

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016-2017

N° 141

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Santé Publique et médecine sociale

Par

Stéphanie PRUD'HOMME

Née le 9 juin 1986 à Courbevoie

Présentée et soutenue publiquement le 3 Novembre 2016

L'AIDE A L'ECRITURE DU « PROJET DE SANTE »
DE DEUX MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES NANTAISES

Tensions et traductions mises en évidence au cours de l'accompagnement
par une interne en santé publique

Présidente : Professeur Leila Moret

Directrice de thèse : Docteur Cécile Fournier

Co-directeur : Docteur Daniel Coutant

Jury :

Pr Leila Moret

Pr Rémy Senand

Dr Cédric Rat

Dr Cécile Fournier

REMERCIEMENTS

Au Docteur Cécile Fournier

Médecin de santé publique et sociologue

En premier lieu, je tiens à remercier chaleureusement le Docteur Cécile Fournier, qui a contribué à faire naître ce projet dès ses premiers balbutiements et qui l'a accompagné en tant que directrice de thèse.

De la recherche de la « bonne porte d'entrée » de ce travail jusqu'à son aboutissement, j'ai été très honorée de ta disponibilité à chaque rendez-vous et pour m'avoir fait confiance dès les premières rencontres. J'aurais tout autant appris de tes connaissances pointues que de ta posture d'accompagnement, valorisante et sympathique. Merci infiniment !

Au Docteur Daniel Coutant,

Médecin généraliste

Un grand merci pour avoir accepté de co-diriger ce travail. Votre implication à travers vos multiples relectures et votre disponibilité sans faille ont été d'un soutien très précieux pour faire aboutir cette thèse !

Cela a été un réel enrichissement que de pouvoir confronter mon expérience avec vos deux regards aguerris.

Au Professeur Leila Moret,

Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Santé Publique et de Santé au Travail au CHU de Nantes

Pour ton compagnonnage tout au long de l'internat et pour le clôturer en présidant ce jury.

Au Professeur Rémy Senand

Directeur du Département de Médecine Générale à la faculté de médecine de Nantes,

Au Docteur Cédric Rat

Maître de conférence Universitaire au Département de Médecine Générale à la faculté de médecine de Nantes,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être jury de cette thèse. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes,

A tous les professionnels rencontrés à la Mission Santé Publique,

Je vous remercie de m'avoir accueillie en stage et de m'avoir laissée œuvrer avec confiance.

*Une pensée particulière pour ceux qui m'ont assidûment accompagnée pendant cette « mission » et
qui continuent de déployer leurs compétences pour mener à bien ce projet.*

Et à tous ceux que je ne peux citer qui ont contribué au bon déroulement de ce stage,

Bonne suite à vous !

Aux professionnels de santé du groupe I et II,

*Vous vous reconnaitrez sûrement dans cette thèse, soyez remerciés pour la qualité de votre accueil et
pour cette expérience inédite (et formatrice !) vécue à vos côtés.*

Bonne continuation et tenez bon !

Aux co-internes et « chef » croisés sur la route nantaise,

A Mathilde et Andrea qui se reconnaîtront !

A toutes ces amitiés qui m'auront tant soutenues durant ce parcours,

*Gilles, Anne Emmanuelle, Laelia, Astrid, Cécile, Sakura et Mourad, Elisabeth. A l'équipe Nadine
& Murielle. A Anne & Jean Eric, Aurélie & Doublechek et Florian.*

A Bénédicte, Magalie, Nadia, Régis et Françoise, merci pour votre écoute.

A mes parents et à la petite famille qui s'agrandit, A ジ-ジ.

Merci!

Table des matières

I. INTRODUCTION	10
I. 1) Un contexte national et régional favorable au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles	10
I.2) A Nantes, deux projets de MSP	13
II. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	22
III. METHODE.....	25
III. 1 Méthode de recueil des données	25
III. 2 Méthode de traitement et d'analyse des données	29
III. 3 Présentation du cadre général d'analyse : la sociologie de la traduction	29
III. 4 Une mission de stage définie autour du besoin d'accompagnement des professionnels de santé dans l'écriture de leur projet de santé	30
IV RESULTATS.....	35
IV.1. ELEMENTS DE CONTEXTUALISATION	38
IV.1.1 QUARTIER I	39
Situation initiale	39
IV.1.1.1 L'émergence d'une dynamique sur le quartier I dès 2010.....	39
IV.1.1.2 L'inscription d'un projet de MSP au mandat municipal et l'organisation d'une première réunion d'information à destination de l'ensemble des professionnels de santé du quartier I.....	39
IV.1.1.3 Intérêts et enjeux des différents professionnels de santé pour cette démarche	40
Evolution de la contextualisation	47
IV.1.1. 4 Les éléments évolutifs de la contextualisation.....	47
IV.1.2 QUARTIER II	48
Situation initiale	48
IV.1.2.1 L'émergence du projet	48
IV.1.2.2 Les intérêts initiaux du premier noyau de professionnels de santé.....	48
IV.1.2.3 Premiers développements du projet	49

Evolution de la contextualisation	51
IV.1.2 4 Les éléments évolutifs de la contextualisation	51
SYNTHESE (CONTEXTUALISATION)	55
IV. 2 ELEMENTS DE PROBLEMATISATION	57
IV.2. 1 QUARTIER I	57
Situation initiale	57
IV.2.1.1 Des problématiques initiales multiples et floues biaisées par une recherche de consensus autour de la localisation de la future MSP	57
Les déplacements de la problématisation ou l'émergence de problématisations intermédiaires	57
IV.2.1.2 Le passage d'une problématique immobilière à une problématique d'élaboration de projet de santé	57
IV.2.1.3 Une première problématisation intermédiaire qui consiste en l'acceptation d'une certain temps pour que les professionnels apprennent à se connaître	58
IV.2.1.4 Réunir les compétences nécessaires à la rédaction d'un projet partagé	59
IV.2.1.5 La constitution de sous-groupes de réflexion autour de deux thématiques principales	59
IV.2.1.6 Se rendre compte de la nécessité d'une coordination entre professionnels de santé plus accrue au fur et à mesure des rencontres.....	59
IV.2. 1.7 Une problématisation intermédiaire permettant de se distancier des débats autour de la localisation de la future MSP	60
IV.2.1.8 Un groupe qui se consolide progressivement autour de la volonté de « monter un projet ensemble » avec l'émergence de premiers bénéfices secondaires	60
IV.2.2 QUARTIER II	62
Situation au début du projet.....	62
IV.2.2.1 Se mettre d'accord sur une logistique d'organisation pour avancer dans le projet	62
IV.2.2.2 Une volonté commune d'élargir le groupe et de recruter d'autres professionnels intéressés .	63
Evolution de la problématisation initiale sous l'influence de la vie du projet	63
IV.2.2.3 La thématique santé des femmes devient la thématique « phare » du projet de santé	63
SYNTHESE (PROBLEMATISATION)	64
IV.3 . ENROLEMENT	65

IV.3.1 Dans chacun des deux quartiers, la présence de médecins promoteurs et référents qui portent le projet	65
IV.3.2 QUARTIER I	67
Situation initiale	67
IV.3.2.1 Une première répartition des rôles lors de la création de l'association des professionnels de santé	67
IV.3.2.2 Un groupe qui s'élargit	67
IV.3.2.3 L'instauration d'une dynamique de groupe positive.....	67
Evolutions du projet et ses conséquences sur l'enrôlement des acteurs	68
IV.3.2.4 L'émergence de difficultés d'enrôlement spécifiques à chaque profession.....	68
IV.3.3 QUARTIER II	71
Situation initiale	71
IV.3.3.1 Le bureau pluriprofessionnel de l'association des professionnels de santé.....	71
IV.3.3.2 Un premier noyau de « fidèles » avec un « bon esprit de groupe »	72
V.3.3.3 La place singulière de la secrétaire du cabinet du médecin A	72
Evolutions de l'enrôlement	73
IV.3.3.4 Les évolutions du projet et ses conséquences sur l'enrôlement des acteurs	73
IV.3.4 L'enrôlement de la Ville.....	75
IV.3.4.1 La posture des élus.....	75
IV.3.4.2 La perception du rôle de la Ville par les professionnels de santé	76
IV.3.4.2 Du côté de la Mission Santé Publique	78
IV.3.4.3 Les difficultés perçues par les professionnels de santé dans la collaboration avec la Ville : la rencontre de deux cultures et deux logiques professionnelles	80
IV.3.4.4 L'enrôlement de l'interne de santé publique et son influence sur le processus de traduction	81
SYNTHESE (ENROLEMENT).....	86
IV.4 LE PROJET DE SANTE.....	88
IV.4.1 La présentation des deux projets de santé au CATS et leur validation.....	88
IV.4.2 Perspectives données par la validation du projet de santé dans le groupe I	89
IV.4.3 Perspectives données par la validation du projet de santé dans le groupe II	90
IV.4.3. Le sentiment de plus value des professionnels de santé suite à l'écriture du projet de santé ...	92

SYNTHESE (PROJET DE SANTE)	93
V. DISCUSSION.....	94
VI CONCLUSION	102
VII BIBLIOGRAPHIE.....	104
VIII. ANNEXES.....	107
Annexe 1 Principaux résultats de l'étude sur l'état de la santé des habitants du quartiers I et II	107
Annexe 2 Guides d'entretiens	108
Annexe 3 Caractéristiques des professionnels de santé interrogés	112
Annexe 4 La démarche de « Croisement des Savoirs et des Pratiques »,.....	115
Annexe 5 L'Etude Impact Santé (EIS) menée sur le quartier I	118
Annexe 6 Avis de l'Atelier Citoyen	121
Annexe 7 Les deux projets de santé validés.....	123

