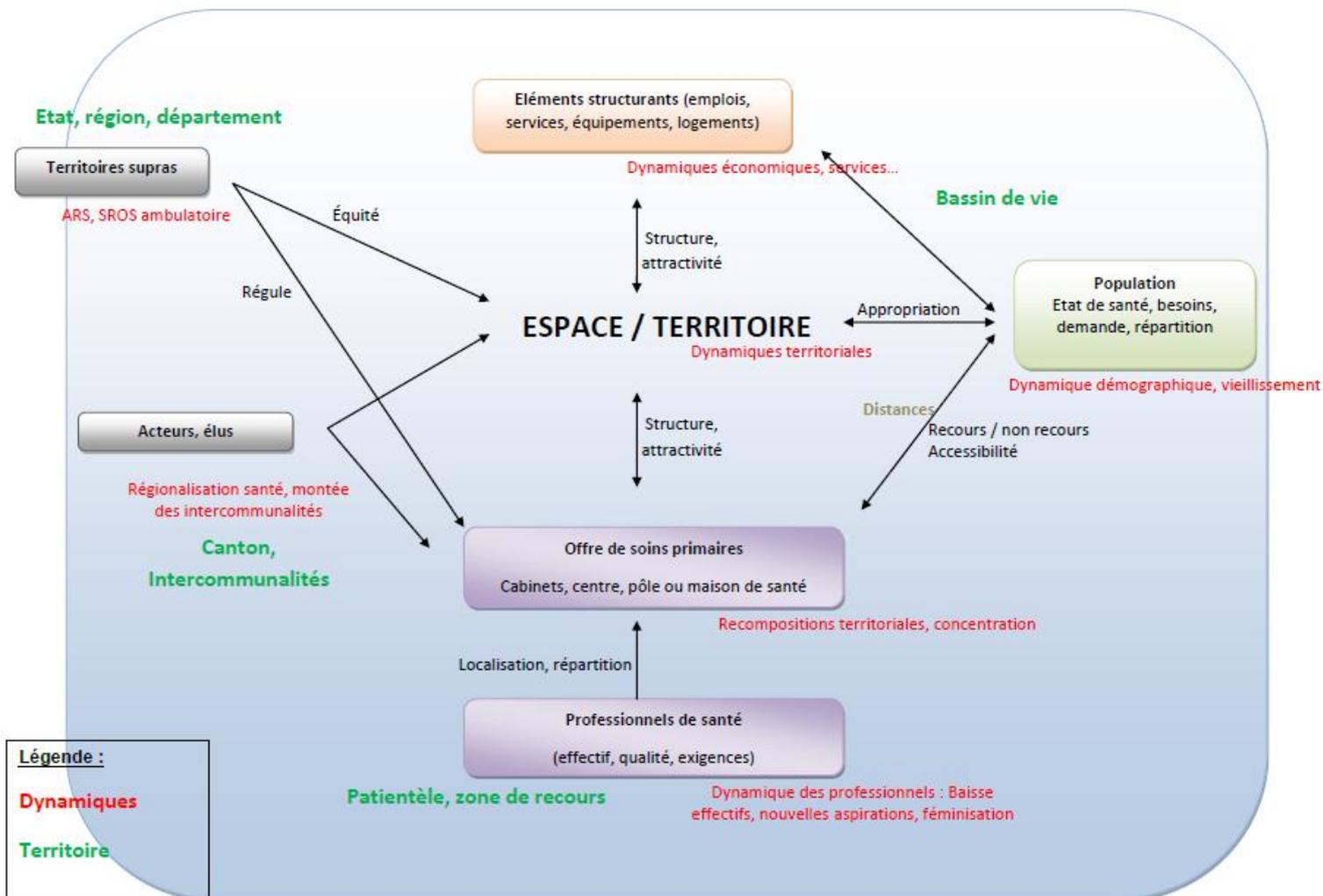


**3 Dans quelle mesure les maisons de santé participent-elles aux dynamiques territoriales ?**

La dynamique d'un territoire est l'ensemble des dynamiques qui le composent. Ces dynamiques peuvent être sociodémographiques, économiques, institutionnelles mais peuvent également concerner les professionnels de santé. Toutes s'inscrivent bien entendu dans une dimension temporelle que nous prenons en compte. La figure 27 résume ces différentes dynamiques territoriales qui nous intéressent et comment celles-ci s'articulent entre elles. Nous intéressons aussi bien aux éléments structurants du territoire (services, offre de soins, emplois) qu'aux acteurs, professionnels de santé et habitants. Les actions et dynamiques des uns ont des conséquences sur celles des autres, permettant au système territorial de s'équilibrer. Nous avons vu que l'étude des dynamiques territoriales pouvait faire ressortir certains déséquilibres. Dans cette partie nous allons essayer de voir comment le territoire évolue ou peut évoluer lorsqu'une de ses composantes est modifiée, ici l'offre de soins de premier recours.

Nous avons vu dans la première partie comment les éléments de l'offre de soins (hôpitaux, réseaux de santé, premiers recours) peuvent participer à la recomposition du territoire. Au cours de cette partie nous essayerons de voir dans quelle mesure les MSP participent à la dynamique des territoires. Pour cela nous verrons dans quelle mesure elles peuvent influencer sur l'accessibilité aux soins et dans quelle dynamique sanitaire elles s'inscrivent. Ensuite nous verrons comment elles peuvent avoir un impact sur le territoire, puis nous proposerons des modèles de dynamiques territoriales.

Figure 27 - Schéma récapitulatif des dynamiques territoriales pouvant être associées aux maisons de santé



Réalisation : G. Chevillard, 2011

## **3.1 Dans quelles mesures les MSP peuvent-elles jouer sur l'accessibilité aux soins ?**

### **3.1.1 En assurant une offre de soins pérenne**

Les MSP sont présentées souvent comme garantissant un accès pérenne aux soins. Ceci passe par deux points : ancrer l'offre de soins sur le territoire, et assurer un cadre d'exercice attractif pour les professionnels de santé. Nous allons étudier dans le détail comment cette pérennité peut se traduire.

#### **3.1.1.1 Ancrer l'offre de soins**

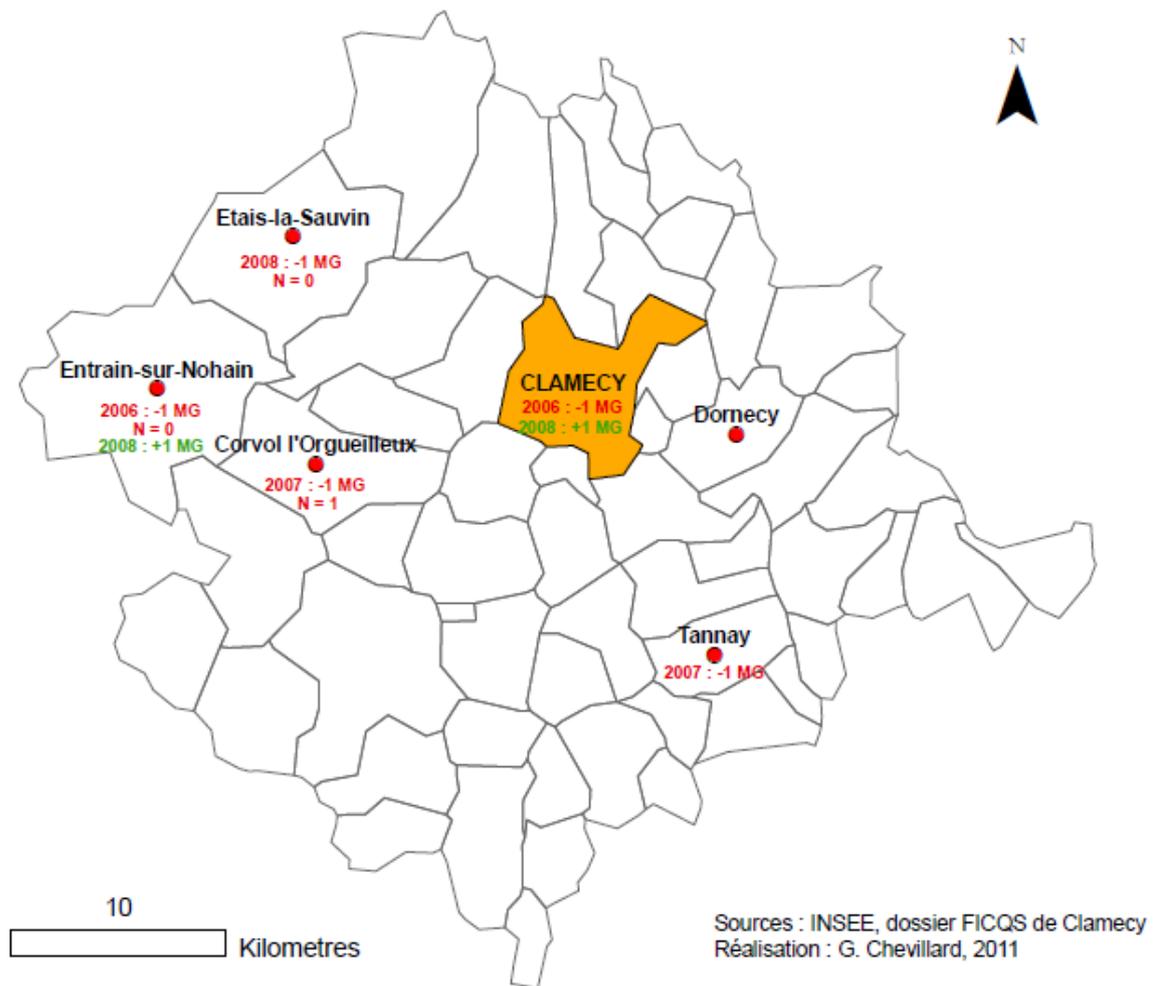
##### **3.1.1.1.1 Le lien entre dynamique territoriale de l'offre de soins et émergence des MSP**

Les MSP étudiées s'inscrivent toutes dans un contexte différent, cependant nous pouvons relever différents cas de figures qui apparaissent, et qui peuvent illustrer le lien entre la dynamique territoriale de l'offre de soins et l'émergence des MSP.

#### **Des MSP pour enrayer des dynamiques territoriales de l'offre de soins négatives...**

L'offre de soins du bassin de vie de Clamecy a connu des bouleversements depuis quelques années. Il illustre parfaitement le lien entre dynamique territoriale de l'offre de soins et émergence d'un projet de maison de santé. En effet, entre 2001 et 2008 le nombre de généralistes est passé de 18 à 13 pour le bassin de vie, et certaines des communes alentours se trouvaient alors sans médecins. Cette baisse des effectifs, comme cela est souligné dans le dossier FIQCS, conduisent à une augmentation de l'activité des généralistes de Clamecy. Il est également intéressant de noter que la maternité de Clamecy a fermé en 2008. Le réseau de santé Haut-Nivernais qui avait pour centre cette maternité reste cependant actif du fait de son histoire et son emprise territoriale. La figure 28 illustre la dynamique de l'offre de soins du bassin de vie de Clamecy, qui est en érosion depuis 2006.

Figure 28 - Dynamique territoriale de l'offre de soins de premier recours du bassin de vie de Clamecy entre 2006 et 2008



La commune de Luzy a également connu des restructurations de son offre de soins mais à l'échelle locale, et dans une dimension plus large. En effet depuis 1995 la commune a perdu une clinique chirurgicale (1995), un laboratoire d'analyse médicale (2002) et de deux généralistes (2002 et 2005) qui n'ont pas été remplacés. Cette commune connaît elle aussi une dynamique territoriale de l'offre de soins en déclin. Le projet de la MSP utilise cet historique et insiste sur le fait qu'il est important pour la commune de disposer « d'une structure attractive pour les jeunes praticiens ».

Moulins-Engilbert est également confronté à une dynamique de l'offre de soins négative. Ainsi depuis 2004, deux généralistes ont changé d'orientation, un kinésithérapeute est parti à la retraite et un dentiste est parti. Enfin sur les trois dentistes exerçant dans des communes alentours un est parti et deux allaient partir à la retraite avant le projet de MSP.

### **... ou pour anticiper les problèmes à venir**

Les maisons de santé de La Clayette et de Guillon ne sont pas dans des zones considérées comme déficitaires par les MRS. Cependant, ces MSP ont été construites en vue de se prémunir contre toute menace de pénurie locale de médecins généralistes.

#### **3.1.1.1.2 Etoffer l'offre de soins**

A Guillon la MSP a permis l'arrivée d'une IDE qui a comblé le déficit d'infirmiers dans le secteur. A Moulins-Engilbert la structure a permis l'installation de plusieurs dentistes qui viennent combler une offre déficiente qui dépasse le rayonnement habituel de Moulins-Engilbert. En effet les communes de Château Chinon, Chatillon en Bazois et Lornes ne disposent plus depuis peu de dentistes.

#### **3.1.1.2 Des structures attractives pour les professionnels**

Les maisons de santé sont présentées comme un cadre d'exercice attractif qui permet l'arrivée de nouveaux professionnels de santé. L'étude approfondie de nos cinq MSP tend à confirmer cette hypothèse.

Guillon est classé zone fragile en 2007 par la MRS. Deux médecins distants de sept km y interviennent. Le canton ne dispose plus d'infirmière depuis 2003, des professionnels viennent de l'extérieur pallier ce déficit. Des professionnels interviennent ponctuellement (kinésithérapeute, podologue). La MSP a rassemblé les deux généralistes et a permis l'installation à temps plein d'un généraliste supplémentaire, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute et d'une diététicienne. S'y ajoutent des interventions ponctuelles de psychologues et de podologues.

A Moulins Engilbert un couple de dentiste a adhéré au projet sous réserve que celui-ci aboutisse. La encore, la présence de ces deux professionnels est due à la création de la MSP. Un troisième dentiste les a rejoints pour la même raison.

A La Clayette, il s'agit de regrouper PS dans une nouvelle structure. Trois des cinq généralistes partiront à la retraite à l'horizon 2012, leur succession n'étant pas assurée il apparaissait important de se doter d'un outil attractif pour les jeunes professionnels de santé.

Depuis l'ouverture de la MSP de Clamecy, un médecin généraliste est venu s'ajouter aux 3 généralistes y exerçant déjà.

Enfin la MSP de Luzy offre aussi un certain cadre d'attractivité pour les professionnels. En effet un généraliste a récemment quitté la structure mais il aura fallu peu de temps pour lui trouver un

remplaçant : un médecin hollandais. Celui-ci étant intéressé par le cadre d'exercice. Il est intéressant de noter que les Hollandais constituent environ 10% de la patientèle locale selon le Dr Paponneau.

### **3.1.2 En offrant une accessibilité à des soins diversifiés**

Les maisons de santé s'inscrivent dans l'offre de soins de premier recours. Cependant elles peuvent permettre l'accès à certaines spécialités médicales et paramédicales comme nous allons le voir.

#### **Une médecine spécialisée**

Les maisons de santé de Moulins Engilbert et Luzy qui avaient souligné dans leur diagnostic territorial l'éloignement des spécialistes et certains besoins spécifiques de la population ont mis en place depuis leur ouverture, la tenue de consultations délocalisées de spécialistes pour y apporter des réponses. La MSP propose des locaux pour que des spécialistes effectuent des consultations. Ainsi à Moulins-Engilbert un angiologue, un cardiologue, un dermatologue, un diabète-endocrinologue et un rhumatologue effectuent des visites entre une fois toutes les trois semaines et une fois tous les deux mois. Le nombre de ces consultations a d'ailleurs augmenté entre 2009 et 2010. A Luzy, des consultations sont organisées avec un cardiologue, un gastroentérologue, un diabétologue entre une et deux fois par mois.

En comparant cette activité délocalisée de spécialistes aux lieux où ils exercent normalement, il apparaît que ces MSP permettent d'avoir une offre de soins qui n'existerait pas sans ce mode d'organisation. Par exemple, les dermatologues ne se trouvent jamais dans une commune rurale ou dans une commune dont l'unité urbaine est de rang 1 (Coldefy et al., 2011). Ces exemples de MSP illustrent des réponses concrètes à des projets de santé qui avait ciblé des besoins spécifiques aux populations et auxquels ils ont apporté une réponse.

#### **Une diversification de l'offre paramédicale avec majoritairement des pédicures, diététiciens et psychologues**

A ces spécialistes on peut ajouter la venue de spécialistes paramédicaux. Ainsi Luzy accueille deux ostéopathes à temps plein, une psychologue, une diététicienne et une psychothérapeute qui viennent entre une et deux fois par mois. Moulins-Engilbert accueille une diététicienne, un pédicure et une psychologue. La maison de santé des Cèdres accueille également une psychologue et une diététicienne. Enfin la MSP de Guillon accueille un cabinet secondaire de pédicure-podologue, et de psychologue, et un cabinet principal de diététiciennes.

### **3.1.3 En améliorant l'accessibilité physique**

#### **En distances d'accès ?**

Une des critiques les plus récurrentes concernent l'accessibilité physique des MSP. Le reproche leur est fait de concentrer l'offre de soins et d'assécher par conséquent l'offre de soins alentour et d'augmenter les distances pour les populations vivant dans les espaces reculés. Nous illustrerons les recompositions locales de l'offre de soins entraînées par les MSP dans une étude plus approfondie dans le dernier chapitre.

#### **D'un point de vue de la localisation, de la configuration**

Les maisons de santé de Luzy et Moulins-Engilbert se situent de plain-pied et disposent d'un parking et d'un parking pour personnes handicapées. Cependant il n'a pas de signalétique routière ou piétonne pour indiquer leur emplacement. Les MSP de Guillon et La Clayette qui sont neuves font référence dans leur dossier FIQCS à la construction d'un établissement de plein pied pour en faciliter l'accès, ainsi que d'un parking.

#### **Au niveau de la continuité et de la permanence des soins**

Les structures visitées présentent généralement la même accessibilité horaire, c'est-à-dire une amplitude horaire diurne de 12 heures. La maison de santé est ouverte de 8h à 20h en semaine et le samedi matin. Il n'a y a pas forcément beaucoup de différences avec les horaires des anciens cabinets médicaux. Cependant les MSP ont l'accueil généralement ouvert en continu, les patients ont donc constamment quelqu'un vers qui se tourner. Le changement est plus perceptible annuellement puisque ces structures sont ouvertes toute l'année.

Les MSP étudiées participent toutes à la permanence des soins, mais sans modifier le fonctionnement préexistant. Les secteurs de garde sont pour le moment les mêmes, mais sont en cours de redéfinition. Il sera intéressant de comparer les anciens secteurs de garde et les nouveaux et essayer de comprendre si les MSP ont participé à cette redéfinition.

### **3.1.4 Accessibilité financière**

Les généralistes de ces maisons de santé sont conventionnés secteur 1, ce qui ne devrait pas créer barrière financière supplémentaire. Cependant, l'accessibilité financière peut également être analysée en regard des CMUistes qui composent la patientèle de la MSP. L'IRDES a extrait des données sur la patientèle des sites vagues 1 de l'ENMR. Pour la Bourgogne, certains sites ont une patientèle dont la part de CMU est inférieure de 5 points à la zone témoin locale. Ces chiffres et les

questions qu'ils soulèvent sur un éventuel effet filtre des MSP ouvrent sur d'autres pistes de recherches envisageables au cours d'une thèse.

## 3.2 Dans quelle mesure les maisons de santé peuvent-elles potentiellement avoir un impact sur le territoire ?

### 3.2.1 Au niveau de l'attractivité du territoire

Il est difficile de quantifier l'attractivité territoriale. Nous avons dans la première partie les principaux indicateurs utilisés pour évaluer l'attractivité territoriale. Ici, nous sommes toujours confrontés au problème méthodologique du caractère récent des MSP qui ne nous permet pas forcément d'utiliser ces indicateurs d'attractivité territoriale. Nous pouvons cependant identifier les MSP comme un indicateur d'attractivité au travers des discours d'élus ou de gazettes communales ou cantonales. Les maisons de santé sont souvent synonymes d'un territoire attractif. En effet comme le souligne un élu, les nouveaux arrivants (en général des retraités) qui cherchent à s'installer en milieu rural demandent d'abord s'il y a un médecin dans le village. Les brochures de gazettes de la Clayette mettent ainsi en avant la MSP et illustre l'attente vis-à-vis de cette structure (figure 29).

Figure 29 - Extrait du journal local de La Clayette

VIE LOCALE. MAISON MÉDICALE 6

## LA MAISON MÉDICALE, L'OUTIL QUE LE RURAL ATTENDAIT

2002-2010. Huit années pour mener le projet à son but, cela nécessitait de la patience. De la pugnacité aussi : celle d'André Chassort, qui a porté le projet à bout de bras, secondé par toute l'équipe médicale et par les deux directeurs successifs, Paul Aubague et Yves Flaux.



Le député du Charolais-Brionnais, Jean-Marc Vuorens, la présidente de l'agence régionale de santé Cécile Courtyges, le conseiller régional Jacques Rebillard, les conseillers généraux Alain Gautheron et Marie-Christine Bignon, le maire de la Clayette, Hugues Godard, les élus du canton et les personnels de santé ont inauguré officiellement la maison médicale.

La bataille fut rude, avec dans les années 2005, quelques doutes sur l'issue du projet. Mais à chaque fois, il y avait quelqu'un pour ramasser le flambeau et relancer le dossier. André Chassort n'a jamais baissé les bras. Sa pugnacité, mais

aussi sa profonde connaissance du territoire rural et de ses besoins médicaux, ce qu'il dénonce depuis plus d'une décennie déjà, ont apporté de l'eau à son moulin. Hugues Godard n'a d'ailleurs pas manqué de comparer André à "un TGV qu'il est bien difficile d'arrêter".

L'établissement, baptisé "les châtres" en référence aux magnifiques arbres qui l'entourent, accueille trois médecins généralistes, quatre infirmières diplômées d'État, une diététicienne et un médecin assistant. Le docteur Ion, une jeune femme médecin venue de Roumanie "baptisée de diplômée et consciencieuse à l'extrême" précise André

Chassort. D'ici à 2012, lorsque la phase d'extension prévue sera réalisée, deux kinésithérapeutes (qui se sont déjà engagés sur le projet) et deux infirmières viendront compléter l'équipe.

Ce pôle médical d'excellence est avant tout un acte fort pour un territoire rural qui a connu, ces dernières années, plus de bas que de hauts et qui doit lutter pour éviter la désertification médicale. La maison médicale c'est aussi une façon très concrète de se préparer aux grandes réformes hospitalières qui s'annoncent d'ici à deux ans. Et pour ça, La Clayette sera prête.

**la maison médicale... pratique**

La maison des Châtres est ouverte :  
Tél. : 03 85 24 26 00

> DU LUNDI AU VENDREDI 8:00 – 18:00

> SAMEDI 9:00 – 12:00  
sur rendez-vous

> EN CAS D'URGENCE & FERMETURE  
compétences 16 15

**Le cabinet infirmier est animé par**

>> Marine Louzin >> Marie-Agnès James-Dury  
>> Sandrine Dubois >> Elvire Fuzier

**Les médecins présents**

>>> Docteur Giraud >>> Docteur Machet  
>>> Docteur Ion >>> Docteur Chassort

Pour évaluer l'importance de ces structures en terme d'attractivité territoriale, nous l'avons vu dans la première partie, il faudrait aussi par exemple disposer de données extérieures qui traitent d'un

territoire donné (communauté d'agglomérations, pays, département, région...) et analyser comment sont présentées les MSP, ou peut être plus généralement l'accès aux soins en milieu rural. Des projets de pays, des brochures de tourisme, des journaux locaux, des schémas régionaux d'aménagement du territoire peuvent être des sources mobilisables. Enfin des entretiens avec des nouveaux habitants sur leur choix de communes, de cadre de vie pourraient aussi être une source de données.

### **3.2.2 Les MSP créent-elles de nouvelles centralités ?**

#### **3.2.2.1 Les logiques d'implantation des MSP**

**L'implantation des MSP renforcent les centralités institutionnelles existantes et le statut de pôle acquis par les bourgs des bassins de vie**

Les MSP étudiées ont toutes pour point commun de s'implanter dans le **chef lieu du canton** qui les concerne. Cependant nous l'avons vu leur bassin de patientèle dépasse en général le canton. Les communes de Clamecy, Luzy, Moulins-Engilbert et La Clayette sont toutes le **pôle attractif de leurs bassins de vie** respectifs. Dans ces cas de figures, l'implantation de la MSP vient donc renforcer leur rôle polarisant.

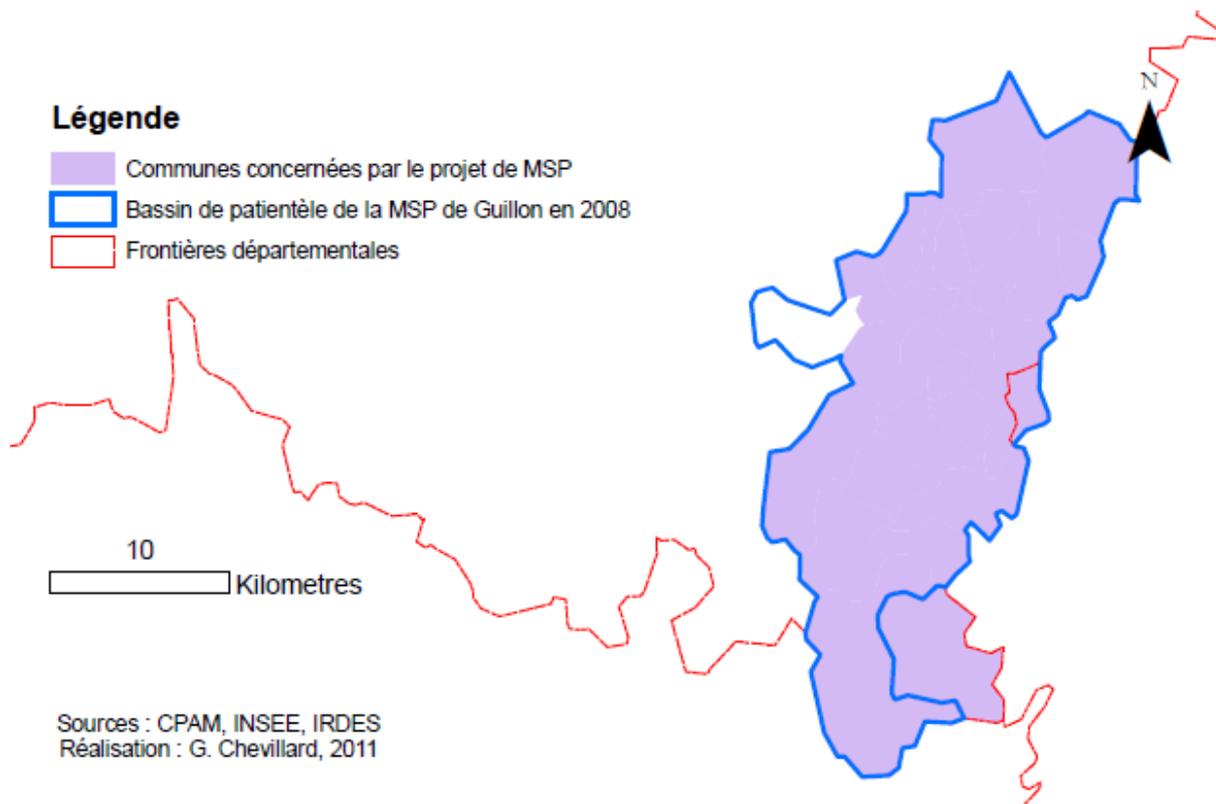
La commune de Guillon appartient au bassin de vie d'Avallon. L'implantation de la MSP ne s'inscrit donc pas dans une logique de renforcement du pôle structurant du bassin de vie.