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Détails des professionnels de santé interrogés sur le quartier I et I.....	26
Tableau 2 : Description des caractéristiques des élus et des professionnels de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes interrogés.....	27
Tableau 3 : Synthèse de la trame concernant le projet de santé d'après le cahier des charges de la DGOS.....	31
Tableau 4 : Attentes vis à vis d'un médecin leader d'un projet de MSP : synthèse et comparaison des attentes des professionnels de santé du groupe I et II, ainsi que des professionnels de la Mission Santé Publique.....	67
Figure 1 : Exemple de rétroplanning proposé par la plateforme d'appui des professionnels de santé de Pays de la Loire pour planifier les réunions de rédaction du projet de santé.....	31

ABREVIATIONS UTILISEES

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ACSRN : Association des Centres de Soins de la Région Nantaise

APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CMU-c : Couverture Maladie Universelle-complémentaire

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours

CORECS : Comité régional de concertations des Soins de 1er recours

CSI : Centre de Soins Infirmiers

EIS : Etude Impact Santé

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESEAN : Etablissement de Santé pour Enfants et Adolescents de la région Nantaise

FEMASAC : Fédération des Maisons de Santé Comtoises

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de santé

FIR : Fond d'Intervention Régional

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

PMI : Protection Maternelle Infantile

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

SCM : Société Civile de Moyens

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

I. INTRODUCTION

Un mouvement de regroupement des professionnels de santé libéraux de première ligne est actuellement observé en France. Certaines municipalités, s'appuyant sur les politiques de la ville, soutiennent ce mouvement, notamment au sein de structures appelées « maisons de santé ». A Nantes, deux projets de ce type ont été initiés en 2014, sur deux territoires nantais considérés comme prioritaires au sens Politique de la Ville¹. Ces projets impliquent un travail de co-construction qui ne va pas de soi, soulevant de nombreuses difficultés.

I. 1) Un contexte national et régional favorable au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles

Le terme de « maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) » apparaît pour la première fois dans un texte officiel en octobre 2007 dans le rapport du sénateur Juilhard sur la démographie médicale². Quelques mois plus tard, la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 fait entrer les MSP dans la législation³ : « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales* ». Cette définition est amenée à évoluer avec la loi dite « Hôpital patient santé territoire » (HPST) du 21 juillet 2009⁴ qui redéfinit la maison de santé pluriprofessionnelle comme étant le regroupement d'au moins deux professionnels médicaux et d'un auxiliaire médical, ayant formalisé un projet de santé conforme aux orientations du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) de l'Agence régionale de santé (ARS). Par la suite, la loi Fourcade du 10 août 2011 modifie certaines dispositions de la Loi HPST et fait de la maison de santé une « personne morale », en créant un nouveau statut juridique intitulé « Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires » (SISA), qui permet aux équipes de recevoir des financements et de les redistribuer entre les professionnels sous la forme d'honoraires ou de salaires. Elle précise également qu'une maison de santé est composée de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux mais aussi de pharmaciens. Le projet de santé doit être établi en respectant les termes du cahier des charges du ministère de la santé. Il est élaboré et signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé ou « par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé » (Code de la Santé Publique à l'Article L.6323-3)⁵. Le projet de santé doit être validé par le directeur de l'ARS.

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels⁶ constituent ainsi un des modèles émergents parmi les regroupements en soins primaires, qui bénéficient d'une forte impulsion de l'Etat.

¹ La « Ville » sera mentionnée en majuscule tout au long de ce travail en référence au pouvoir politique qui est confié au Maire et aux élus par les citoyens lors des élections.

² Juilhard, Rapport d'information au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale 2007.

³ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 44.

⁴ Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 39.

⁵ Ainsi, un professionnel qui n'est pas professionnel de santé au sens du Code de la Santé Publique (un ostéopathe qui n'est ni médecin ni kinésithérapeute ou un psychologue) peut signer le projet de santé.

⁶ Les « pôles de santé pluriprofessionnels » désignaient jusqu'en 2015 des regroupements associant non seulement des professionnels de santé, mais également des établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes (EHPAD), des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. La loi de modernisation de notre système de santé a

Une mission coordonnée en 2009 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), à la demande de la Ministre de la santé et des sports et des secrétaires d'Etat à la politique de la ville et à l'aménagement du territoire, a conclu en effet que « le dispositif de premier recours est à bout de souffle » et qu'« il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population »⁷. Ces nouvelles formes d'exercice regroupé sont perçues comme des mutations nécessaire de l'exercice de premier recours⁸, pour faire face aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population et aux difficultés de régulation du système de soin (à l'origine notamment de « déserts médicaux ») (Baszanger et al. 2002) (1). L'essor des MSP est perçu comme pouvant être l'un des « chaînons manquants de l'organisation ambulatoire » (Garros 2009) (2), pour répondre aux problèmes posés par la prévalence croissante des affections chroniques, en améliorant tout à la fois la prise en charge des patients, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'exercice coordonné entre professionnels.

Même si quelques pionniers (notamment en région Franche Comté) avaient mis en place des MSP à l'initiative de médecins libéraux charismatiques (Lombrail 2014)(3) depuis une dizaine d'année, l'essor récent de ces maisons et pôles de santé a été accompagné par le dispositif des ENMR (Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération) dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008, permettant une rémunération des temps de coordination des équipes libérales de soins. Cette expérimentation a été mise en place pour cinq ans, puis prolongée jusqu'à fin 2014. Puis, suite à l'échec des négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux, a été institué le 23 février 2015, un règlement arbitral généralisant les NMR⁹ au sein des MSP et des centres de santé. Ce règlement permet pour une durée de cinq ans un financement de l'exercice pluriprofessionnel autour d'un projet de santé.

Dans le cadre des ENMR, de premiers travaux de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) (Mousquès, Bourgueil 2014)(4) ont évalué, grâce à une approche quantitative, d'une part si l'exercice collectif interprofessionnel était susceptible de contribuer à maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées, et d'autre part la performance de cette forme d'exercice en termes d'activité, de productivité, de consommation et de qualité des soins (Afrite, Mousques 2014)(5). Sur le premier point, le développement des maisons de santé semble avoir un impact positif sur l'évolution de la densité médicale grâce à la venue de jeunes médecins, aussi bien dans les territoires à dominante rurale que dans les espaces à dominante

récemment abandonné le concept de pôles de santé au profit de celui de « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS), qui rassemble des équipes de soins primaires et des acteurs médico-sociaux.

⁷ Jean Marc Juilhard, Bérangère Crochemore, Annick Touba, Guy Vallencien, « Les bilans des maisons et pôles de santé. et les propositions pour leur déploiement ». 2010.

⁸ Les soins de premiers recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et un accent mis sur l'éducation pour la santé (définition donnée par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009). Ils ont trois fonctions principales : être la porte d'entrée dans le système de santé (diagnostic, orientation, traitement), permettre le suivi des patients et la coordination dans leurs parcours et relayer les politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

⁹ Arrêté du 23 février 2015, portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

urbaine¹⁰. Par ailleurs, ces évaluations montrent une amélioration de la qualité des pratiques des généralistes pour une série d'indicateurs (suivi des patients diabétiques de type 2, vaccination, dépistage et prévention, efficience de la prescription) par rapport à des sites témoins (Mousquès, Daniel 2015)(6). D'un point de vue médico économique, les médecins des maisons de santé semblent suivre un plus grand nombre de malades, à temps de travail équivalent (l'exercice pluriprofessionnel libérant du temps médical), et ce « sans réduire la continuité relationnelle avec les patients qui reste équivalente entre les sites ENMR et leurs témoins » (Mousquès, Daniel 2015) (7). Une dépense en soins ambulatoires plus faible (-9%) (due à une prescription moindre de pharmacie et de recours aux spécialistes) est également notée pour les patients dont le médecin traitant participe aux ENMR. L'exercice regroupé pluri professionnel ne représente donc globalement pas de surcoût par rapport à l'exercice traditionnel, la rémunération du travail coopératif étant compensée par une dépense ambulatoire moindre.

L'Observatoire des maisons de santé décrit ainsi une montée en puissance du nombre de ces structures : il recense 235 maisons et pôles en fonctionnement en 2012, puis 436 en mars 2014, 616 en mars 2015, et 778 en mars 2016 (avec en sus 382 projets de MSP déjà sélectionnés)¹¹.

En région Pays de la Loire, la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) s'inscrit dans la politique régionale de santé publique depuis la loi HPST, avec la mise en place début 2011, au niveau de chaque territoire, du Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS) qui a pour vocation d'être le « guichet unique ayant en charge l'accompagnement des acteurs et partenaires des projets de maisons de santé pluridisciplinaires ». Avec la déclinaison régionale des pactes territoires santé¹² (2013 et 2015), instruments de lutte contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins, la dynamique locale s'est amplifiée. En Pays de la Loire, la répartition départementale des MSP en fonctionnement était en 2014 de 10 MSP en Loire Atlantique, 14 MSP en Maine et Loire, 7 MSP en Mayenne, 9 MSP en Sarthe et 10 MSP en Vendée. En Mars 2016, 61 maisons de santé fonctionnent sur la région, et 29 sont en projet, soit un total de 90 MSP¹³.

¹⁰ Avec une prudence d'interprétation des résultats selon les auteurs, de par l'effectif réduit du nombre de MSP observées et de par la courte période d'analyse (2008 à 2011).

¹¹ D'après les résultats de l'Observatoire des MSP présentés le 11 mars 2016 lors de la 5^{ème} journée des FFMPs (http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPs_2_11_03_16.pdf)

¹² Le pacte territoire santé initié en 2012 avait pour objet de définir une politique de santé à travers deux engagements autour de trois objectifs : « changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ; transformer les conditions d'exercice des professions de santé ; investir dans les territoires isolés. » Le deuxième pacte de santé de 2015 s'est décliné en dix engagements autour de deux axes : « Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte santé I et innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires »

¹³ D'après les résultats de l'Observatoire des MSP présentés le 11 mars 2016 lors de la 5^{ème} journée des FFMPs (http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPs_2_11_03_16.pdf)

I.2) A Nantes, deux projets de MSP

a) L'identification de besoins de santé importants au niveau de deux quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique et sur le plan de la santé

La création de deux MSP a été inscrite au mandat municipal 2014-2020. Le choix des sites a été défini pour répondre aux besoins de populations résidant sur deux territoires¹⁴ nantais considérés comme « prioritaires » (au sens de la Politique de la Ville) avec des indicateurs de recours aux soins très inférieurs aux moyennes observées à l'échelle de la ville, malgré des besoins de soins objectivés comme plus importants. On observe également sur ces deux territoires d'importantes inégalités socio-économiques par rapport aux moyennes observées à l'échelle de l'agglomération.