Les MSP renforcent l'offre de soins existante et ne créent donc pas forcément des nouveaux points d'offre. Comme pour les services publics que nous avons vus dans l'état de l'art, les localisations restent corrélées à la hiérarchie urbaine.

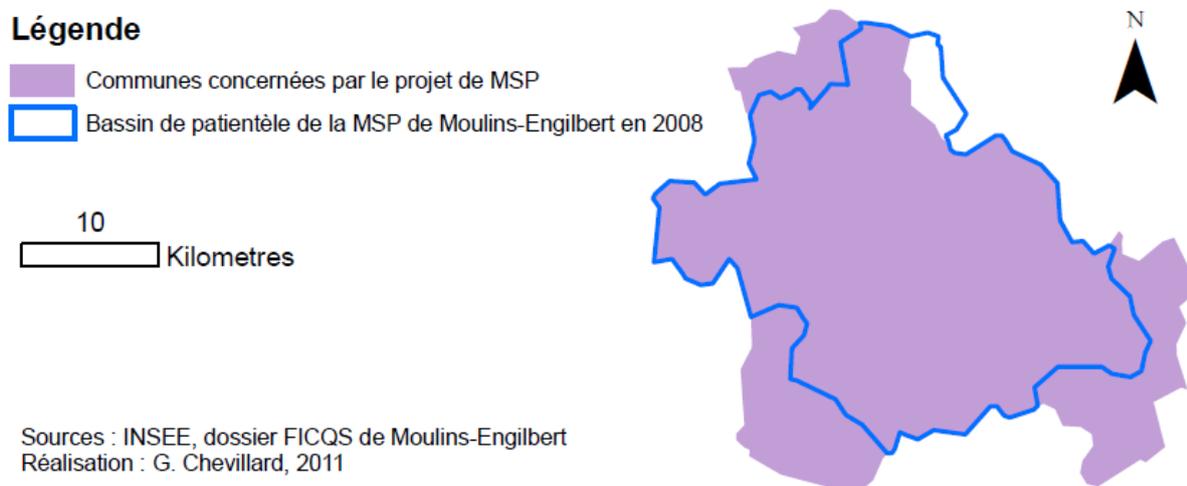
#### **3.2.2.2 Les flux de patientèle concordent ils avec les territoires de projet ?**

Pour les MSP de Guillon et Moulins-Engilbert les flux de patientèle sont disponibles pour l'année 2008. Nous proposons de comparer ces flux avec les territoires de projets définis dans les dossiers FICQS (figure 30 et 31) pour évaluer leur concordance et en tirer quelques enseignements.

**Figure 30 - comparaison des communes concernées par le projet de MSP de Guillon avec le bassin de patientèle de la MSP en 2008**



**Figure 31 - Comparaison des communes concernées par le projet de MSP de Moulins-Engilbert avec le bassin de patientèle de la MSP en 2008**



Les communes concernées par le projet de MSP listées dans le dossier FICQS concordent relativement bien avec le bassin de patientèle de la MSP en 2008. C'est surtout vrai pour Guillon où sur les 28 communes du projet, 27 concordent (96%) avec la patientèle de 2008. Pour Moulins-Engilbert le territoire de projet dépasse celui du bassin de patientèle de la MSP. Sur les 21 communes

concernées, 13 correspondent au bassin de patientèle (62%). Ces deux cas de figures illustrent aussi l'intérêt de confronter les territoires de projets avec les territoires des MSP.

Généraliser cette approche pourrait permettre d'évaluer la cohérence du projet entre l'idée de départ et ce que le projet devient. Cela permettrait aussi d'évaluer l'impact de la MSP en termes de notoriété ou à l'inverse de voir si le territoire ne se rétrécit pas du fait de raisons à explorer (refus de soins, perte de l'image de médecin de campagne etc...).

### **3.2.2.3 Recomposition à moyen terme des flux de patientèle**

Il est envisageable d'étudier les recompositions de flux de patientèle à moyen terme. En effet, l'IRDES disposera des données sur les flux de patientèle de chaque MSP pour la période 2008-2012. Cette étude permettrait de faire ressortir les reconfigurations spatiales entraînées par les MSP, de voir l'emprise des flux et leurs évolutions mais aussi de tester l'hypothèse d'un effet de notoriété des MSP qui pourrait se traduire par un bassin de patientèle qui s'agrandit. Les données sur le nombre de patients permettraient aussi d'illustrer ces thématiques.

### **3.2.2.4 Comparer la composition des flux avec les caractéristiques de la population du territoire**

Il s'agirait de comparer les compositions de la patientèle avec la composition du territoire de la MSP (démographie, âge, sexe, CMU etc...). Cet axe de recherche est envisageable et viserait à tester l'hypothèse d'un effet barrière des MSP pour certaines catégories de population.

## **3.2.3 Les recompositions territoriales de l'offre de soins de premier recours liées à l'implantation des MSP**

### **3.2.3.1 Résumé des différentes recompositions possibles**

#### **Selon la création de la structure :**

Nous l'avons vu lors de la description des MSP, nous observons deux cas de figures : les maisons de santé « ex-nihilo » (Guillon, Moulins-Engilbert, La Clayette) et celles qui s'appuient sur une structure médicale préexistante (Luzy, Clamecy).

Ensuite nous distinguons les MSP « isolées » (Moulins-Engilbert, Clamecy, Guillon) et celles qui suivent une logique de colocalisation avec une structure sanitaire (Luzy, La Clayette).

## Selon le regroupement géographique des professionnels

On peut maintenant distinguer les recompositions territoriales selon l'impact qu'elles ont au niveau territorial.

- Structures qui regroupent les professionnels de plusieurs communes

La MSP de Guillon constitue le seul exemple pour lequel les médecins généralistes qui se sont regroupés avaient leurs cabinets dans des communes différentes. L'objectif était de « regrouper les professionnels du canton dans un même lieu ». L'ouverture de cette MSP a donc entraîné la fermeture d'un cabinet dans la commune de Cussy-les-Forges, distante de 7km. Il serait par ailleurs intéressant de comparer les flux de patientèle des deux cabinets avant le regroupement pour voir si la création de la MSP a eu tendance à regrouper ces flux ou à en créer des nouveaux. Pour des raisons techniques, ne disposant pas des données de patientèle des deux cabinets, nous ne pouvons explorer cette piste.

- Structures qui regroupent les professionnels d'une même commune

Parmi elles on se doit de distinguer celles en situation de monopôle de celles qui ne le sont pas. Les maisons de santé de La Clayette de Moulins-Engilbert avaient pour vocation au départ de regrouper les professionnels de santé de la commune en un lieu unique. Pour Moulins-Engilbert ce fut le cas, mais un des deux médecins est retourné dans son ancien cabinet. Le projet de La Clayette a pour vocation de regrouper tous les professionnels de santé de la commune dans un lieu géographique unique. Ceci sera effectif lors de l'extension de la MSP en 2012 et lorsque les derniers généralistes exerçant dans la commune seront à la retraite (2013). Les MSP de Luzy et Clamecy sont des structures qui n'avaient pas vocation à regrouper tous les professionnels de santé de premier recours de la commune dans un même lieu. Ainsi la MSP de Clamecy qui regroupe quatre généralistes et cinq infirmières, ne regroupe pas les autres praticiens de la commune : un généraliste, deux dentistes, deux orthophonistes et un kinésithérapeute. A Luzy, deux généralistes et un dentiste exercent en dehors du cadre de la MSP. Dans nos exemples, seule la MSP de Guillon se trouve en position de « monopôle » d'offre de soins de premier recours dans sa commune.

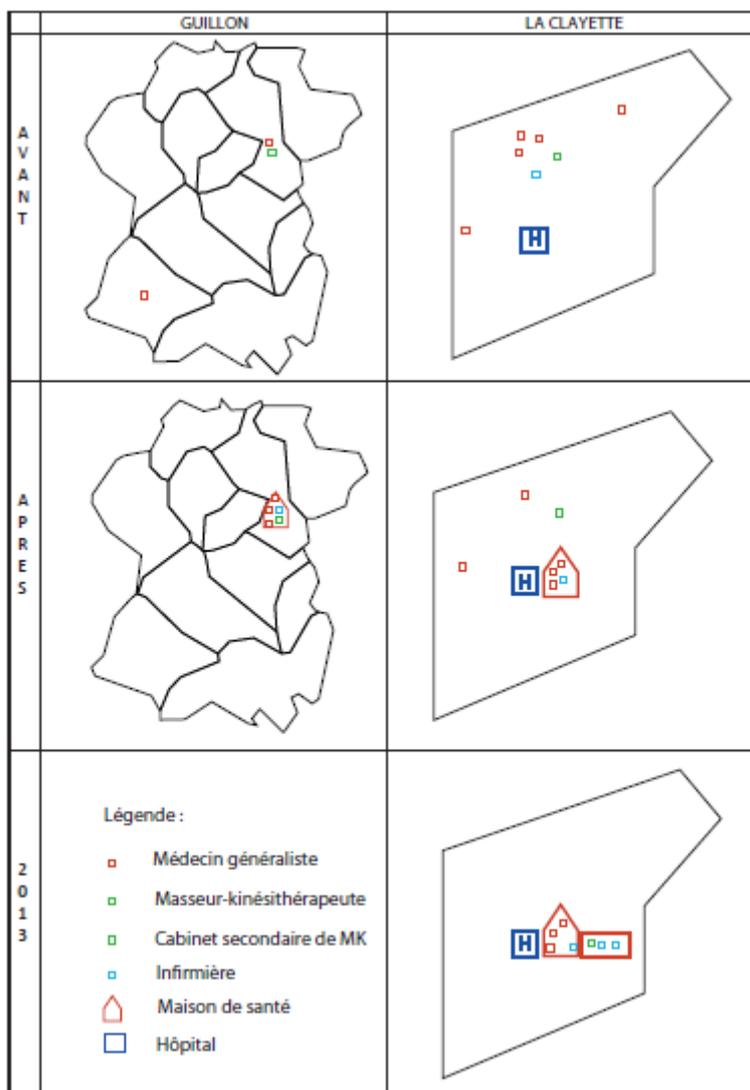
La nature des recompositions étudiées a plusieurs dimensions. Cela peut être la création d'un nouveau point d'offre, une logique de colocalisation avec une offre existante, ou encore la concentration de l'offre à différents niveaux géographiques. Enfin il existe des recompositions qui ne sont pas spatiales comme le regroupement de professionnels de disciplines différentes (concentration horizontale) ou le regroupement de professionnels de la même discipline (concentration verticale)

### 3.2.3.2 Proposition d'un schéma de deux modèles de recomposition territoriale de l'offre de soins

Pour illustrer la partie des re compositions territoriales de l'offre de soins induites par les MSP, nous proposons de schématiser deux cas de figures qui peuvent illustrer l'impact de l'implantation de MSP et des re compositions qu'elle entraîne sur l'accessibilité aux soins. Le but de ces modèles est d'apporter des précisions sur une critique récurrente concernant les MSP selon laquelle elles assécheraient l'offre de soins alentour.

Nous avons retenu un modèle de **concentration des professionnels de la même commune** dans le cas de La Clayette, puis un modèle de concentration des professionnels **de plusieurs communes** à Guillon (figure 32).

Figure 32 - Schéma de re compositions locales de l'offre de soins dues aux MSP



Réalisation : G. Chevillard, 2011

Le cas de Guillon est unique nous l'avons dit. Il entraîne la fermeture d'un cabinet dans une commune distante de sept km de la nouvelle MSP. Cela veut dire que les 328 habitants de Cussy-les-Forges devront faire sept km de plus pour se rendre chez le médecin. On peut donc mesurer concrètement l'augmentation de la distance d'accès à un généraliste dans ce cas de figure. Cependant il convient de nuancer ces résultats. En effet la MSP a permis l'implantation d'un nouveau médecin, d'un kinésithérapeute à temps plein et d'une infirmière. Cet élargissement de l'offre pourrait donc compenser en partie le surplus de déplacement. Ensuite il s'avère qu'en milieu rural, les visites à domicile des généralistes constituent une part non négligeable de leur temps de travail et se retrouver dans une place centrale qui concentre plus de population pourrait diminuer le temps passé sur les routes. Enfin ce cas de figure ne concerne qu'une seule des cinq maisons de santé étudiées. Nous proposons de chiffrer ce changement en distance d'accès avant et après la MSP. Nous partons de l'hypothèse que les habitants du canton se rendent dans l'offre de soins disponible dans le canton : donc Cussy-les-Forges et Guillon avant l'implantation de la MSP, puis à Guillon ensuite. Cette hypothèse exclut donc le recours à une offre alternative pouvant être plus proche. Ainsi, la distance moyenne pondérée pour se rendre à un généraliste était de 6.7 minutes pour les habitants du canton avant la MSP. Après, les habitants parcourent en moyenne 9.3 minutes pour accéder au généraliste. Dans cette configuration on observerait donc une augmentation de la distance d'accès non négligeable suite au regroupement des professionnels dans un lieu unique.

A La Clayette, le projet regroupera à terme l'offre de soins de la commune en un lieu unique. Cette recomposition de l'offre de soins sous forme de concentration en un lieu unique, comme on la retrouve à Moulins-Engilbert, ne change les distances d'accès qu'au niveau local, c'est-à-dire infra communal. Les patients qui habitent dans la ville n'auront donc pas forcément de grands changements pour se rendre chez leurs médecins (sauf cas particulier). On peut également considérer qu'il n'y aura pas de changement dans l'accessibilité pour les patients qui habitent dans les communes voisines, puisque ceux-ci devaient quoiqu'il arrive se déplacer à La Clayette pour y recevoir des soins. Dans ce cas de figure, il serait faux de dire que les maisons de santé assèchent l'offre de soins alentour ou augmentent les distances d'accès.

Les modèles proposés concernent l'étude de cinq MSP en Bourgogne. Nous ne pouvons donc en tirer une règle générale, il s'agit uniquement de propositions pour comprendre quelles formes les recompositions territoriales peuvent prendre et comment cela peut jouer sur l'accessibilité aux soins. Il serait intéressant au cours d'un projet de recherche plus approfondie, sur les toutes les MSP participant à l'évaluation des ENMR, de dresser un tableau des différentes recompositions possibles pour confirmer ou enrichir ces pistes de réflexion.

Nous pourrions interroger ces modèles par rapport à d'autres modèles, pour mettre en évidence des spécificités locales (Schoumaker) et essayer d'en dégager les enjeux. Nous pourrions nous inspirer des travaux de Fleuret sur les impacts des hôpitaux ou des logiques de restructuration des services publics. Comparer avec les hôpitaux nous permettrait de voir l'emprise territoriale des recompositions, et pour les services publics il s'agira de voir si cela suit des modèles connus (restructuration des services de proximité comme la poste). Ces réflexions n'ont pas pu être creusées dans ce travail mais n'en demeurent pas moins des sujets possibles à traiter et à creuser au cours d'un travail de recherche.

Enfin ces deux cas de figures posent la question de savoir s'il vaut mieux privilégier une offre de soins proche ou une offre de soins plus éloignée mais plus nombreuse. Cette étude ne propose que deux configurations qui éclairent ce dilemme proximité versus quantité, cependant une étude généralisée permettrait de chiffrer et d'illustrer l'impact des recompositions territoriales en termes d'accessibilité et de pérennité des soins.

Une autre manière d'analyser ces recompositions serait de les spatialiser. En effet si l'on prend le cas de Guillon ou les médecins de deux communes se sont regroupés, on observe un changement de l'offre de soins au niveau local. Mais si on change d'échelle (canton, intercommunalité), l'offre est la même. Ainsi au niveau local les conditions d'accessibilité changent, mais à une autre échelle la quantité d'offre est inchangée. Cette réflexion pose la question de l'échelon pertinent pour cadrer l'offre de soins de premiers recours et analyser les territoires. Nous allons développer cette question de manière plus détaillée dans la partie suivante.

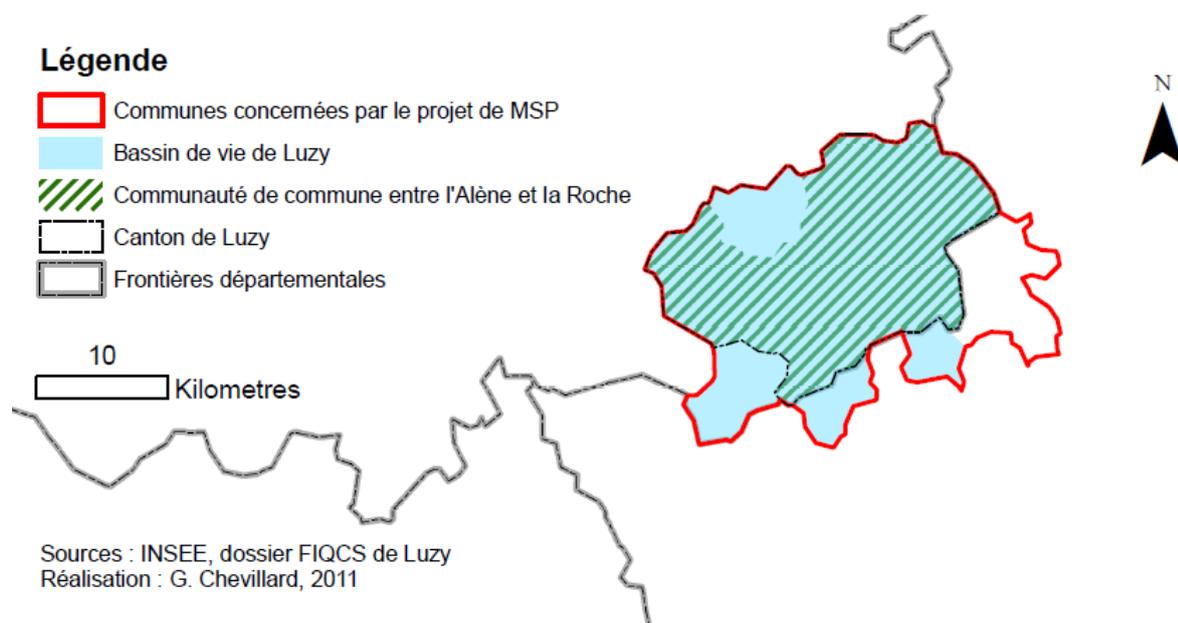
### **3.3 En participant à la réflexion sur la définition de territoires de soins primaires**

Nous l'avons vu les MSP se trouvent à l'intersection de plusieurs territoires que nous avons pu détaillés au cours de ce travail. D'abord le territoire du projet défini dans le dossier FICQS, ensuite le territoire des acteurs et des décideurs qui se superpose au précédent, puis les territoires de vie, et enfin les territoires qui sont dessinés par les MSP.

Confronter ces territoires sus-évoqués permettra de montrer, à partir des quelques exemples bourguignons, l'intérêt d'une recherche sur la définition de territoires de soins de premier recours.

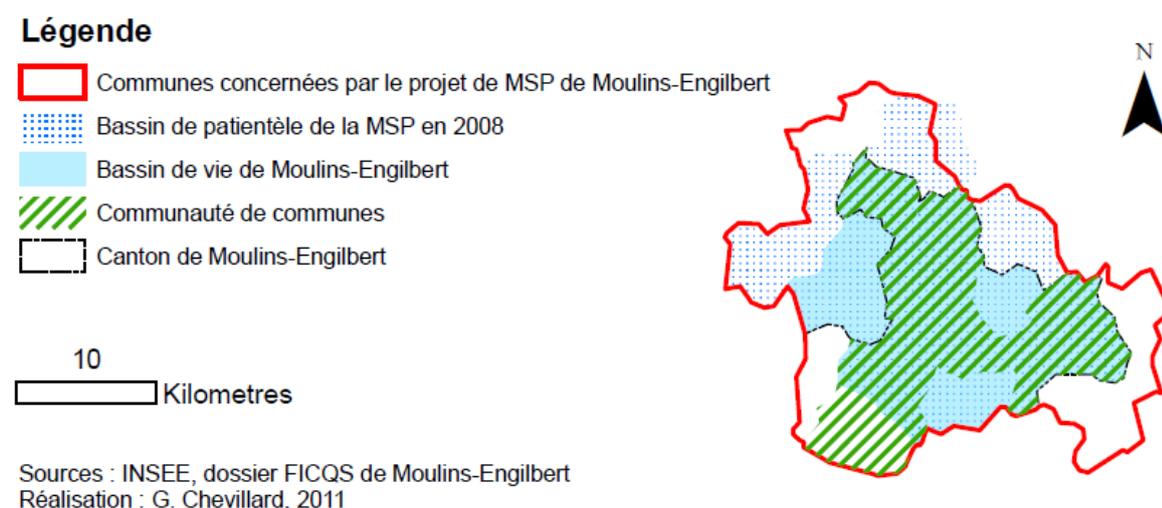
Les figures 33, 34 et 35 présentent les différents zonages concernés par les MSP de Luzy, Moulins-Engilbert et Guillon.

Figure 33 - Zonages concernés par le projet de MSP de Luzu



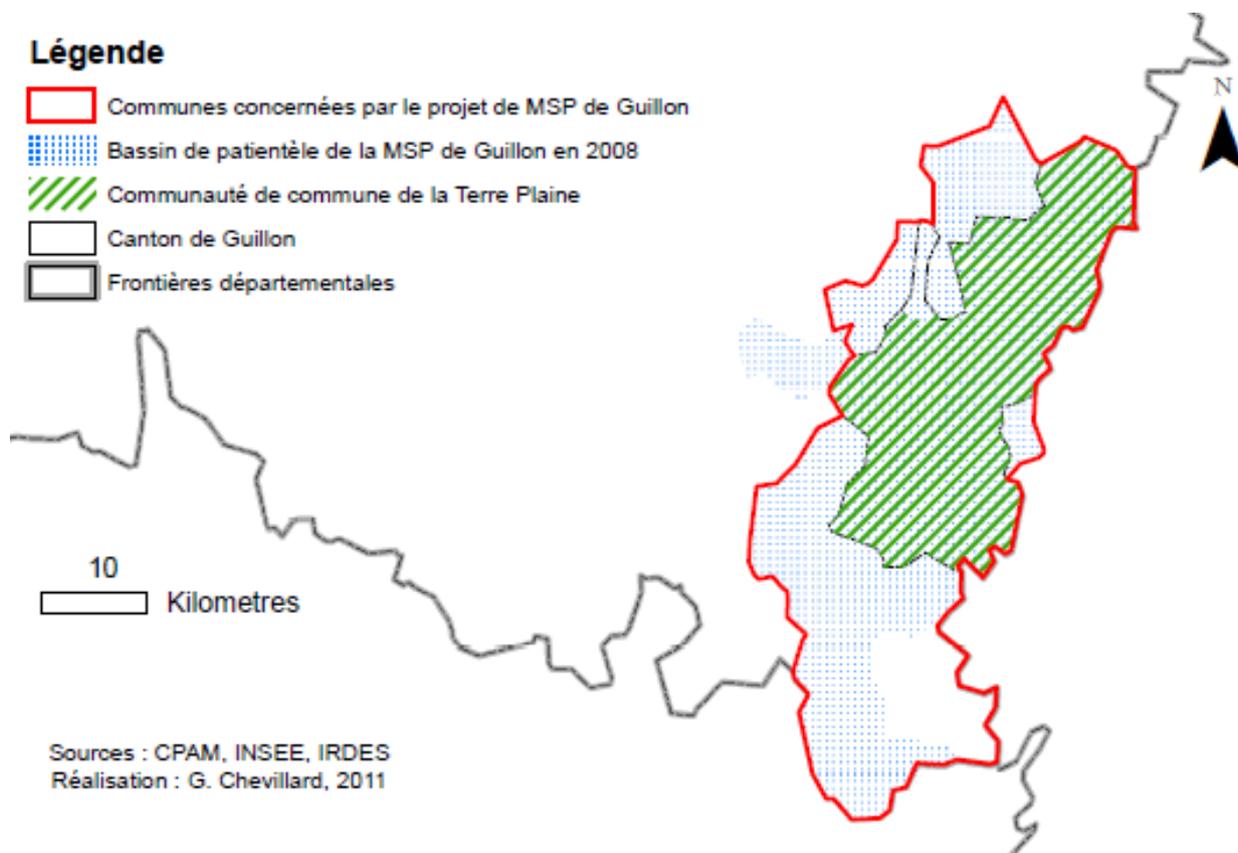
Luzy a une position particulière puisque la commune se trouve dans la Nièvre mais son bassin de vie s'étend dans le département de la Saône et Loire, sa patientèle également. Les limites administratives ont donc ici peu de sens pour définir le projet de MSP, et cela a été pris en compte dans le territoire de projet. L'échelon de la communauté de commune ou du canton qui font fi des flux inter départements semblent, dans ce cas de figure, inadaptés. Le bassin de vie qui se rapproche plus du territoire drainé par la MSP semble plus pertinent. Cependant la communauté d'agglomération entre l'Alène et de la Roche est, rappelons le, propriétaire du bâtiment et le loue aux professionnels.

Figure 34 - Zonages concernés par le projet de MSP de Moulins-Engilbert



Moulins-Engilbert se trouve à une demi-heure de Luzy en remontant dans le Morvan. La commune de Moulins-Engilbert est propriétaire des locaux et les loue aux professionnels. Les communes concernées par le projet semblent concorder avec peu de zonages, aussi bien administratifs que des territoires vécus. Mais la encore le bassin de vie se rapproche plus du territoire de projet (qui ici au correspond à la zone d'intervention des généralistes), que du territoire du canton ou de la communauté d'agglomération.

**Figure 35 - Zonages concernés par le projet de MSP de Guillon**



Guillon se trouve également dans une position d'interface, à la limite entre l'Yonne et la Côte d'Or. De plus il appartient à un bassin de vie plus vaste qui est celui d'Avallon. Nous avons vu que les territoires du projet correspondaient bien avec les flux drainés par la MSP en 2008. Ici le territoire de projet dépasse largement les territoires institutionnels que sont le canton ou la communauté de communes. Là aussi ces découpages ont une emprise territoriale inférieure à celle du territoire de la MSP ou du territoire de projet. C'est la communauté de communes de Terre Plaine qui est propriétaire des locaux.