En effet, sur près de 20 000 habitants répartis sur deux communes (325 hectares), le territoire I compte environ 40% de familles monoparentales, dont 60% sous le seuil de bas revenus, contre 25% à l'échelle de l'agglomération. Le revenu médian est inférieur à celui de l'agglomération nantaise avec un chômage en hausse continue depuis deux ans et très élevé chez les jeunes¹⁵.

Le territoire II, où vivent 12 000 habitants, est constitué à près de 68% de logements locatifs sociaux. Il est géré quasi exclusivement par un seul bailleur (Nantes Habitat) et constitue un des principaux quartiers d'habitat social de Nantes. Environ 40% des habitants sont logés dans quatre quartiers du territoire II, qui présentent des indicateurs socio-économiques inquiétants et des difficultés sociales très importantes (Ibidem).

Ainsi, les deux quartiers étudiés dans le cadre de cette recherche sont inscrits dans une politique globale de renouvellement urbain (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU)) dans la continuité de projets antérieurs de rénovation qui visaient le désenclavement et la requalification de ces quartiers. Ces quartiers figurent ainsi, au vu des disparités persistantes, au sein des 200 quartiers au niveau national qui bénéficieront du NPRNU (Nouveau Plan de Renouvellement Urbain) 2014-2024¹⁶. Cette démarche de renouvellement urbain est plus largement intégrée dans un « Projet Global » comportant également des déclinaisons visant à favoriser la cohésion sociale (à travers une politique de réussite éducative, de soutien à la vie associative, de prévention et de tranquillité publique), et favorisant le développement économique (au travers de l'accueil et du développement des entreprises au sein des quartiers, de l'accès des jeunes à l'emploi, du maintien du commerce de proximité, etc).

¹⁴ Chacun des deux quartiers d'étude est englobé dans un territoire incluant deux communes. Ces territoires seront de ce fait nommés « territoire élargi » dans la suite du travail, en référence au fait qu'ils s'étendent au-delà de la Ville de Nantes. Le premier quartier d'étude anonymisé sous la forme « quartier I » est compris dans le territoire I, de la même façon que le deuxième quartier étudié anonymisé sous la forme « quartier II » dans le territoire II.

¹⁵ 20% en 2013 soit le double de l'agglomération, d'après le protocole de préfiguration des projets de renouvellement urbain (Nantes métropole, co-financés par l'ANRU 8 juin 2015)

http://www.nantesmetropole.fr/deliberations/co_20150629/17_20150629_CM_DELA01_protocole_synthese_V4.pdf

¹⁶ Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain. Elaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de la ville. ANRU <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Nouveau-programme-national-de-renouvellement-urbain>

La démarche de renouvellement urbain constitue ainsi une opportunité supplémentaire pour développer des projets favorisant l'accès aux soins et à la santé des habitants des deux quartiers I et II, d'où le projet de deux MSP¹⁷.

De mauvais indicateurs de santé s'ajoutent à ces indicateurs socio-économiques. Dans les deux quartiers étudiés, les diagnostics de besoins de santé émanent principalement de deux études réalisées par les institutions de santé publique : une étude visant à montrer une vue d'ensemble de l'état de santé des habitants du quartier et une étude diagnostique concernant la démographie médicale et le recours aux soins sur le territoire élargi I. Sur le territoire I, ces deux études ont pu être complétées par la réalisation d'une étude sur les freins à l'accès aux soins¹⁸.

- **D'importantes inégalités de santé sur les quartiers d'étude I et II**

Réalisée par l'ORS Pays de la Loire, à la demande de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, avec l'appui de l'Assurance Maladie et de l'ARS des Pays de la Loire, une étude visant à montrer une vue d'ensemble de l'état de santé des habitants du quartier à travers des indicateurs de santé (morbidité, mortalité) et des indicateurs de recours aux soins à l'échelle des territoires, a été réalisée sur la période du 1^{er} Juillet 2012 au 30 Juin 2013.

En lien avec les difficultés économiques et sociales locales, d'importantes disparités sont mises en avant sur les quartiers I et II par rapport à la moyenne nantaise. Les données chiffrées détaillées figurent en annexe 1.

La mortalité prématurée (avant 65 ans) qui constitue un des outils majeurs pour apprécier l'état de santé d'une population et étudier les inégalités sociales et territoriales de santé, y est significativement plus élevée pour les deux quartiers d'étude (+44% pour le quartier I et +52% pour le quartier II), de même que le taux de personnes en affection longue durée (ALD). La proportion brute de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire CMU-C parmi les moins de 65 ans est également significativement plus élevée dans les deux quartiers. Ces inégalités semblent apparaître dès l'enfance (dès la Grande Section de maternelle), d'après les bilans de santé réalisés chaque année par le service municipal de santé scolaire entre 2009 et 2014, avec des taux d'enfants en surpoids significativement supérieurs à la moyenne nantaise.

Le même constat d'inégalités se retrouve en ce qui concerne le recours aux soins et à la prévention. Sur les deux quartiers I et II, la proportion de bénéficiaires de moins de 16 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste libéral est significativement inférieure à la moyenne de la Ville, alors qu'ils ont comparativement davantage besoin de soins comme évoqué précédemment. Les habitantes des territoires prioritaires nantais sont en proportion moins

¹⁷ La démarche de participation des habitants, expliquée plus tardivement, s'inscrit également dans le volet social des projets de renouvellement urbain.

¹⁸ L'ensemble de ces trois études n'est volontairement pas mentionné dans leur titre d'origine par mesure d'anonymat.

nombreuses à avoir eu recours à un gynécologue libéral dans l'année et à avoir bénéficié d'un frottis au cours des deux dernières années¹⁹.

- Une démographie médicale déclinante sur les deux quartiers

L'étude diagnostique concernant la démographie médicale sur les territoires I et II a été réalisée par l'ORS Pays de la Loire et détaille l'offre de soins présente en 2014. En ce qui concerne la démographie médicale sur ces quartiers, l'étude montre une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne à Nantes, soit 71 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour le quartier I et 57 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour le quartier II (comparativement à 95 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Nantes). Sur le quartier I, 18 médecins généralistes libéraux avec une moyenne d'âge de 50,9 ans sont installés. Parmi eux, un seul exerce en secteur 2. Sur le quartier II, sont installés 14 médecins généralistes, tous en secteur I, avec une moyenne d'âge de 48,7 ans. L'étude détaille également les autres professionnels de santé libéraux de premier recours présents sur les territoires I et II (ainsi que l'offre libérale de soins « spécialisées »), montrant notamment une offre de chirurgiens-dentistes et de pharmacies inférieure à la moyenne nantaise sur les deux quartiers²⁰

- Des freins à l'accès aux soins sur le quartier I²¹

A la demande de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, et dans le cadre de la politique municipale de santé publique visant à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, ces résultats ont pu être complétés par la réalisation d'une étude sur les freins à l'accès aux soins sur le quartier I, sur la période de mai 2012 à février 2013.

Cette étude prend appui sur une enquête mixte quantitative et qualitative interrogeant les habitants, les professionnels du quartier I (médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les partenaires du Réseau Local de Santé²²(associations). Cette étude a ainsi cherché à identifier, auprès de 671 personnes enquêtées (soit 248 professionnels de santé / 423 habitants), les principaux freins à l'accès aux soins des habitants du quartier I.

L'étude montre que 49% des habitants déclarent avoir reporté ou renoncé à des soins pour eux-mêmes. Ce taux atteint 74 personnes sur 100 pour les habitants sans complémentaire santé. Le report ou le renoncement aux soins touche tous les types de soins, mais l'absence de complémentaire santé augmente plus particulièrement le non recours aux soins dentaires (soins et prothèses), les

¹⁹ L'analyse du recours aux médecins généralistes est complexe : le recours aux généralistes (qui inclut SOS médecins) est supérieur à la moyenne nantaise sur le quartier I, mais inférieur sur le quartier II. Pour les bénéficiaires de la CMU-c, le recours à SOS médecins est supérieur à la moyenne nantaise sur les deux quartiers.

²⁰ Sur le quartier I, la densité de chirurgiens-dentistes est de 38 pour 100 000 habitants contre 75/100 000 à Nantes Métropole, 60/ 100 000 en Loire-Atlantique et 52/ 100 000 en France. On trouve une officine pour 3500 habitants contre 2800 à Nantes Métropole (densité comparable en Loire Atlantique et nationalement). Sur le quartier II, la densité de chirurgiens-dentistes est de 69 pour 100 000 habitants, et celle des pharmacies de une officine pour 4900 habitants.

²¹ « Quels sont les freins à l'accès aux soins ? Comment améliorer l'état de santé des habitants ? Le cas du quartier I à Nantes » (Aurillon 2012)

²² Les Réseaux Locaux de Santé, au nombre de cinq à Nantes, mettent en lien et animent les acteurs des territoires déterminés comme prioritaires.

médicaments remboursables et non remboursables, l'optique, les consultations médicales généralistes et spécialistes.