Les autres cas de figures de Clamecy et La Clayette ont un projet qui fait uniquement référence au canton. Nous ne disposons pas des données de flux de ces deux MSP mais les comparer par la suite avec les cantons permettrait d'apprécier l'intérêt de ce découpage et sa cohérence avec la réalité des flux de patients.

L'analyse des zonages ayant attiré aux cinq maisons de santé de l'étude fait ressortir que le territoire de projet, défini à partir de la patientèle avant le regroupement des généralistes, montre une plus grande cohérence avec les bassins de vie qu'avec les territoires administratifs que sont le canton ou la communauté de commune. Cependant ceci ne veut pas pour autant dire qu'il s'agit du bon échelon territorial. En effet, dans la plupart des cas les communautés de communes sont propriétaires des locaux et interviennent donc de manière concrète dans le projet. Ainsi on peut se demander si les territoires de soins primaires doivent être guidés par une logique de cohérence territoriale et donc recouper des territoires existants et ayant des compétences, comme la communauté de commune. Ou alors si ces territoires doivent plus être construits selon des logiques structurantes, qui prendraient en compte les flux de population (bassin de vie, zone de recours...).

L'élargissement de cet axe de recherche à un nombre plus important de MSP permettrait d'alimenter la réflexion sur la définition de territoires de soins primaires, par exemple en illustrant les recompositions de l'offre de soins de premiers recours.

### **Création de nouveaux territoires**

Les MSP permettent-elles la création de nouveaux territoires suite à différents partenariats qu'elles peuvent mettre en place ? Nous avons pu analyser cette dimension uniquement au travers de la participation à des réseaux de santé. Seule la MSP de Guillon fait participer à des réseaux de santé ses patients depuis son ouverture, apportant une plus value par rapport à la situation antérieure. Dans les MSP de Clamecy et Luzy les réseaux avaient déjà des partenariats avec les professionnels, et donc la population en bénéficiait déjà. Les MSP de la Clayette et de Moulins-Engilbert n'ont pas de partenariats extérieurs avec des réseaux de santé. Il semble que cette variable soit peu concluante quant à la question posée. Il faudrait s'intéresser à d'autres indicateurs pour évaluer la création de nouveaux territoires.

## **3.4 Les externalités liées aux MSP**

Toutes les MSP de l'étude appartiennent à la Fédération des maisons et des groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB), créée le 1<sup>er</sup> août 2009. Cette fédération présidée par le Dr Serin est l'antenne régionale de la FFMPs, qui date de 2006. La moitié des MSP bourguignonnes sont représentées à la FEMAGISB. Des réunions ont lieu deux fois par an auxquelles s'ajoutent des conférences téléphoniques.

La FEMAGISB a pour objectif de créer du lien entre les MSP (partage d'expériences, formation, conseils), d'incarner un interlocuteur privilégié pour l'ARS et force de proposition. Enfin, elle

contribue à la visibilité des maisons de santé. Elle œuvre également dans le sens d'une meilleure complémentarité entre les MSP. Elle met en place des actions visant à organiser des formations (coordinatrice MSP, aux généralistes en voie de regroupement, aux généralistes déjà regroupés). Elle assure un rôle de conseil et d'aide auprès des professionnels ou élus voulant monter un projet. Enfin, elle vient de mettre en place récemment des protocoles pluri professionnels.

Pour compléter l'étude des recompositions territoriales liées aux MSP il serait pertinent de questionner la présence d'externalités consécutives à l'implantation de la MSP. La médicométrie pourrait permettre d'évaluer leur impact économique, l'étude de leur lieu d'implantation précis permettrait de voir si elles permettent l'arrivée d'autres services généraux ou spécifiques en rapport avec la santé (laboratoires d'analyse, pharmacies, SSIAD etc.).

### **3.5 Proposition de modèles de dynamiques territoriales dans lesquels les MSP pourraient s'inscrire**

Plusieurs interprétations de l'arrivée d'une maison de santé sur un territoire sont possibles, nous en proposons trois (figure 36). Cependant, ils ne constituent pas pour autant une liste exhaustive. Le deuxième chapitre de cette étude sur le **contexte territorial** des MSP nous aide à définir ces cas de figures ainsi que la partie sur les **dynamiques de l'offre de soins**.

La MSP peut s'implanter sur un territoire en déclin, dont l'offre de soins dépérit depuis plusieurs années et dont la présence d'autres services ou emplois recule. La MSP peut être alors assimilable à un pansement qui vient stopper l'hémorragie. Pour autant, la viabilité du territoire ne pourrait reposer sur une simple MSP, mais cette dernière apporte des conditions d'attractivité pour la population et les professionnels de santé.

La MSP peut ensuite s'implanter sur un territoire plutôt dynamique et en sera le reflet. La MSP semble dans ce cas s'inscrire dans une logique de développement de la ville et son bassin, comme une étape dans sa croissance pour fixer et viabiliser l'offre de soins.

Enfin la MSP peut s'inscrire dans un territoire plutôt « statique ». Le territoire n'est pas en déclin, ni marqué d'une dynamique poussée. Cela serait le cas des bassins de vie ruraux qui gagnent en population mais qui restent éloignés des villes et des services spécialisés. La MSP apporte ici, comme pour le territoire dynamique, une offre de soins viable sur le territoire. Il est intéressant de noter que lorsque la dynamique démographique n'est pas suivi par une dynamique de l'offre de soins qui s'y adapterait, cela peut laisser augurer des problèmes quant à la réponse des demandes de soins

futures.

### **Des zones charnières, des espaces intermédiaires ou des marges ?**

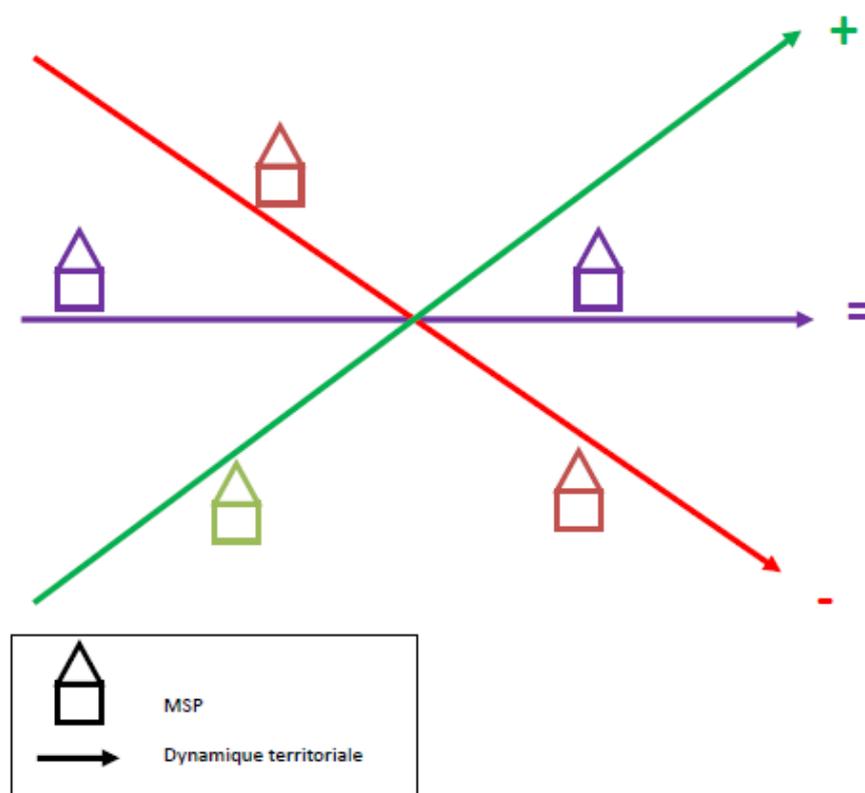
La revue de la littérature présentée dans la première partie nous a permis de mobiliser les concepts d'espace intermédiaire, de zones charnières ou encore de marges. Au cours de notre étude les MSP nous ont servi d'observatoire pour analyser comment le territoire évolue, s'articule selon plusieurs dynamiques. Un des objectifs de ce travail est de qualifier l'environnement dans lequel s'insère les MSP, ce que nous avons fait avec la typologie notamment ou encore avec les monographies des communes où sont implantées les MSP. Nous proposons ici de changer d'échelle et de confronter les territoires dans lesquels se trouvent les MSP par rapport à ces concepts.

Le concept de zone charnière peut être intéressant et semble concordant avec les territoires que nous étudions sur plusieurs points. On peut se demander si les MSP ne sont pas le reflet de zones charnières. Les zones charnières constituent des « zones d'interface entre plusieurs territoires, suffisamment spécifiques et structurés pour infléchir durablement les dynamiques de développement des territoires auxquelles elles sont rattachées » (Lardon, Piveteau, 2005). Le parallèle avec les territoires des MSP que nous avons étudiés peut être intéressant. Dans ce contexte, elles viennent ancrer une nouvelle offre de soins de premiers recours pour justement infléchir la dynamique en cours (généralement négative ou fragile). C'est donc le caractère structurant de la réponse proposée par les maisons de santé qui peut nous permettre de les définir comme s'ancrant dans des territoires charnières. Elles viennent y maintenir un maillage de l'offre de soins de premiers recours pérenne et diversifié et positionnent les villes où elles se situent comme des espaces charnières structurants pour les communes alentours en termes d'offre de soins de premier recours. Ce maillage peut être utilisé pour assurer une meilleure accessibilité géographique aux soins primaires comme le préconisent les SROS-PRS. Enfin le caractère de charnière pourrait faire le lien entre des territoires vieillissants et reculés et des éléments nouveaux et structurants du territoire qui évitent de les faire basculer dans une marginalisation.

Les territoires dans lesquels sont implantés les MSP pourraient également être apparentés à des marges ou en cours de marginalisation pour certains. En effet certains d'entre eux se trouvent dans des dynamiques territoriales pour lesquels de nombreux voyants sont au rouge. Ainsi par exemple, Clamecy perd de la population (solde migratoire et solde naturel négatifs) et semble cumuler certains indicateurs négatifs comme le montre notre typologie. Cependant la présence de la MSP est plutôt un signal qui montre le souci d'éviter cette marginalisation. Enfin on peut replacer les MSP par rapport à leur situation dans le département ou la région. Ainsi à l'échelle départementale, pour les MSP de Luzy et Guillon, les MSP se situent en marge du département.

Enfin les territoires dans lesquels sont implantés les MSP se rapprochent des espaces intermédiaires. Même si leur définition reste floue comme le souligne E. Bonerandi, ces espaces ont deux caractéristiques qui se dégagent : ils sont interdépendants avec des espaces contigus et ils sont le siège de flux dus aux différences de potentiels (Bonerandi, 2007). Les trois communes de Moulins-Engilbert, Luzy et Guillon peuvent appartenir à cette catégorie. En effet ces dernières ne sont pas des pôles d'emplois et sont donc sous la dépendance d'autres pôles, mais ils offrent cependant des services qui permettent d'attirer la population des communes alentours. Aussi ils connaissent un gain de population synonyme d'un certain degré d'attractivité.

**Figure 36 - schéma proposant trois cas de figures possibles de dynamiques territoriales dans lesquelles s'inscrivent les MSP**



Réalisation : G. Chevillard, 2011

De la même manière que les configurations possibles de recompositions territoriales vus précédemment, les cas de figures proposés ici s'inspire de l'étude de cinq MSP de Bourgogne. Il serait intéressant de poursuivre cet axe de recherche sur l'ensemble des pistes participant à l'évaluation pour proposer des modèles de dynamiques territoriales prenant en compte le plus de cas de figures possibles.

L'intérêt d'illustrer ces différentes configurations peut être d'apporter des éléments de réflexions supplémentaires pour les pouvoirs publics dans le cadre du financement de ces structures. En effet il peut sembler pertinent de se demander s'il vaut mieux injecter de l'argent public dans des territoires en déclin, ou au contraire investir à des endroits où on est sûr que le projet sera viable ? Aussi, nous l'avons vu, le concept de **dynamique territoriale** permet de confronter les différentes dynamiques au sein d'un territoire et de faire ressortir des **dysfonctionnements** ou des **déséquilibres**. Nous l'avons vu lorsque dynamique démographique et dynamique de l'offre de soins sont opposées. Ce concept pourrait par exemple servir d'indicateur pour apprécier la pertinence ou l'urgence d'un projet de maison de santé dans un territoire.



# Conclusion et perspectives de recherche

Les maisons de santé constituent une nouvelle forme de regroupement des professionnels de santé. La revue de la littérature montre que leur étude se situe à la rencontre de plusieurs enjeux. Ceux des élus, ou des décideurs régionaux qui ont pour mission d'assurer une équité d'accès aux soins à la population et qui doivent faire face au défi de la démographie médicale. Ceux des professionnels qui ont de nouvelles aspirations auxquelles les MSP semblent apporter des réponses et ceux de la population dont l'accessibilité aux soins peut être modifiée par la baisse des effectifs de professionnels et le non renouvellement de l'offre en certain points du territoire. Ces MSP doivent donc répondre à des enjeux d'équité, d'accessibilité, et d'attractivité.

Ces structures sont assez récentes et n'ont pas encore fait l'objet d'études approfondies. Ce travail de recherche avait pour but de voir dans quelles dynamiques territoriales les MSP s'inscrivent et dans quelle mesure elles peuvent y participer. Nous partions des hypothèses que dynamiques territoriales et dynamiques de l'offre de soins étaient reliées et que les MSP entraîneraient des recompositions territoriales de l'offre de soins qui modifieraient l'accessibilité aux soins.

Cette étude exploratoire montre que les MSP sont implantées dans des territoires qui obéissent à des logiques de dynamiques territoriales différentes. Ils peuvent être des territoires en déclin, des territoires fragiles ou des territoires plutôt dynamiques et attractifs. Nous avons souligné l'intérêt de ce concept pour apprécier la pertinence ou non d'un projet de maisons de santé au sein d'un territoire. En outre, les MSP entraînent des reconfigurations locales de l'offre de soins qui jouent principalement à l'échelle infra communale et pour lesquelles l'accessibilité aux soins n'est pas bouleversée. Par contre les MSP peuvent entraîner la fermeture de cabinets périphériques se situant dans des communes différentes, et, dans ce cas de figure, augmenter les distances d'accès. Enfin ces MSP peuvent suivre des logiques de colocalisation avec une offre de soins déjà présente sur le territoire, renforçant la concentration de l'offre.

Cependant cette évaluation exploratoire porte sur cinq MSP qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des MSP, nous ne pouvons donc généraliser les résultats. En effet ces maisons se situent dans la même région, se trouvent toutes en milieu rural, participent à l'évaluation des ENMR et sont ouvertes au public. Les maisons de santé en milieu urbain, ou les maisons de santé financées par les professionnels ne sont par exemple pas étudiées. Enfin le caractère récent des MSP qui nous permet uniquement un recul à court terme de nos résultats, est une limite en matière d'analyse des dynamiques de territoires.

# Les perspectives de recherche

## Généraliser l'approche

Les MSP constituent un nouvel objet de recherche. Leur caractère récent, l'actualité des plans de financement des 250 maisons de santé ou encore les problèmes de démographie médicale renforcent l'intérêt de leur étude. Il semble pertinent de mobiliser des recherches sur ces thématiques pour approfondir les réflexions entamés au cours de ce travail sur :

- Le lien entre la recomposition du système de soins de premiers recours et son impact sur l'accessibilité aux soins : ceci pour évaluer les différents niveaux d'impacts et quantifier ces modifications en termes d'accessibilité
- L'intérêt du concept de dynamique territoriale pour faire ressortir les déséquilibres au sein d'un territoire, et comme indicateur de la cohérence d'un projet de maison de santé
- Le lien entre réorganisation des soins de premiers recours et la définition de territoires de soins primaires
- Le dilemme entre concentration de l'offre soins et proximité de l'offre de soins : la connaissance des différents cas de figures de recompositions de l'offre liées aux MSP pourrait permettre d'apporter des éléments de précisions sur l'intérêt éventuel de concentrer l'offre de soins

L'IRDES, dans le cadre de l'évaluation des ENMR, offre un cadre d'étude pour généraliser un travail de recherche sur l'ensemble des maisons de santé qui participent à l'expérimentation. Ceci permettrait par exemple d'élargir l'étude à un échantillon de 77 MSP, et de se rapprocher d'un échantillon plus représentatif des MSP.

Ces résultats de notre étude exploratoire, dont la méthodologie pourrait être généralisée, pourraient être complétés par de nouvelles thématiques de recherche que nous allons proposer maintenant.

## Élargir le champ de l'étude

L'élargissement de l'échantillon pourrait permettre de réaliser une typologie des MSP selon les cas de figures rencontrées. Cette typologie pourrait concerner les MSP appartenant à l'évaluation, mais pourrait aussi concerner les MSP hors évaluation, et différents types de structures collectives pluridisciplinaires. Cette thématique s'articulerait de manière pertinente avec la mise en place prochaine d'un observatoire national des maisons de santé.

Il pourrait être utile de définir des indicateurs qui permettent d'apprécier des externalités aux MSP et de voir comment celles-ci peuvent ou non infléchir les dynamiques territoriales (arrivées de services, de pharmacies, de populations) et donc comment elles pourraient être un facteur d'attractivité territoriale.

### **Mesurer l'impact de choix de financement de MSP par les pouvoirs publics**

Une question centrale de ce mémoire est aussi : faut-il privilégier une offre de soins concentrée et à priori viable ou maintenir autant que possible l'existant pour répondre à une proximité des soins ? Il faudrait disposer de plusieurs exemples variés pour illustrer au mieux les enjeux qui concernent cette question. Etudier l'impact des décisions de financement de MSP et leur impact d'un point de vue de scénario sur l'offre alentour pourrait aussi être un axe de recherche intéressant. Il faudrait pour cela disposer de tous les dossiers réalisés pour obtenir un financement, savoir lesquels n'ont pas été retenus et pourquoi, et se concentrer sur quelques exemples de dossiers rejetés et de voir comment l'offre de soins évolue.

### **Faire ressortir les éléments structurants d'un projet de MSP**

Dans la réalisation des projets de MSP, nous avons vu qu'il pouvaient suivre des logiques de seuils populationnels (entre 5000 et 8000 habitants), qu'ils s'implantaient dans des villes « centres » à l'échelle locale (chef lieux de canton), que le nombre de professionnels variait entre six et quatorze, que les MSP pouvaient suivre par exemple des logiques de colocalisation avec des hôpitaux locaux ou des EHPAD. D'autres facteurs peuvent contribuer à la réalisation d'un projet. Généraliser l'étude à un échantillon plus vaste de MSP pourrait permettre d'apporter des précisions sur les différents ingrédients qui peuvent faire qu'un projet de MSP fonctionne et aussi sur ceux qui pourraient être les plus importants.

### **Analyser la diffusion des MSP**

Les dossiers FIQCS ainsi que les données de l'IRDES permettent de dater l'ouverture des MSP et la date du dossier FIQCS. Etudier l'évolution de l'émergence des MSP et leur diffusion pourrait être réalisable. On pourrait ensuite comparer ce modèle de diffusion avec d'autres modèles de diffusion comme celui de l'innovation, pour analyser une éventuelle logique de diffusion.

### **Analyser la recomposition des flux patientèle**

L'IRDES disposera des données de flux de patients pour la période 2008-2012. Il pourra donc être possible d'analyser s'il existe des recompositions de flux liés aux MSP et de voir quelle serait leur

emprise. Les maisons de santé attirent-elles plus de patients, viennent-ils de plus loin ? ces questionnements pourront être explorés.

### **Explorer l'hypothèse d'un effet filtre des MSP auprès de certaines populations**

L'IRDES dispose également de données sur les bénéficiaires (âge, sexe, CMU). Il pourrait être intéressant de voir si ces structures ne créent pas d'effet filtre auprès de certaines populations. Il faudrait pour cela comparer la composition des flux de patientèle avec ceux de la zone locale témoin, ou alors les comparer avec la composition de la population d'un territoire donné.

### **Comparer maison et pôles de santé**

Une approche comparative maisons de santé / pôle de santé pourrait être explorée pour les structures appartenant à l'évaluation. Ceci permettrait d'évaluer les recompositions territoriales de ces deux formes d'organisation et donc leur impact sur l'accessibilité aux soins. Les pôles de santé qui ne forment pas une unité de bâti ont des logiques d'implantation différentes, et certainement des impacts sur les recompositions qui différeraient. Cette piste pourrait elle aussi être explorée.

L'étude exploratoire menée sur cinq maisons de santé en Bourgogne a soulevé de nombreuses questions que nous venons de détailler et pour lesquelles nous avons précisé comment elles pourraient être méthodologiquement abordées. Cette étude exploratoire justifie l'intérêt d'un travail de recherche plus approfondie sur ces thématiques qui pourrait se formaliser dans le cadre d'une thèse.

# Bibliographie

BARBAT-BUSSIÈRE S., « l'offre de soins en milieu rural, l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne », Presses universitaires Blaise Pascal, Clermont Ferrand, 2009, 488p.

BAILLY A., PERIAT M., 1997, « la médocométrie ou l'étude de l'impact territorial des infrastructures de santé », DISP 131

BAUDIER F., BOURGUEIL Y., EVRARD I., GAUTIER A., LE FUR P., MOUSQUES J., « la dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », IRDES, Questions d'économie de la santé n°157, septembre 2010

BARLET M., COLLIN C., « localisation des professionnels de santé libéraux », Comptes nationaux de la santé, 2009, p 42-56

BESSIERES S., COLDEFY M., et COLLET M., 2006, « une typologie des configurations de l'OSPR au niveau cantonal », rapport 2005 de l'ONDPS, Tome 1, p.134-154, La Documentation française

BOUREILLE B., COMMERCON N., NORMAND M., « Impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes », *Géocarrefour* [en ligne], vol. 78/3, 2003, mis en ligne le 12 mars 2008. URL : <http://geocarrefour.revues.org/index2140.html>

BOURGUEIL Y., CLEMENT M.-C., COURALET P.-E., MOUSQUES J., PIERRE A., « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaire de Franche-Comté et de Bourgogne », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°147, octobre 2009

BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°127, Novembre 2007

BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°116, décembre 2006

CHABAS P., VIDAL-BOROSSI F., « agir pour la continuité des soins : le paradigme du médecin rural », ADSP, n°55, juin 2006

COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., « distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », IRDES, Questions d'économie de la santé n°164, avril 2011

DATAR, 2010, Actes du colloque « Dynamique territoriales de santé : quels enjeux, quels outils ? »

DESPOND D., « les impacts d'un parc naturel régional (PNR) sur les évolutions sociodémographiques de son espace rural : le cas du Vexin français », *Noroi*, [En ligne], 202 | 2007/1, mis en ligne le 01 mars 2009. URL : <http://noroi.revues.org/index1620.html>

DEFRIESE G. H., RICKETTS T. C., 1989, "primary health care in rural areas : an agenda for research", *Health Services research*, pp. 931-974

EVARD C., 2002, « activité des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne », in *adsp* n°40, septembre 2002

FLEURET S., « recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé », *Géocarrefour* [en ligne], vol. 78/3, 2003, mis en ligne le 12 mars 2008. URL : <http://geocarrefour.revues.org/index2125.html>

FNORS, 2011, Inégalités socio-sanitaires en France

GATRELL A. C., 2002, *Geographies of health : an introduction*. Blackwell

GROSJEAN M., BARCET A., BONAMY J., « Travail en réseau de soins et reconfiguration des territoires », *Géocarrefour* [en ligne], vol. 78/3, 2003, mis en ligne le 12 mars 2008. URL : <http://geocarrefour.revues.org/index2139.html>

HILAL M., « temps d'accès aux équipements au sein des bassins de vie des bourgs et petites villes », *Economie et statistique* n°402, 2007

ICES, 2011, Report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, "Geographic access to primary care and hospital services for rural and northern communities"

INSEE, 2007, « 74 bassins de vie en Bourgogne : une vision organisée du rural », *Bourgogne Dimensions* n° 139, mars 2007

JOUSSEAUME V., 2002, Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire 1967-2000, in Fleuret S. et Séchet R. (dir), *Penser le bien-être. La santé, les soins, les territoires*, PUR, Rennes, p.33-48

KRUCIEN N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N., « les transformations de l'offre de soins correspondent elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », *IRDES, Questions d'économie de la santé*, n°163, mars 2011

LARDON S., PIVETEAU V., « méthodologie de diagnostic pour le projet de territoire : une approche par les modèles spatiaux », Géocarrefour [en ligne], vol. 80/2 | 2005, mis en ligne le 01 décembre 2008. URL : <http://geocarrefour.revues.org/980>

LE-FUR P., LUCAS-GABRIELLI V., « l'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors IdF) », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°86, novembre 2004

LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002, les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de la Basse-Normandie, in Fleuret S. et Séchet R. (dir), *Penser le bien-être. La santé, les soins, les territoires*, PUR, Rennes, p.49-63

LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., *Les soins de proximité : une exception française ?*, CREDES, Biblio n°1354, Paris, 2001

LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F., « déserts médicaux ou zones défavorisées ? Démographie médicale et indicateurs de besoins », décembre 2001, in *Technologies et Santé*, n°45

MARY J.-F., TOUSSAINT J.-M., 2005, « des modèles opérationnels dans le domaine de la politique de la santé », in GUERNOND Y. (dir.), *Modélisations en géographie, déterminismes et complexités*, Paris, Hermes France, Lavoisier, 2005, pp. 151-175, 390p

MIZRAHI A., MIZRAHI A., avril 2009, « mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins hospitaliers : la densité répartie appliquée à la France 2006 », in ARGES, 8p.

MERENNE-SCHOUMAKER B., *Analyser les territoires. Savoirs et outils*, Presses Universitaires de Rennes, DIDACT Géographie, 2002, 166p. (2<sup>e</sup> éd.).

MERENNE-SCHOUMAKER B., *la localisation des services*, Nathan Université, Paris, 1996

MERENNE-SCHOUMAKER B., « les disparités et les dynamiques territoriales : introduction méthodologique », *Bulletin de la société géographique de Liège*, n°30, 1994, p. 5-14

NIEL X., « la démographie médicale à l'horizon 2020 : une actualisation des projections à partir de 2002 », *DREES, études et résultats* n°161, mars 2002

ORS Bourgogne, déc. 2010, « accès aux soins primaires sur le territoire du Grand Chalon »

PEETERS D., THOMAS I., « localisation des services publics : de la théorie aux applications », in Sanders L., *Modèles en analyse spatiale*, Hermès, pp. 105-127, 2001.