Ont été plus particulièrement identifiés comme problèmes les freins financiers (ceux-ci constituant le premier motif de report ou de renoncement aux soins), l'absence de complémentaire santé, et le sentiment de honte à solliciter l'aide d'un travailleur social. Se surajoutent à ces difficultés, des droits complexes et mal connus, des effets de seuils et des ruptures de droits à chaque date de renouvellement des dossiers de CMU-C, et à chaque changement de situation de la personne. Cette réalité impacte directement la perception et le rapport à la santé et à la maladie des habitants du quartier I. Ces derniers considèrent que la santé est importante mais qu'elle n'est pas une priorité en comparaison des difficultés de la vie quotidienne.

Le rôle pivot du pharmacien est souligné par le fait qu'en dehors du médecin, 80% des habitants du quartier déclarent demander conseil au pharmacien (même si les personnes sans complémentaire santé font plus souvent appel aux conseils des amis ou de la famille pour se soigner). Les horaires d'ouverture plus larges, la facilité d'accès des pharmacies et le fait de se sentir plus libre pour oser poser des questions figurent parmi les raisons évoquées.

L'étude étayant l'état de la santé des habitants du quartier, l'étude sur la démographie médicale et l'étude sur les freins à l'accès aux soins sur le quartier I ont renforcé la volonté de la Ville de Nantes à poursuivre le travail engagé pour diminuer sur ces quartiers les inégalités sociales de santé.

b) Une politique de santé municipale

Considérée comme une préoccupation nouvelle pour les communes²³, la politique de santé publique de la ville de Nantes s'inscrit, elle, depuis longtemps dans une démarche globale de promotion de la santé. Plusieurs dispositifs ou démarches, également soutenus par l'Agence Régionale de Santé ou par la Politique de la Ville, viennent illustrer ce volontarisme pour agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques qui influent sur la santé de la population nantaise :

- En 2008 sont mis en place des réseaux locaux de santé sur cinq territoires de la Ville, ainsi que la coordination d'un Atelier Santé Ville (ASV) ;
- En 2009 , la ville signe la charte Programme National Nutrition Santé (PNNS)²⁴ ;

²³ La santé est une compétence de l'Etat représenté localement par les Préfectures, compétence récemment reprise par les Agences Régionales de Santé. Les communes approchent la santé par le biais de leur action en matière d'hygiène, des actions des Centres Communaux d'Action Sociale et des volets santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociaux (CUCS), des Ateliers Santé Ville (ASV). Cela ne concerne pas toutes les communes. Les intercommunalités quant à elles ont la possibilité de prendre des compétences optionnelles et certaines le font pour la santé, d'autres élargissent leurs compétences en matière d'aménagement du territoire à la préservation de l'offre de soins de premier recours (, 2015) (8). Jusqu'à une époque récente, les collectivités locales n'avaient pas à se soucier de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire. Pour beaucoup de municipalités, la santé était l'affaire des médecins et de la Sécurité sociale. Depuis 10 ans, cette perception semble avoir changé notamment dans les communes confrontées à la diminution du nombre de médecins et au vieillissement de la population. (Coutant, dans Place publique n°36, Décembre 2012)

²⁴ Les collectivités territoriales (particulièrement les communes et les intercommunalités) sont appréhendées par la direction générale de la santé (DGS) comme des relais d'opérationnalisation du PNNS. Elles sont invitées depuis 2003 à y adhérer via la charte « Villes actives ». La signature de cette charte permet aux collectivités adhérentes de bénéficier gratuitement des outils

- En 2012, elle signe avec l'ARS le Contrat Local de Santé (CLS), qui décline les priorités à travers cinq orientations stratégiques.
 - o Favoriser la promotion de la santé en agissant sur les déterminants de la santé, les modes de vie et les comportements ; favoriser la prévention en santé en incitant aux dépistages ; promouvoir la santé des enfants à l'école et concourir à la réussite éducative ; améliorer l'accès aux droits et aux soins pour les publics en situation de précarité ; développer le débat participatif et l'information du public.
- En 2015, elle lance un appel à projet commun sur trois thématiques prioritaires : l'accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables ; la promotion de l'alimentation et de l'activité physique ; la prévention des conduites à risque.

La Ville de Nantes est aussi membre du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS depuis 1994. Elle en assure la vice-présidence sur la période 2015-2018 et tend à intégrer les préoccupations de santé publique dans toutes ses politiques publiques, en cohérence avec l'inscription d'un projet de construction de MSP au sein d'un mandat municipal.²⁵

Cependant, l'expérience a montré que la construction d'une MSP ne pouvait aboutir sans un engagement fort des professionnels de santé concernés, les projets immobiliers portés par des municipalités risquant souvent de déboucher sur des « coquilles vides », avec des difficultés à recruter des professionnels de santé.

c) Sur chaque quartier, la présence de professionnels de santé réceptifs

Sur chacun des deux quartiers, une réflexion émerge parmi quelques professionnels de santé depuis 2010 face au constat de plusieurs départs en retraite de leurs confrères sur le quartier et d'une pratique isolée. Sur le quartier I un médecin et un pharmacien ont notamment réfléchi à monter un projet d'exercice regroupé sous le format d'une maison médicale, sans parvenir à mobiliser suffisamment de professionnels intéressés pour que l'idée aboutisse. Sur le quartier II, la dynamique se constitue dès 2011 autour de l'initiative d'un médecin qui constitue autour de lui une première équipe de professionnels de santé intéressés par un exercice regroupé avec la présence de quatre médecins, trois kinésithérapeutes, une infirmière et une sage femme.

d) Un processus de co-construction des MSP, avec l'appui de la Mission Santé Publique

de communication et de diffusion conçus par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). En revanche, elles ne reçoivent aucun financement ministériel direct pour la mise en œuvre de leurs actions. Les premières signatures de la charte « Villes actives » du PNNS interviennent en 2004. Dix ans plus tard, au 1er janvier 2014, 309 communes et collectivités l'ont signée. (Haschar-Noe et al 2015) (9).

²⁵ Dans les entretiens que nous avons réalisés, le premier adjoint au maire de Nantes, mentionnait également le fait que le territoire favorisait l'émergence d'un projet comme celui des MSP, par la place importante de l'économie sociale et solidaire, ainsi que par la présence d'une importante histoire mutualiste sur le secteur qui contribuaient à créer un terreau associatif et coopératif soutenant.

Le choix retenu avec des professionnels de santé libéraux des territoires concernés étant celui de construire des MSP, la ville de Nantes leur propose de mettre en place un accompagnement pour réaliser le projet de façon conjointe.

Les professionnels de santé doivent passer par quelques étapes clés pour monter une MSP, étapes recommandées par les ARS²⁶. Il s'agit de :

- ✓ La réalisation d'une étude d'opportunité pour le diagnostic des besoins du territoire²⁷ ;
- ✓ La mobilisation des professionnels de santé du territoire autour du projet de MSP ;
- ✓ La réalisation d'une étude de faisabilité et d'opportunité du projet ;
- ✓ La rédaction du projet de santé (et la constitution d'une association de professionnels de santé pour toute la durée de l'élaboration du projet²⁸)
- ✓ La définition du projet immobilier de la MSP : projet architectural et montage financier ;
- ✓ Le choix du statut juridique de la MSP²⁹ ;
- ✓ Le choix du système d'information partagé³⁰ ;

Au moment où a été acté le projet de création de deux MSP au mandat en 2014, la Ville s'était positionnée comme « facilitatrice », avec le souhait de mettre à disposition une aide aux professionnels de santé pour avancer dans ces étapes de création d'une MSP. Face à l'absence de portage financier par les professionnels, cette posture initiale de la Ville évolue et s'enrichit avec la proposition d'un investissement immobilier qui serait amorti par les loyers payés par les professionnels de santé et par les apports financiers d'autres partenaires (Conseil Régional).

La Ville choisit notamment de mettre à disposition les compétences de son service de Mission Santé Publique, pour apporter un appui en terme d'ingénierie de projet. Le service est présenté dans l'encadré ci-dessous.

Présentation du service de Mission Santé Publique de la Ville de Nantes

Parmi les huit directions et services chargés de mettre en œuvre les politiques municipales et métropolitaines décidées par les élus, la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes fait partie intégrante de la Direction Générale déléguée à la Cohésion Sociale, et se situe au sein du Département Prévention et Solidarité. Les missions du service s'inscrivent dans une démarche globale de promotion de la santé et ciblent prioritairement la réduction des inégalités sociales de santé en s'appuyant sur un enjeu de cohésion sociale et de lutte contre les inégalités sociales de santé ³¹. En s'appuyant sur l'existence de trois pôles (le pôle ressources, le pôle thématiques, le pôle territoires) elle met en œuvre ses actions dans un partenariat institutionnel et associatif, à des niveaux différents en fonction des thèmes et des populations : actions de prévention, de communication, d'éducation à la santé (individuelle et collective), de participation et de soutien

²⁶ Fiches outils réalisés par l'ARS Pays de la Loire autour de la démarche d'accompagnement d'un projet de MSP/ pôles de sabré et outils associés.

²⁷ Le diagnostic des besoins du territoire doit être réalisé en s'appuyant sur les orientations du schéma régional de l'offre de soins (SROS). Ce diagnostic a en général une double composante, quantitative (données de santé, relevé de l'offre de soins de premier recours) et qualitative (entretiens avec les acteurs de terrain, évaluation des besoins, identification des forces et faiblesses du territoire) (Coutant, Tuffreau 2016) (10).

²⁸ Celle-ci peut perdurer une fois la structure ouverte sans constituer pour autant la forme juridique du regroupement.

²⁹ Le statut juridique de la MSP est laissé au libre choix des professionnels. Toutefois seule la constitution en SISA permet la rémunération d'activités exercées en commun.

³⁰ Le système d'information est un ensemble organisé de ressources matérielles et logicielles qui permet de gérer des données numérisées au service de la prise en charge des patients/usagers de la MSP et de l'organisation des soins.

³¹ Rapport d'activité 2013 de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes

aux réseaux, d'interventions individuelles et collectives (santé scolaire et réseau local de santé mentale). La signature en 2012 (et pour 5 ans) avec l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et la Préfecture de Loire Atlantique d'un Contrat Local de Santé (CLSa) permet de renforcer les partenariats et les moyens financiers consacrés à la promotion de la santé sur le territoire nantais, en particulier sur ses quartiers prioritaires où se concentrent les inégalités de santé.