PICHERAL H. (dir), *Santé et territoire. Carnet de santé de la France 2004*. Dunod, la Mutualité française, Paris, 2004

- PROST B., « marge et dynamique territoriale », *Géocarrefour* [en ligne], vol. 79/2, 2004, <http://geocarrefour.revues.org/index695.html>
- PUMAIN D., SAINT-JULIEN T. (2010), *Analyse spatiale. Les localisations*, Armand Colin, Paris, (2<sup>e</sup> éd.)
- PUMAIN D., SAINT-JULIEN T. (2010), *Les interactions*, Armand Colin, Paris (2<sup>e</sup> éd.)
- RICAN S., VAILLANT Z., 2009, Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 27, N°1, mars 2009
- RICAN S., SALEM G., VAILLANT Z., JOUGLA., 2010, *Dynamiques sanitaires des villes françaises*, DATAR, collection Travaux, n°12, 76 pages
- RICAN S., SIMON M., CHARRAUD A., SALEM G., 1999, « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. Des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes », *Études et Résultats*, n°9, mai, DREES.
- ROMESTAING P., LEGMANN M. Conseil national de l'ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 161 pages
- ROMESTAING P., LEGMANN M. Conseil national de l'ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale Bourgogne. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010
- SCHWEYER F.-X., 2004, « les territoires de santé et la médecine libérale : les enjeux d'une convergence », *lien social et politiques*, n°52, pp. 34-46
- SIMARD M., 2005, les services de proximité en milieu rural : une synthèse des connaissances, Rapport présenté dans le cadre de l'*action concertée de recherche* sur « le développement des communautés rurales : concepts, pratiques et retombées pour le Québec » du fond québécois de recherche sur la société et la culture
- Société Française de Santé Publique, « les maisons de santé : une solution d'avenir ? », suppl. n°4, juillet aout 2009
- THOUEZ J.-P., *Organisation spatiale des systèmes de soins*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1987
- TONNELIER F., 1992, « inégalités géographiques en santé : évolution depuis le 19<sup>e</sup> siècle en France », CREDES, biblio n°922
- TONNELIER F., VIGNERON E., *Géographie de la santé en France*, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 1999

TOUSSAINT J.-M., « ouverture de nouvelles structures de soins, la modélisation géographique comme solution », in *Gestions hospitalières* n°407, pp. 408-410, Paris, France, juillet 2001.

TRUGEON A., et al. (2010), *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. Collection Abrégés. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2<sup>e</sup> éd.), 280p.

VAGUET A., 2005, « un modèle peut en cacher un autre : les modèles des géographies de la santé », in GUERNOND Y. (dir.), *Modélisations en géographie, déterminismes et complexités*, Paris, Hermes France, Lavoisier, 2005, pp. 137-148, 390p

VIGNERON E., 2002, *Pour une approche territoriale de la santé*, DATAR, Editions de l'Aube

XLIIE COLLOQUE DE L'ASRDLF : LES DYNAMIQUES TERRITORIALES : DEBATS ET ENJEUX ENTRE LES DIFFERENTES APPROCHES DISCIPLINAIRES, *l'attractivité territoriale dans les projets de développements des petites villes : approche géographique*, MAINET H., juillet 2007

XLIIE COLLOQUE DE L'ASRDLF : LES DYNAMIQUES TERRITORIALES : DEBATS ET ENJEUX ENTRE LES DIFFERENTES APPROCHES DISCIPLINAIRES, *Pour une géographie des espaces anti-héros : au-delà de la banalité des espaces intermédiaires*, BONERANDI E., juillet 2007

XLIIE COLLOQUE DE L'ASRDLF : LES DYNAMIQUES TERRITORIALES : DEBATS ET ENJEUX ENTRE LES DIFFERENTES APPROCHES DISCIPLINAIRES, *la petite ville, des dynamiques territoriales de développement économique multiscalaires*, EDOUARD J.-C., juillet 2007

XLVe COLLOQUE DE L'ASRDLF, *projet de territoire : entre recomposition territoriale et cohabitation des activités, l'exemple d'Al Jadida au Maroc*, \_COISSART S., COURLET C., LAPEZE J., 2008,

#### Textes officiels :

DGOS, circulaire du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

JUILHARD J.-M., « Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires Sociales sur la démographie médicale », Sénat, octobre 2007

TROUILLARD M., 2009, Actes de la journée d'étude régionale : la place des maisons de santé dans l'accès aux soins, 29p.

HUBERT E., Mission de concertation sur la médecine de Proximité. Rapport, Décembre 2010 : 183 pages

LANGLOIS J., 2001, « La démographie médicale future : les mesures proposées par l'Ordre des médecins », Rapport adopté lors de la session de décembre 2001

VALLANCIEN G., « le bilan des maisons de santé et les propositions pour leur déploiement », Rapport remis le 18 janvier 2010

Dossiers FIQCS :

Maisons de santé de Clamecy, Luzy, Moulins-Engilbert, la Clayette et Guillon

Mémoire, thèses :

BOURY F., (2004) *Réflexion sur la pertinence de l'espace d'étude en santé publique : l'observation de la santé à Toulouse et dans son aire d'influence*. Mémoire de DESS « Management des actions et services en santé publique », sous la direction de T. LANG, F. CAYLA et J. MANTOVANI, Ecole Nationale de Santé Publique, Université Paris V, VI, VII, IX.

BONNET P., 2002, *le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, dossier de DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, 25p.

COLDEFY M., (2010) *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*. Thèse, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

CROUZEL I., 2010, *la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de santé publique : l'exemple de la médecine ambulatoire en Auvergne et en Nord-Pas-de-Calais*, master PPASP, Ecole des hautes études en santé publique, 116p.

RAYNAUD J., 2010, *analyse et modélisation de l'accessibilité spatiale aux services sanitaires en Languedoc Roussillon*, Master Territoires et sociétés, aménagement et développement, Université Paul Valéry Montpellier III

VILLEMANT N., 2010, *Inventaire des événements défavorables liés à la périnatalité en Bourgogne, une approche géographique*, Master Géographie de la santé, Université Paris Ouest-Nanterre-La-Défense, 117p.

Sites internet :

Institutions

<http://www.ffmps.fr/index.php/accueil>

<http://www.ars.bourgogne.sante.fr/Internet.bourgogne.0.html>

<http://www.ors-bourgogne.org/>

<http://www.region-bourgogne.fr/>

<http://www.urps-med-bourgogne.org/index.php>

[http://www.bourgogne.ecologie.gouv.fr/ORGFH2/page\\_1\\_2.htm#](http://www.bourgogne.ecologie.gouv.fr/ORGFH2/page_1_2.htm#)

[http://carrefourlocal.senat.fr/vie\\_locale/cas\\_pratiques/criteres\\_eligibilite\\_zones\\_revitalisation\\_rurale/index.html](http://carrefourlocal.senat.fr/vie_locale/cas_pratiques/criteres_eligibilite_zones_revitalisation_rurale/index.html)

<http://maisonsdesanterurales.msa.fr/tag/sante-en-milieu-rural>

[http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales/donnees-detaillees\\_tableau.htm](http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales/donnees-detaillees_tableau.htm)

<http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/inegalcanto-rapport.pdf>

## Gouvernement

<http://www.geoportail.fr/>

<http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr>

<http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html>

<http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps,132.html>

<http://www.projetdeterritoire.com/>

## Forums

<https://sympan.unil.ch/www>

<http://www.hypergeo.eu/>

<http://www.localtis.info/cs/ContentServer?pagename=Localtis/LOCActu/ArticleActualite&jid=1250261323527&cid=1250261320191>



# Acronymes

ARS : Agence régionale de santé

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DSS : Direction à la sécurité sociale

ENMR : Expérimentations des nouveaux modes rémunération

EPCI : Etablissement public à caractère intercommunal

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIQCS : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FAQSV : Fond d'aide à la qualité des soins de ville

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FEMAGISB : Fédération des maisons et des groupements interprofessionnels de santé bourguignons

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

IRIS : Ilots regroupés pour l'information statistique

LOADT : Loi d'Orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995

Méthode OMPHALE : Outil Méthodologique de projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'élèves

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

MRS : Mission régionale de santé

ORS : Observatoire régional de la santé

PER : Pôle d'excellence rural

PROSPERE : Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ZAUER : Zonage en Aire Urbaine et en aire d'emploi de l'Espace Rural

ZRR : Zone de revitalisation rurale

ZUS : zone urbaine sensible

# Table des figures

Figure 1- Cartes des densités de généralistes par région et département au 1er janvier 2010.....	11
Figure 2 - Temps moyen d'accès au généraliste au 1er janvier 2007 .....	13
Figure 3 – Proposition de tableau comparatif entre maisons, pôles et centres de santé .....	18
Figure 4 - Rapprochements et transferts d'activité en pays de la Loire depuis 1998.....	23
Figure 5 - Recomposition du paysage sanitaire hospitalier angevin 1999-2003.....	24
Figure 6 - Carte des sites participant aux deux vagues d'évaluation des ENMR.....	31
Figure 7 - Les différents modes de financement des MSP .....	34
Figure 8- Cartes des paysages et des reliefs bourguignons .....	41
Figure 9 - Type d'activité des généralistes bourguignons selon les départements .....	42
Figure 10 - Densité, moyenne d'âge, part des plus de 55ans et part des femmes chez les généralistes bourguignons selon les départements.....	42
Figure 11 - Cartographie des zones déficitaires en 2007 en Bourgogne.....	43
Figure 12 - Localisation des MSP étudiées par rapport au zonage en aire urbaine et en pôle d'emplois de l'espace rural .....	44
Figure 13- Les MSP de l'étude par rapport aux établissements de santé de la région.....	45
Figure 14 - situation des MSP étudiées par rapport aux autres MSP bourguignonnes en mai 2010 ...	46
Figure 15- Localisation des MSP étudiées par rapport à la distance au médecin généraliste en 2007	48
Figure 16- Tableau récapitulatifs des indicateurs de la typologie des bassins de vie bourguignons....	53
Figure 17 - Répartition de la population des bassins de vie étudiés selon le ZAUER.....	54
Figure 18 - Répartition de la population des bassins de vie étudiés selon la CSP.....	54
Figure 19 - Typologie des bassins de vie bourguignons .....	57
Figure 20- Tableau récapitulatifs des territoires des MSP de l'étude .....	58
Figure 21 - Vue satellite des villages de Guillon et Moulins-Engilbert .....	61
Figure 22- Localisation et distance des MSP de l'étude par rapport aux principales villes de Bourgogne .....	62
Figure 23 - Photos de la MSP de Luzy (source G. Chevillard, 2011) .....	63
Figure 24 - Photos de la MSP de Moulins-Engilbert (source G. Chevillard, 2011) .....	64

Figure 25 - Schéma récapitulatif du mode de sélection des Maisons de santé nécessitant une aide à l'investissement de l'Etat .....	71
Figure 26- Schéma des différentes étapes possibles du montage d'un projet de MSP nécessitant un financement FIQCS.....	73
Figure 27 - Schéma récapitulatif des dynamiques territoriales pouvant être associées aux maisons de santé .....	79
Figure 28 - Dynamique territoriale de l'offre de soins de premier recours du bassin de vie de Clamecy entre 2006 et 2008.....	81
Figure 29 - Extrait du journal local de La Clayette.....	85
Figure 30 - comparaison des communes concernées par le projet de MSP de Guillon avec le bassin de patientèle de la MSP en 2008 .....	87
Figure 31 - Comparaison des communes concernées par le projet de MSP de Moulins-Engilbert avec le bassin de patientèle de la MSP en 2008.....	87
Figure 32 - Schéma de recompositions locales de l'offre de soins dues aux MSP .....	90
Figure 33 - Zonages concernés par le projet de MSP de Luzy.....	93
Figure 34 - Zonages concernés par le projet de MSP de Moulins-Engilbert .....	93
Figure 35 - Zonages concernés par le projet de MSP de Guillon .....	94
Figure 36 - schéma proposant trois cas de figures possibles de dynamiques territoriales dans lesquelles s'inscrivent les MSP .....	98

# Liste des annexes

Annexe 1 – Présentation projet PROSPERE

Annexe 2 – Listes des entretiens réalisés

Annexe 3 – Exemple de grille d'entretien

Annexe 4 – Résultats typologie : cercle de corrélation et coupure de l'arbre

Annexe 5 – La MSP de la Clayette dans la presse locale

## ANNEXE 1 – Présentation du projet PROSPERE

Prospere est une [équipe pluridisciplinaire de recherche](#) sur les services de santé dont le thème central est d'accompagner la transformation du système de soins ambulatoires en produisant des connaissances sur la performance des organisations de soins de premier recours.

L'objectif à terme et le pari de l'équipe émergente Prospere sont de renforcer les infrastructures permettant de développer la recherche en soins primaires et les capacités d'encadrement et de formation à la recherche dans ce domaine.

L'équipe est constituée aujourd'hui de 13 chercheurs de disciplines diverses appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (Irdes, SFMG et Cermes).

Ce projet, qui a été sélectionné comme équipe émergente dans le cadre de l'appel d'offre de l'Iresp 2008, est financé pour 4 années par une dotation de la Cnamts et chacune des institutions partenaires.

Quatre objectifs spécifiques guident ce programme de recherche sur 4 années, articulant plusieurs opérations de recherche.

1. Elaborer un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours adapté au contexte français et évaluer les intérêts et limites des indicateurs de performance en premier recours.
2. Analyser les organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la microéconomie au travers de l'analyse des incitations des offreurs, des méthodes de révélation des préférences des usagers et de l'évaluation médico-économique.
3. Analyser les dynamiques au sein des organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie. Nous analyserons notamment la redistribution des rôles, des compétences et responsabilités entre professionnels entre eux mais également avec les usagers dans une approche micro et macro du système de soins.
4. Construire un outil de recherche en soins ambulatoires en appariant des données médicales et des données de remboursement afin d'une part de tester des méthodes et des indicateurs d'analyse des organisations de soins de premiers recours et d'autre part, de constituer un échantillon témoin pour les travaux de recherche évaluative sur les organisations de soins.