Le pôle thématique anime et coordonne plus particulièrement des actions sur les quartiers en priorisant les thématiques de santé publique suivantes : la santé des jeunes et la réduction des risques, la santé environnementale, la nutrition (comprenant l'activité physique et l'alimentation), et la santé mentale. Un chargé de projet est responsable de chacune des quatre thématiques : une infirmière scolaire est responsable de la santé des jeunes, une infirmière en psychiatrie est en charge de la thématique santé mentale, deux ingénieurs en santé publique sont en charge de la thématique santé environnementale et de la nutrition.

L'ingénierie de projet autour du projet des MSP est mise en œuvre par la branche « inégalités sociales de santé », dans laquelle un chargé de projet géographe de la santé décline ses missions autour de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des publics nantais vulnérables d'une part, et de l'Observation de la santé des Nantais d'autre part. Il s'agit dans ce dernier cas, d'observer la santé des nantais dans 5 domaines (indicateurs sociodémographiques, état de santé, démographie des professionnels de santé et accès aux soins, santé environnementale) pour aider à orienter la politique de santé publique de la Ville de Nantes, et partager la connaissance de la réalité de terrain avec les partenaires, les professionnels de santé et les habitants.

Via le pôle territoire, la Ville de Nantes assure une politique volontariste en matière de santé scolaire qui va au-delà de la délégation de l'Education Nationale³² : Nantes étant une des 12 villes à avoir gardé un service municipal de santé scolaire avec des champs de compétences qui vont de la Grande Section de maternelle au CM2 dans l'ensemble des écoles publiques et privées nantaises. Une équipe de médecins scolaires, infirmières scolaires et assistantes sociales se répartit sur quatre territoires (Nord, Sud, Est, Ouest) de la Ville de Nantes, sous la coordination du responsable pôle territoire.

La posture d'accompagnement de la Mission Santé Publique dans le projet et auprès des professionnels de santé s'est faite avec l'appui de diverses ressources et acteurs existants sur la région. Parmi eux, on trouve :

Le Conseil Régional des Pays de la Loire, qui peut sous certaines conditions, subventionner des projets. Outre l'aide à l'acquisition de locaux, il soutient des projets de télémédecine pour préserver le maillage territorial de l'offre de soins.

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire qui a notamment pour mission l'organisation des soins de premier recours en région et qui accompagne le développement des projets de pôles et maisons de santé par l'intermédiaire d'un dispositif à deux niveaux : le CORECS (Comité régional de concertation des Soins de premier recours) et les CATS (Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours) :

- Le CORECS est une instance de concertation et de dialogue avec les acteurs du secteur (ARS, direction du Conseil régional, Associations départementales des maires, représentants des URPS, directeur coordinateur cellule gestion des risques- assurance maladie, représentants de l'APMSL PDL, représentants des usagers...) qui a notamment pour mission de suivre et évaluer les

³² La santé scolaire est une compétence habituellement assurée par l'État avec du personnel (médecins, infirmières) rattaché depuis 1991 en totalité au Ministère de l'Éducation nationale. Dans les villes où un service spécifique a été créé, les missions réalisées sont celles dévolues ailleurs aux personnels des inspections académiques. Elles sont précisées par la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 (5).

projets et expérimentations en cours mais aussi de porter un avis partagé sur les démarches ainsi que les outils d'accompagnement.

- Les CATS sont présents dans cinq départements et identifiés comme le guichet chargé du recensement, du suivi et de l'accompagnement des projets de pôles et maisons de santé. Ils sont composés du Délégué Territorial de l'ARS et/ ou de ses collaborateurs ; d'un représentant de la plateforme d'appui régionale de l'ARS ; du Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ; d'un représentant local de chaque URPS ; d'un représentant de l'association régionale des MSP ; de représentants de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ainsi qu'éventuellement d'autres membres en fonction des contextes départementaux (Conseil Général, Préfecture...).

Les Unions Régionales des professionnels de santé (URPS) qui pour chacune des professions et dans chacune des régions, sont les interlocuteurs des diverses institutions (Agence Régionale de Santé, collectivités territoriales, municipalités...) en ce qui concerne les questions d'organisation des soins dans la région.

- Enfin l'APMSL (l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire) qui a pour mission première de partager les expériences et informations entre porteurs de projets pour faciliter la mise en œuvre des projets et rompre l'isolement des professionnels. L'APMSL fait partie de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

La Mission Santé Publique s'est également appuyée sur les conseils et témoignages d'autres professionnels de santé exerçant dans des MSP, notamment à Angers (Maison des Hauts de Saint Aubin) ou par le biais d'autres villes faisant partie du réseau Ville santé OMS.

Au-delà de son appui en terme d'ingénierie de projet, la Mission Santé Publique se donnait comme objectifs opérationnels dans le projet de création de deux MSP de ³³ :

- Faciliter le développement des liens entre les acteurs associatifs de la prévention et les professionnels libéraux impliqués pour « développer davantage les actions de prévention en direction des personnes en situation de précarité, les plus éloignées de la prévention et du soin ». Ceci par la mise à disposition de ressources s'appuyant sur la dynamique des Réseaux Locaux de Santé et des partenaires des deux communes concernées par le projet des MSP (Consommation Logement et Cadre de Vie, Unité de Gynécologie Obstétrique Médico Psycho Sociale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Cap Santé Plus 44, Les Apsyades, Le Triangle, Sport pour tous³⁴ etc) ;

³³ D'après un compte rendu rédigé par l'URPS ML suite à la présentation des missions que donnait la Mission Santé Publique au CATS en Novembre 2013

³⁴ Cap Santé Plus 44 est la structure de gestion du dépistage organisé des cancers de Loire Atlantique. Oppelia Le Triangle et Oppelia Les Apsyades sont des associations à but non lucratif qui ont pour objet d'apporter une aide aux personnes et leur entourage rencontrant des difficultés psychologiques, sociales et sanitaires liées notamment à l'usage de drogues et aux addictions. L'objectif de l'association « Sport pour tous » est d'accompagner les publics vers l'autonomie autour de la pratique d'activités physiques et sportives et d'une bonne alimentation.

- Faciliter l'accès aux droits (Couverture Médicale Universelle complémentaire (CMU-c), ACS (Aide à la Complémentaire Santé) et lutter contre le non recours, en accompagnant les publics dans leurs démarches (notamment les habitants sans mutuelle), et en développant les liens avec le Centre Communal d'Action Social (CCAS) par la permanence possible de travailleurs sociaux du CCAS au sein des MSP ;
- Développer les liens avec le Service Municipal de santé scolaire de la Ville de Nantes pour améliorer le suivi des enfants ;
- Faciliter la participation des habitants à la réflexion au projet.

II. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le mouvement de regroupement amorcé par les MSP amène les professionnels de santé à se rencontrer pour l'élaboration commune d'un projet de santé (nécessaire pour bénéficier de financements publics) et à entamer un dialogue avec l'ARS et souvent les élus municipaux (qui peuvent également venir en soutien). Ces deux types de rencontres se heurtent, l'une comme l'autre, à de nombreuses difficultés.

D'une part, l'élaboration d'un projet de santé pluriprofessionnel, tout en constituant un outil de mise en lien des professionnels de santé (Fournier et al 2014) (11), procède d'un véritable « changement de paradigme » ainsi que d'un vrai « changement identitaire » pour ces derniers (Bourgeois 2015) (12). D'une vision essentiellement curative et individuelle de leur action sous la forme d'un colloque singulier avec le patient, les professionnels de santé sont en effet amenés à construire un projet collectif au service d'une population sur un territoire (Bourgeois 2015) (12). D'autre part, l'élaboration d'un projet collectif pluri-professionnel amène à faire travailler ensemble des professionnels qui ne se connaissent pas ou peu et qui ont de surcroît une « culture individuelle autonome » liée à une activité libérale « monoprofessionnelle » (Fournier et al 2014) (11). L'enjeu est donc de passer d'un modèle d'organisation individualiste à une pratique plus coopérative (Dépinoy 2013) (13). Or, les médecins et autres professionnels de santé sont de façon générale mal préparés à l'exercice collaboratif pluriprofessionnel (d'Amour 1999) (14). Les écueils peuvent être nombreux entre par exemple l'instauration d'une unique logique de délégation de tâches, ou encore celle de la persistance d'une hiérarchie symbolique entre les différents corps de métier (Lombrail 2014) (3). Ainsi, la phase d'écriture collective d'un projet de santé peut s'avérer délicate pour les professionnels de santé, peu rompus aux mécanismes et aux pratiques d'un exercice partagé, qu'ils abordent avec beaucoup de circonspection (Vuattoux, Magnin 2009) (15). De fait, cela sous-entend de nouvelles activités, de nouvelles perspectives, de nouvelles coopérations, de nouvelles compétences, de nouveaux regards sur sa pratique, et sur la santé d'une population pour lesquels il faut accepter de bouleverser ses pratiques (Ménard 2013) (16).