Site : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.html>

## ANNEXE 2 – Listes des entretiens réalisés

**Caroline Verset**, chargée de mission département Personnels et Professionnels de santé, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, ARS Bourgogne

**Fanny Pélissier**, chargée de mission département organisation de l'offre, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, ARS Bourgogne

**Dr Casset**, Médecin généraliste et coordonateur de l'EHPAD de Clamecy

**Dr Champeaux**, Médecin généraliste et membre du groupe de travail sur le partage des informations auprès du ministère de la santé, Guillon

**Dr Gouget**, Médecin généraliste, Tournus, auteur d'une thèse sur « le devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon entre 1993 et 1997 »

**Dr Lambourg**, Médecin généraliste, Moulins-Engilbert

**Dr Paponneau**, Médecin généraliste, Luzy

**Dr Serin**, Médecin généraliste, Saint-Amand en Puysaie, président du FEMAGISB

Secrétariat de la maison médicale des cèdres, La Clayette

## ANNEXE 3 – Exemple de grille d’entretien

### Questions MSP Guillon

Date d’ouverture : ?

#### Historique :

---

**Zone géographique** : cantons + communes limitrophes correspond à quoi ?

#### Acteurs :

Initiative des PS : lesquels ??

Assos de PS : Qui ?

CC Terre plaine. Construction + location ?

Si communes en dehors, elles participent ??

#### Localisation

Construction du bâtiment : qui décide du lieu ? Critères ? Consensus ?

Construction prend elle en compte possibilité d’extension ?? (Locaux supplémentaires vides) ?

Qu’est ce qui prend le plus de temps dans le projet ?

**Offre de soins :**

---

Dossier FIQCS	Objectifs	Ouverture	Avril 2011
2 MG sur deux sites distants de 6 km (Cussy les forges et nord Guillon) 1 cabinet secondaire de Mk Plus d'IDE depuis 2003 Ide exterieures qui couvrent secteur	3 mg 1 IDE 2 CS de MK Consultations délocalisées 1 diabétologue 1 CS de podologue 1 diététicienne 1 psychiatre du CMP 1 Sage femme réseau périnatalité 1 antenne du RESIAD		

Arrivée de nouveaux professionnels ?

premier exercice ? si non, quelle commune d'exercice avant ? conditionne arrivée à MSP ?

Concentration de l'offre de soins :

Etait le projet initial : avantages, inconvénients avec le recul ?

Quelles conséquences pour les visites ?

MSP a-t-elle vocation à s'agrandir ??

Filière de soins :

Vers quels hôpitaux et spécialistes vous dirigez patients ?

Accueil de stagiaires ?

Evaluation du maintien des PS déjà présents :

P26 : Dr X a décidé de rester grâce au projet, serait partie sinon => elle exerçait ou ?

Une interne des hôpitaux de paris a exprimé son engagement pour rejoindre structure > **est ce le cas ?**

MSP permettra création deuxième cabinet médical > idem

Partenariats extérieurs : réseaux ...

Existait il des partenariats avant ?

Y'a-t-il depuis la création de la MSP des nouveaux partenaires sanitaire, médico sociaux ?

- Structures sanitaires ?
- Réseaux ?
- Consultations délocalisées

Echanges avec d'autres MSP ? quelles thématiques ?

Adhérent au FEMAGISB ? Participation ? apports ?

Fonctionnement, accessibilité aux soins :

Horaires avant / après ?

Consultations le matin, visites l'AM ?

Evaluation du projet :

Pathologies présentes sur le territoire : diabète, hta, mcv, rhumatologie, K, troubles psycho ...

Connaissant cela réponde la MSP ? que pourrait apporter MSP ?

Enquête satisfaction était prévue ??

## ANNEXE 4 – Cercle de corrélation des axes factoriels



Extrait du « journal de Saône-et-Loire »

<http://www.lejsl.com/fr/votre-region/charolais/article/4494424,1454/Courtiser-les-jeunes-docteurs.html>

Santé. L'offre de soin en médecine générale apparaît faible et inquiétante dans les cantons du Brionnais.

Courtiser les jeunes docteurs



Médecins âgés, départs non-remplacés... L'avenir de l'offre de soin dans le Brionnais est préoccupant. Et les effets déjà présents.

Démographie. Actuellement, 20 médecins généralistes exercent sur le Brionnais pour un peu plus de 25 000 habitants. Carte. D'ici l'automne, l'ARS va mettre à jour la carte de l'offre de soin en Bourgogne. Le Brionnais risque d'être parmi les plus faibles.

L'Agence régionale de santé se refuse à dire que le Brionnais est une zone déficitaire en matière d'offre de soins. Elle est plutôt « fragilisée ». Mais au plan local, les discours ne sont pas les mêmes.

« Sur le canton de Chauffailles, nous avons sept médecins, dont trois qui vont cesser leur activité d'ici deux à trois ans », atteste Marie-Christine Bignon, maire de Chauffailles et conseillère générale. Les pratiquants sont déjà à flux tendu.

« La population va se faire soigner où elle peut, nous n'avons plus que deux médecins, à Saint-Christophe et à Iguerande », explique André Mamessier, conseiller général de Semur.

« La moyenne d'âge des médecins du secteur est de 58, 60 ans », constate le docteur François Guyonnard, secrétaire général du conseil de l'ordre des médecins de Saône-et-Loire.

### Anticipation

Après un an d'existence, le bilan de la maison médicale les Cèdres à La Clayette parle de lui-même. Déjà 2 539 patients ont été traités en 2010 pour 11 550 consultations. « L'offre de soin à La Clayette n'était pas défavorisée. Nous avons anticipé les départs en retraite des médecins du secteur », indique le Dr André Chassort de la maison médicale.

Cet établissement flambant neuf, riche de trois médecins généralistes, a dû faire face à un afflux de patients des cantons voisins. Une « déviation » due aux départs en 2010 du médecin de Semur-en-Brionnais et Saint-Maurice-lès-Châteauneuf (qui reprendra finalement ses fonctions en février).

Les médecins du Brionnais et de la campagne en général laissent des vides derrière eux. La nouvelle génération de praticiens n'a pas les mêmes envies, les objectifs. « Les jeunes médecins veulent travailler dans un cabinet comme on travaille dans un bureau, et avoir une vie de famille à côté de la médecine », affirme André Chassort. Et d'ajouter : « Ils ont envie de structures modernes, un outil commun avec du personnel ».

### Solution adaptée

D'ailleurs la maison médicale de La Clayette accueillera un jeune médecin supplémentaire à partir de février. Un modèle qui inspire la commune de Chauffailles et la communauté de communes de Semur. Deux projets de maisons médicales sont actuellement à l'étude et présentés comme une solution de mutualisation adaptée à cette désertification médicale rampante.

Ce sont justement ces structures-là que peut soutenir l'Agence régionale de santé (ARS). « À condition que les projets soient portés par des professionnels de santé, un « leader » du corps médical pour mener la réflexion », insiste Anita Robert, de l'ARS, délégation de Saône-et-Loire. Une ressource qui n'est pas forcément présente partout.

Charlotte Rebet

Publié le 22/01/2011

# LA MAISON MÉDICALE, L'OUTIL QUE LE RURAL ATTENDAIT



2002-2010. Huit années pour mener le projet à son bout, cela nécessitait de la patience. De la pugnacité aussi : celle d'André Chassort, qui a porté le projet à bout de bras, secondé par toute l'équipe médicale et par les deux directeurs successifs, Paul Aubague et Yves Flaux.

Le député du Charolais-Brionnais, Jean-Marc Nesme, la présidente de l'Agence régionale de santé Cécile Courrèges, le conseiller régional Jacques Rebillard, les conseillers généraux Alain Gautheron et Marie-Christine Bignon, le maire de la Clayette, Hugues Godard, les élus du canton et les personnels de santé ont inauguré officiellement la maison médicale.

La bataille fut rude, avec dans les années 2005, plusieurs années d'absence du projet. Mais à chaque fois, il y avait quelqu'un pour ramasser le flambeau et relancer le dossier. André Chassort n'a jamais baissé les bras. Sa pugnacité, mais

aussi sa profonde connaissance du territoire rural et de ses besoins médicaux, ce qui lui détermine depuis plus d'une décennie sur le projet) et deux infirmières venaient compléter l'équipe.

Ce pôle médical d'excellence est, avant tout un acte fort pour un territoire rural qui a connu le déclin et qui doit lutter plus de la santé et qui doit lutter pour faire de la médecine rurale un véritable métier. Le projet médical n'est ainsi qu'une façon très concrète de se préparer aux grandes réformes hospitalières qui s'annoncent d'ici à deux ans. Et pour ça, La Clayette sera prête.

## la maison médicale... pratique

La maison des Cèbres est ouverte :  
Tél. : 03 85 24 26 00

> DU LUNDI AU VENDREDI 8:00 - 18:00

> SAMEDI 9:00 - 12:00  
sur rendez-vous

> EN CAS D'URGENCE & FERMETURE  
composez le 15

Le cabinet infirmier est animé par

>> Martine Lonjén  
>> Sandrine Dubouis

Les médecins présents

>> Docteur Giraud  
>> Docteur Iin

>> Marie-Agnès James-Dury  
>> Élisée Pignat

>> Docteur Machet  
>> Docteur Chassort

## AU FIL DES INTERVENTIONS



**Alain Gautheron**  
Conseiller général  
du canton de La Clayette

"Après la déconvenue de chez Pottain, on se doit de préparer l'avenir du canton. Il faut tourner la page sur certains de nos pratiques. On ne peut plus travailler comme avant. L'heure est à la mutualisation et cet équipement en est la preuve. On doit aussi anticiper sur le départ en retraite de trois de nos médecins."



**Hugues Godard**  
Maire de la Clayette

"Ce projet, c'est celui d'André Chassort qui nous a prouvé qu'avec de la persévérance on pouvait aller loin. Une fois lancé, André, c'est plus aucune locomotive, c'est un TGV. Cet équipement remarquable va nous apporter de la cohésion sur le plan de la santé dans le canton. Chapeau également pour son travail en directeur de l'hôpital, M. Flaux."



**Jacques Rebillard**  
Vice-président  
du conseil général et régional

"Nous avons, là, un exemple très concret d'aménagement du territoire. Tel que le souhaitait la Région et le Département. Faisons en un outil d'accompagnement pour les jeunes stagiaires en médecine, susceptibles ensuite de s'installer en milieu rural. L'approche globale qui est faite, ouvre un large éventail des services."



**Jean-Marc Nesme**  
Député maire - Président du  
pays Charolais

"Quand des professionnels de santé s'impliquent dans un vrai projet, ça marche. Sur un territoire de 90000 habitants on doit aller encore plus loin et je pense à la formule du groupement de coopération sanitaire. Cette cohésion doit nous permettre de passer plus lourd lors de la prochaine redéfinition du SROS"



**Cécile Courrèges**  
Présidente de l'Agence  
régionale de santé

"Nous avons, avec la maison médicale de La Clayette une bonne réponse à des besoins médicaux bien ciblés et une approche concrète pour des opérations de prévention. C'est un excellent outil, à la fois pour le patient qui va trouver là, des disciplines essentielles et pour les jeunes stagiaires en médecine. C'est un beau projet de santé."



**André Chassort**  
Maire adjoint - Président  
de l'association pour la  
coordination de la maison  
médicale - Vice-président C.C.

"Cette maison va redonner du souffle à toute la profession médicale du canton. Huit années de tractations ont été nécessaires pour mener le dossier à terme. Et ce sera un formidable outil pour mener des actions de santé publiques gratuites, comme de l'info sur le diabète ou des tensions à disposition des patients."









**Titre: Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de santé : dynamiques territoriales et accessibilité aux soins en Bourgogne.**

**Résumé :** les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) constituent une nouvelle forme de regroupements des professionnels de santé. Cette étude exploratoire propose d'analyser les lieux d'implantations de cinq maisons de santé en Bourgogne afin de caractériser les territoires et les dynamiques dans lesquelles elles s'inscrivent. La manière dont elles peuvent participer aux recompositions territoriales de l'offre de soins, et ses conséquences sur l'accessibilité aux soins est aussi étudiée. Les résultats obtenus montrent que ces MSP s'inscrivent dans des dynamiques territoriales différentes, et qu'elles auront un impact sur l'accessibilité aux soins à plusieurs échelles. Ces cas de figures renvoient au dilemme récurrent qui oppose proximité des soins et concentration des soins. L'analyse détaillée des recompositions permet d'y apporter des éléments de réponses et montre l'intérêt de généraliser l'approche.

**Mots clés :** accessibilité, démographie médicale, dynamiques territoriales, géographie de la santé, Maisons de santé, milieu rural, offre de soins de premier recours, recompositions territoriales.

**Title: Explorative analysis of the implantation of primary care group practice: territorial process and primary health care access in Bourgogne.**

**Abstract:** The primary care group practice is a new type of organization for healthcare professionals. It leads to a spatial concentration of primary health care that may be reflected in access, in some deprived territories. This study advises to analyze the implantation of five primary care group practice in order to define the catchment area and the process in which they are. After that this study suggests to analyze the way the primary care group practice take part to the spatial process of health primary care and how it impacts on accessibility to health care. Results show that primary care group practice take part in different territorial processes and that they affect accessibility at different scales. This example refers to the dilemma which opposes proximity and accessibility to health care. This study proposes some examples that may bring answers and justify the generalization of the methodology.

**Keywords:** accessibility, health geography, primary care group practice, primary health care, rural areas, territorial process