Par ailleurs, le partenariat entre professionnels de santé et collectivités territoriales reste tout aussi complexe et doit d'autant plus faire l'objet d'une attention particulière qu'il est rapporté que, lorsqu'ils sont conçus en lien avec une collectivité, trop de projets échouent du fait de l'absence d'une coopération bien menée (Juilhard et al 2010) (17). Néanmoins, s'il semble s'accorder autour de préoccupations communes (pérennisation de l'offre de soin de premier recours, désir de construire une maison de santé et de délivrer des soins de qualité à la population), le dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux n'en demeure pas moins difficile à élaborer. Ces deux acteurs n'ont jusqu'à présent eu que peu d'occasion de construire un projet commun (Bourgeois 2015) (12). Ils n'ont de surcroît pas les mêmes valeurs et croyances ni définition des rôles de chacun (Bourgeois 2015) (12). Les médecins généralistes libéraux sont engagés dans une relation individuelle très forte avec leurs patients, avec une stabilisation de leur clientèle (Bourgeois 2015) (12) quand les élus mènent des actions publiques, préoccupés par un accès aux soins pour l'ensemble de la population et

un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins (Juilhard et al, 2010) (17). La logique professionnelle des acteurs de soins diffère de la logique politique des collectivités (Leprette 2011) (18). Ainsi de nombreux pièges peuvent se dresser sur le chemin puisque « tout peut donner lieu à discussion » (de Haas 2010) (19), qu'il s'agisse du lieu d'implantation, des choix architecturaux, des options de vente ou de location, de la répartition des coûts ou de la méthode de gestion de projet (plus ou moins directive). Par ailleurs, les professionnels de santé, au premier rang desquels les médecins, restent plus particulièrement circonspects face à la place revendiquée par les élus de « partenaire dans l'élaboration des projets de santé de territoire », craignant plus particulièrement que ne leur soit imposées certaines tâches ou contraintes de continuité des soins (Dépinoy 2011) (13).

Il existe également un enjeu de temporalité entre ces deux groupes d'acteurs à laquelle il convient d'être vigilant. Si la lenteur de mise en œuvre de ces projets peut décourager certains élus, cette période de maturation est perçue comme indispensable à l'appropriation des objectifs du projet de santé et des modalités de fonctionnement des MSP par les professionnels de santé (Juilhard et al 2010) (17). Ceci impose aux élus et aux partenaires institutionnels de respecter une « temporalité de mûrissement » (Vuattoux, Magnin 2009) (15) qui ne « brusque pas les professionnels de santé » (de Haas 2010) sous peine de créer une « coquille vide » (Baudier, Clément 2009) (20) (Raynaud 2013) (21).

Les recommandations du séminaire national de Besançon de 2008 insistent sur le fait que les professionnels de santé doivent rester à l'initiative du projet des maisons de santé et que ce projet ne peut résulter d'une commande publique qui échapperait à leur initiative (Baudier et al 2009). Néanmoins de façon réciproque, un projet de maison de santé doit essayer de s'articuler avec les objectifs portés par les acteurs publics, en particulier en termes d'aménagement du territoire et d'équité de l'offre de santé (Baudier et al 2009) (20). Cette vision partagée, à laquelle veille l'ARS, s'avère indispensable à la mobilisation des fonds publics, dont les élus sont garants, notamment pour l'investissement immobiliser nécessaire à la maison de santé tout autant que pour des projets de « services de santé » à la personne élaborés avec les professionnels concernés (Dépinoy 2011) (13).

La réussite de la rencontre entre les différents professionnels de santé, et entre ces deux groupes d'acteurs (Ville et acteurs de soins libéraux), et l'initiation d'un travail commun sont déterminants dans la construction de MSP fondées sur des projets collaboratifs solides. Il paraît donc particulièrement intéressant de comprendre comment se font ces rencontres, autour de quels enjeux et intérêts se réalise le projet de MSP et quels sont les éléments qui facilitent ou au contraire compliquent le dialogue et la coopération. Cette question de recherche sera appliquée à deux cas contrastés qui seront suivis et confrontés dans le temps.

Objectifs de la recherche

Ce travail propose de réaliser une étude de cas comparative de la mise en place de deux projets de MSP réunissant deux équipes de professionnels de santé libéraux et une collectivité, lors de la phase d'écriture, par les professionnels eux-mêmes, du projet de santé, première étape effective d'un projet de MSP.

Pour « rendre compte des étapes de fabrication d'une action publique en train de se faire » (Dubois 2012) (22), la démarche « socio ethnographique » choisie questionnera tour à tour le « processus » emprunté par les professionnels de santé pour aboutir à l'écriture du projet de santé; ainsi que le « résultat » en terme d'aboutissement et de positionnement suite à une première année de travail collectif.

Dans le « processus » nous chercherons à analyser :

- Le contexte dans lequel les professionnels se trouvent initialement, avec les difficultés à résoudre et les besoins qu'ils identifient, leurs motivations, attentes et intérêts vis à vis du projet, ainsi que les enjeux présents autour du projet du santé et qui l'influencent ;
- Les objectifs communs autour desquels les professionnels de santé se rassemblent et se mettent d'accord entre eux avec des enjeux communs et/ou spécifiques auxquels sont soumis chacun des corps de métiers ;
- La manière dont la dynamique de groupe prend forme (avec ses points d'achoppement, mais aussi les leviers identifiés pour soutenir ce travail collectif) ; ce que requiert la participation et l'engagement des professionnels de santé durant cette phase d'élaboration du projet de santé et la façon dont ils s'y engagent ;
- La façon dont se construit le travail en collaboration avec la Ville et les interactions entre professionnels de santé et la Ville.

En terme de « résultat », nous décrirons ce que produit in fine un an de travail collectif :

- A quoi cela aboutit-il en termes de projet de santé, d'accords, d'engagements mutuels éventuels, fin avril 2016 ? Que pensent les protagonistes notamment du projet de santé et de leur collaboration ?
- En quoi l'ensemble du « processus » influe-t-il sur le montage et l'avancement du projet et sur l'engagement de chacun dans le projet ?

III. METHODE

Le choix d'une approche qualitative inductive et compréhensive se justifie par la volonté de « saisir le sens » de l'expérience vécue par les professionnels de santé libéraux (Beaud Weber 2010) (24) impliqués dans l'élaboration du projet de santé. Différentes méthodes de recueil ont été articulées, et une analyse thématique de contenu des entretiens récoltés a été ensuite menée. Le cadre d'analyse choisi a été celui de la sociologie de la traduction, pour sa concordance avec les objectifs fixés dans le cadre de cette recherche.

III. 1 Méthode de recueil des données

Après une première phase de travail préparatoire, s'appuyant sur un état des lieux de la littérature au sujet des MSP et sur la rencontre de quelques personnes ressources pour positionner les MSP étudiées dans le contexte des projets actuels, trois méthodes complémentaires ont été retenues pour la collecte des données : un recueil de documents (compte-rendus municipaux), l'observation participante couplée à des notes de terrains, et des entretiens semi-dirigés. Cette démarche s'inscrivait dans une volonté de croiser et de mettre à profit l'ensemble des données disponibles dans le but d'affiner le travail d'analyse.

- **III. 1. 1 Un recueil de documents préexistants (comptes rendus municipaux)**

Les comptes rendus analysés étaient essentiellement ceux produits par la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, en amont de l'arrivée en stage en mai 2015 de l'auteur de cette thèse, concernant soit des notes explicatives de synthèse adressées au Directeur Général des Services de Nantes, soit aux élus concernés. Des comptes rendus de réunions menées avec les professionnels de santé en présence de la Mission Santé Publique et du médecin accompagnateur du CATS ont également été collectés. Le contenu de ces comptes rendus préexistant au travail mené a pu être intégré à l'analyse.

- **III. 1. 2 Une observation participante et des notes de terrain**

Deux groupes d'acteurs professionnels de santé ont pu être « suivis » (groupe I et II) sur une période s'échelonnant sur un an de mai 2015 à fin avril 2016, en lien avec les objectifs de stage m'étant alloués. Pour chacun de ces deux groupes, un travail d'« observation participante » a pu être mené consistant à « participer réellement à la vie et aux activités des sujets observés » (Muchielli 2009) (24) permettant une exploration de la situation en vue de la construction d'un objet de recherche. Les acteurs étaient par ailleurs informés qu'un travail de thèse de médecine serait fourni à la fin du stage en lien avec l'exercice d'accompagnement effectué. Cette observation s'est couplée à une prise de notes de terrain, qui contenaient à la fois des données objectives sur les événements étudiés (consignant date, lieu, noms des participants et ordre du jour de réunions menées avec les

deux groupes de professionnels de santé couplées à des éléments plus subjectifs (impressions ou réflexions personnelles, de propos ou réactions marquants des professionnels de santé suivant chaque rencontre en réunion ou lors de conversations informelles en individuel). Parmi les notes de terrain figuraient aussi certains propos échangés au gré du stage avec les différents chargés de projet de la Mission Santé Publique. Les comptes rendus que j'ai rédigés à l'issue de chacune des réunions menées avec les professionnels de santé pour élaborer le projet de santé ont été intégrés en tant que « note de terrain » (environ 13 comptes rendus pour chacun des groupes I et II).

- **III. 1. 3 La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés**

Au total, trente entretiens individuels semi-dirigés ont pu être réalisés auprès des deux groupes de professionnels de santé (groupe I et groupe II), et auprès des professionnels de la Mission Santé Publique ainsi que des élus concernés par le projet de réalisation des MSP.

Le guide d'entretien élaboré pour interroger les professionnels de santé (en annexe 2) s'intéressait à la fois au « processus » d'élaboration du projet de santé, et aux « résultats » au bout d'un an. Au sein de la catégorie « processus » étaient questionnés : l'histoire et la genèse de l'intégration des professionnels au sein du projet ; leurs attentes et motivations initiales à intégrer le projet ; leurs analyses concernant la dynamique de groupe en constitution (à travers leur sentiment d'appartenance au groupe, l'avis sur le leadership exercé et les leviers identifiés pour un travail pluri professionnel) ; les conditions d'élaboration du projet de santé ; et la collaboration avec la ville (le vécu de cette collaboration, la compréhension du rôle de la mission santé publique et les enjeux perçus pour la suite de la collaboration). Au sein de la catégorie « résultats » étaient questionnés : les ajustements et évolutions éventuelles des professionnels de santé par rapport au projet ; leurs avis par rapport au contenu du projet de santé, leur positionnement par rapport à l'ensemble du projet et leur degré d'adhésion au projet.

Ainsi, quinze professionnels de santé ont été interrogés au niveau du quartier I sur une période allant du 8 mars au 20 avril 2016, avec des entretiens d'une durée moyenne de 77 minutes. Sur le quartier II, neuf professionnels de santé l'ont été du 9 mars au 28 Avril 2016, avec une durée d'entretien d'une moyenne de 65 minutes.

Tableau I : Détails des professionnels de santé interrogés sur le quartier I et II

	Profession	Nombre de personnes interrogées
Quartier I (15 professionnels interrogés / 28 adhérents*)	Médecin	6 (sur 6)*
	Sage-femme	1 (sur 1)
	Masseur –kinésithérapeute	2 (sur 2)
	Pharmacien	3 (sur 5)
	Infirmier libéral	2 (sur 3)
	Orthodontiste	1 (sur 1)
	Ostéopathe	0 (sur 1)
	Diététicien	0 (sur 1)
	Médecin biologiste	0 (sur 1)
	Psychologue	0 (sur 1)
	Orthophoniste	0 (sur 2)
	Orthoptiste	0 (sur 1)
	Chirurgien-dentiste	0 (sur 1)
	Psychologue	0(sur 2)
Quartier II (9 professionnels interrogés sur 17 adhérents*)	Médecin	4 (sur 5)
	Infirmier libéral	1 (sur 2)
	Masseur –kinésithérapeute	3 (sur 3)
	Pharmacien	1 (sur 3)
	Sage-femme	0 (sur 1)
	Orthophoniste	0 (sur 1)
	Psychologue	0 (sur 1)
	Médecin biologiste	0 (sur 1)

** Proportion précisée par rapport aux catégories de professionnels de santé adhérents à l'association loi 1901 constituée en Juin 2015, dernière mise à jour des adhérents Avril 2016.*

Pour des contraintes de temps, un échantillon le plus exhaustif possible de professionnels de santé, parmi les adhérents à l'association loi 1901 constituée en Juin 2015, a été interrogé. Au-delà du respect de la diversité des professionnels impliqués dans les projets, le choix de cet échantillon s'est basé sur un critère de fréquence de participation aux réunions d'élaboration du projet de santé, en interrogeant les professionnels de santé présents lors de la création de l'association des professionnels de santé.

Ainsi sur le quartier I, n'ont pas été interrogés, parmi les adhérents à l'association constituée : deux psychologues et un chirurgien-dentiste n'ayant assisté à aucune réunions de travail; et une ostéopathe, un médecin biologiste, deux pharmaciens, une orthoptiste et sa collaboratrice, deux orthophonistes, une diététicienne ces derniers ayant rejoint plus tardivement le groupe.

Sur le quartier II, n'ont pas été interrogés, parmi les adhérents à l'association constituée : une sage-femme ayant rejoint le groupe en Janvier 2016, un médecin biologiste, une orthophoniste, une psychologue et une infirmière, ces derniers n'ayant participé à aucune réunion de travail entre professionnels de santé.

Le contenu des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé a par la suite été confronté avec celui d'entretiens de six membres concernés de la Mission Santé Publique de la ville de Nantes (directeur, chargés de projets), ainsi que ceux des élus municipaux impliqués. Les guides d'entretiens figurent en annexe 2.

Les membres de la Mission Santé Publique ont pu être interrogés en miroir sur les mêmes items que les professionnels de santé (dynamique perçue des professionnels de santé, avis sur le projet de santé, sur le leadership), mais aussi sur l'évolution de leur point de vue et de leur perception des enjeux au cours de l'année écoulée en tant que structure facilitatrice et accompagnante du projet des MSP dans le cadre du dispositif mis en place. Ainsi, ils ont été interrogés sur leur compréhension des enjeux soulevés pour les professionnels de santé, les difficultés auxquelles ils s'attendaient ou non, les leviers identifiés pour co-construire ce projet avec ces derniers et les perspectives qu'ils percevaient pour la suite du projet. Les élus ont plus particulièrement été questionnés sur le format d'organisation (MSP) retenu. Ces entretiens se sont échelonnés sur le mois d'Avril 2016 pour les professionnels de la Mission Santé Publique et ont duré en moyenne 70 minutes, et jusqu'au mois de Juin 2016 pour les élus avec une durée moyenne de 39 minutes.

Tableau II : Description des caractéristiques des élus et des professionnels de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes interrogés.

Elu 1	1 ^{er} Adjoint au Maire de la ville de Nantes, délégué aux finances, à l'évaluation des politiques publiques, à l'emploi, au sport de haut niveau, aux équipements sportifs d'intérêt métropolitain. Vice-président de Nantes Métropole. Elu de quartier II. Parti politique : Parti Socialiste
Elu 2	12 ^e adjointe au Maire déléguée à la Santé, Précarité et Grande Pauvreté. Élu de quartier I. Parti politique : Parti Communiste Français.
Mission Santé Publique	Médecin directeur (professionnel 1)
	Responsable Pôle Thématique (professionnel 2)
	Chargé de projet Observation de la Santé, accès aux soins et aux droits (géographe de la santé) (professionnel 3)
	Responsable du Réseau Local de Santé de quartier II et de la l'animation de l'atelier citoyen (professionnel 4)

III. 2 Méthode de traitement et d'analyse des données

Suite aux enregistrements, l'ensemble des entretiens a fait l'objet d'une retranscription ciblée et d'une anonymisation. Les deux quartiers d'études ont été anonymisés par le recours au chiffre romain (quartier I et II), et les personnes par l'indication de leur profession suivie d'un numéro pour le groupe I (exemple : médecin 1), et d'une lettre pour le groupe II (exemple : médecin A).

- **III. 2. 1 Analyse thématique de contenu**

Chacun des entretiens a été passé, dans son intégralité, au crible d'une étape de codage, où les mots et expressions révélatrices des « nœuds de sens » (Balard et coll 2016) (25) du discours ont été extraites, et consignées dans un logiciel de traitement de texte. A partir d'un travail d'articulation des divers nœuds, un plan d'analyse a pu être construit et organisé. Dans le but de faciliter la comparaison des deux groupes, le codage a été harmonisé entre eux.

- **III. 2. 2 Validité du codage**

Une double relecture des entretiens par mes directeurs de thèse a permis la validation du choix des nœuds, permettant ainsi de respecter le critère de reproductibilité du codage. Une discussion collective de l'analyse a pu être menée à deux reprises permettant d'apporter un regard en extériorité et de faciliter la mise à distance nécessaire à l'analyse en limitant les biais d'interprétations (Kivits et coll 2016) (26).

La triangulation des données issues de divers matériaux (revue de la littérature, notes de terrain et entretiens) a également contribué à la validité de l'analyse qualitative.

III. 3 Présentation du cadre général d'analyse : la sociologie de la traduction

Dans le but de mettre en forme nos données en nous appuyant sur un cadre d'analyse reconnu, nous avons choisi de nous référer à la sociologie de la traduction (Akrich, Callon et Latour, 1986, 2006) (27) (28). Un des apports majeurs de cette approche est de montrer que la finalisation d'un projet ne dépend pas uniquement des propriétés intrinsèques des parties prenantes mais également du processus de mobilisation qui a été mis en œuvre. Le processus de mobilisation passe par les étapes de « traduction » suivantes: « contextualisation », « problématisation », « point de passage obligé », « enrôlement » et « mobilisation ». Si Callon (1986) parle de « processus » et d'« étapes », il souligne que cette méthode de traduction est tourbillonnaire, donc non linéaire, et que les étapes peuvent se chevaucher par des allers et retours permanents. Nous décrirons plus particulièrement les étapes de contextualisation, de problématisation et d'enrôlement qui correspondent aux questions que nous nous posons sur le processus étudié et qui ont donc été retenues dans notre cadre d'analyse.

La **contextualisation** consiste selon Callon (1986) à « *analyser les intérêts et les enjeux des actants en présence et leur degré de convergence. (...) Elle permet de maîtriser, en amont, les attentes des parties prenantes et d'articuler les réponses organisationnelles pour atteindre une conciliation des intérêts. Cette phase devrait permettre une problématisation susceptible de remporter l'adhésion des parties prenantes en présence* » (28).

La phase de **problématisation** consiste en la formulation d'une question ou d'une interrogation, susceptible de produire la convergence des acteurs concernés (Akrich, Callon et Latour, 2006). Il s'agit de l'objectif de la traduction qui est de fédérer un ensemble d'actants autour d'une problématisation, autrement dit d'inscrire le plus grand nombre d'alliés au sein d'un réseau. La problématisation est un « *système d'alliances (...) entre entités dont elle définit l'identité ainsi que les problèmes qui s'interposent entre elles et ce qu'elles veulent* ». Une problématisation n'est pas unique. Elle peut être contestée par d'autres problématizations. Par ailleurs, l'auteur précise qu'« *il serait absurde pour l'observateur de dépendre des groupes formulant en toute indépendance leurs identités et leurs buts. Ceux-ci ne se mettent en forme et ne s'ajustent que dans l'action* » (28).

L'**enrôlement** désigne le mécanisme par lequel un rôle est défini et attribué à un acteur qui l'accepte. (...). La phase d'enrôlement vise à distribuer les rôles aux différents acteurs en présence dans la recherche de solution au problème commun identifié dans la phase de problématisation. Cette phase est cruciale car si le rôle est refusé par un actant, cela fragilise le réseau, ce refus pouvant entraîner d'autres en cascade. La définition et la distribution des rôles (...) résultent de négociations multilatérales au cours desquelles l'identité des acteurs est testée.

III. 4 Une mission de stage définie autour du besoin d'accompagnement des professionnels de santé dans l'écriture de leur projet de santé

Il est important d'explicitier la mission qui m'était allouée durant le stage au cours duquel j'ai conduit cette recherche, ainsi que la teneur de l'accompagnement mené auprès des deux équipes. Cela permet de préciser ma position à l'égard du sujet abordé et ma posture dans l'action décrite, qui ont forcément influencé le processus de la recherche et ses résultats.

A mon arrivée en tant qu'interne en santé publique de 7^{ème} semestre, ma mission de stage avait été réfléchie et définie de façon claire par les maîtres de stage : la Mission Santé Publique avait identifié le besoin d'aider les deux groupes de professionnels de santé des quartiers I et II à avancer dans l'écriture de leur projet de santé. Une réunion publique informant l'ensemble des professionnels de santé de chacun des quartiers avait eu lieu 1 an à 6 mois auparavant (respectivement pour les quartiers I et II) et la Mission Santé Publique constatait, tout en s'y étant préparée, qu'une aide extérieure serait utile pour faciliter la formalisation des réflexions menées par les professionnels de santé. Pour ce faire, les professionnels de santé avaient été informés de mon arrivée, comme le montre un courrier électronique leur étant adressé en mars 2015. J'ai ainsi été rapidement présentée dès le début du stage à chacun des deux médecins 1 et A des deux quartiers, au cours d'une réunion déjeuner en présence de deux chargés de projets de la Mission Santé Publique.

L'accompagnement que j'ai fourni étant étroitement articulé avec mon travail de recherche, il est utile de décrire comment cet accompagnement a été envisagé à partir des recommandations existantes, puis comment il s'est déroulé au fil du projet dans les deux quartiers, et de soulever les questions que cela a posé.

III. 4.1 La recherche de recommandations

J'ai cherché, dans un premier temps, différentes sources de recommandations concernant l'écriture du projet de santé d'une maison de santé, qui m'ont permis d'identifier sept principales sources d'informations :

1. Les recommandations issues du séminaire national de Besançon sur les maisons de santé de Juin 2009, organisé par l'URCAM³⁵, la FEMASAC³⁶, la MSA³⁷ et la Région Franche Comté (Baudier 2009) (20).
2. Le cahier des charges de la DGOS datant de 2010.
3. Les documents d'aide méthodologique réalisés par l'ARS Picardie et l'ARS Pays de la Loire ;
4. Le livre de Pierre de Haas « Monter et faire vivre une maison de santé » versions 2010 et 2015 (de Haas 2010, 2015) (19).
5. Les différents articles scientifiques et professionnels mentionnant également quelques recommandations concernant le montage d'une maison de santé pluriprofessionnelle (dont articles de la Presse médicale).
6. Les quelques conseils qui ont pu être recueillis lors d'entretiens informels (APMSL, médecin accompagnateur du CATS).
7. Les divers sites internet ressources (FFMPS, APMSL, la Plateforme d'Appui aux Professionnels de santé (PAPS) des Pays de la Loire).

- *Le cahier des charges de la DGOS*

Le cahier des charges des « Maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier » établi par la DGOS en 2010³⁸ décline quelques points de repères facilitant l'élaboration du projet de santé, comme le résume le tableau ci-dessous.

Le projet de santé contient deux parties : projet de soins et projet professionnel. :

- ✓ Le projet de soins qui en tant que tel s'adresse à la population ;
- ✓ Le projet professionnel qui précise les conditions de travail, et organise la réponse aux

³⁵ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

³⁶ Fédération des Maisons de Santé Comtoises

³⁷ Mutualité Sociale Agricole

³⁸ http://www.apmsl-paysdelaloire.com/wp-content/uploads/2015/07/Annexe1_Cahier_des_chargesnationalMSP.pdf

missions que les professionnels souhaitent se donner.

Un seul terme in fine est retenu, celui de projet de santé et celui-ci reprend la même structuration en deux grandes parties³⁹.

³⁹ <http://www.ffmps.fr/>

Tableau III Synthèse de la trame concernant le projet de santé d'après le cahier des charges de la DGOS

PROJET DE SANTE ACCES AUX SOINS	PROJET PROFESSIONNEL MANAGEMENT DE LA STRUCUTURE
-Mesures prises pour faciliter l'accès aux soins à tous (précarité, âge, handicap...) -Actions de communication mises en place pour informer les usagers des possibilités de prise en charge (partenariat avec ARS et collectivités locales...)	-Différentes catégories de professionnels médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, administratifs -Temps plein / temps partiel/interventions ponctuelles (consultations avancées, spécialistes....) -Responsabilités de chacun
CONTINUITE DES SOINS	ORGANISATION DE LA PLURI PROFESSIONALITE
-Organisation pour les demandes de soins non programmées (amplitudes des horaires d'ouverture, possibilité de consultations non programmées) -Information des patients sur l'organisation mise en place sur le territoire aux heures de permanence des soins ambulatoires -Modalités de prise en charge du patient même en cas d'absence de son médecin habituel	-Dispositif de partage d'information -Réunions pluriprofessionnelles -Formalisation de la coordination des soins autour du patient -Protocoles pluri professionnels
COOPERATION ET COORDINATION EXTERNE	MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF D'INFORMATON
-Partenaires effectifs ou en projet (établissements, services sociaux ou médico-sociaux, structures sanitaires, associations) pour faciliter l'orientation du patient	- Accès aux patients des informations (droit d'accès, protocole d'archivage des dossiers médicaux, modalité de conservation des dossiers, formulaire de demande...) -Modalités de partage de ces informations (système d'information informatisé) dans le respect des règles de confidentialité (clés d'accès sécurisées, habilitation...) -Protocole informant le patient des conditions de partage entre professionnels de santé des informations de santé le concernant
QUALITE DE LA PEC	DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
-ex : Recueil des données médicales via le système d'information mis en place	-Participation à des groupes d'analyse de pratique, enquête de satisfaction auprès des patients, labellisation
NOUVEAUX SERVICES DU PROJET D'ORGANISATION DE LA PEC	ACCUEIL DE L'ETUDIANT / RECHERCHE
- Activités innovantes : Education thérapeutique du patient, télésurveillance -Accès facilité à des spécialités ou technique particulière (télémédecine, centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale...)	- Terrains de stage, formateurs, liens avec l'université et les écoles -Mesures prises pour répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et stagiaires (studio, indemnité...) -Participation à des activité de recherche en lien avec l'université

- Les recommandations produites par les ARS

L'ARS des Pays de la Loire a produit en décembre 2010 un document d'aide consultable sur la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)⁴⁰. Y sont précisés les quatre axes à traiter au sein du projet de santé qui résument assez bien le contenu du projet de santé :

- Continuité des soins
- Coopération en interne et en externe
- Actions de santé publique et de prévention
- Formation des étudiants

Le document présente une aide à la planification en offrant un exemple de calendrier d'actions (rétro planning). Globalement ce document prévoyait 2 réunions par thématique.

EXEMPLE DE CALENDRIER D' ACTIONS

<i>Réunions</i>	<i>QUOI ? Thématiques à aborder</i>
Réunion 1	- restitution de l'étude de faisabilité (questionnaire) - présentation du programme de travail
Réunion 2	- continuité des soins , remplacement - permanence des soins - perspective sur le nombre de professionnels à Sans
Réunion 3	- restitution par profession : sur le thème continuité des soins, PDS - travail sur les actions de santé publique
Réunion 4	Actions de santé publique : focus sur PEC pathologies chroniques
Réunion 5	Actions de santé publique : focus sur par ex la prévention (vaccination, dépistage)
Réunion 6	Coopération en interne
Réunion 7	Coopération en externe (avec établissement, CLIC...)
Réunion 8	Formation initiale et continue
Réunion 9	Priorisation des actions
Réunion 10	Modalités d'organisation pour chaque action

Figure 1 : exemple de calendrier de rétroplanning proposé par le PAPS Pays de la Loire pour planifier les réunions de rédaction du projet de santé

⁴⁰<http://www.paysdelaloire.paps.sante.fr>

Par ailleurs, un guide édité par l'ARS Picardie « Monter sa maison de santé pluriprofessionnelle en Picardie » ⁴¹ en 2015 présentait une grille permettant de structurer le projet de santé (p.51-54).

- *Les conseils de l'APMSL et du médecin accompagnateur du CATS*

La structuration du projet de santé pouvait se faire soit par des actions techniques assez focalisées (plaies chroniques, protocoles de traitement par anti vitamines K (AVK)...), soit par de grands axes structurant le projet (maintien à domicile, prévention et prise en charge des malades souffrant de démences de type Alzheimer, suivi des diabétiques...). Dans le premier cas, le médecin accompagnateur du CATS précisait que cela permettait d'amorcer de façon plus aisée le travail d'écriture collective du projet de santé. Dans le deuxième cas, l'APMSL précisait que le choix d'emprunter une porte d'entrée thématique et de la décliner sous différents axes (coopération interne, coopération externe et actions de santé publique) était également astucieux.

- *La récolte de divers conseils informels*

Les discussions informelles menées avec les différentes personnes rencontrées durant ce stage m'ont également permis de faire une synthèse des recommandations pratiques pour écrire le projet de santé. A savoir de :

- Ne pas revenir en arrière pour éviter le découragement et travailler le projet professionnel par profession au-delà du projet de santé (médecin accompagnateur du CATS) ;
- Fixer un seul ordre du jour (un organisateur), et rédiger des comptes rendus ;
- Faire des réunions un lieu de restitution où chacun expose l'avancement de ses travaux, et un lieu où débattre ensemble. Choisir un responsable par thème à traiter. Le pluri professionnel doit ressortir à la lecture du projet de santé (ARS pays de la Loire) ;
- Fixer des dates clés pour rencontrer les autres partenaires (professionnel 3) ;
- (Tenter d') organiser une ou des formations pluriprofessionnelles (professionnel 1) ;
- Donner trois questions de préparation par écrit et en faire la synthèse en guise de préparation de réunion (professionnel 4, Mission Santé Publique) ;
- Prendre en compte le caractère évolutif du projet de santé, pouvant s'étoffer secondairement selon les souhaits des professionnels (Baudier 2009). Cette approche a le double intérêt de prioriser les thématiques à travailler en même temps qu'elle permet de rassurer les professionnels face à la réalisation du projet. Une des déléguées départementales à l'ARS des Pays de la Loire recommandait donc de suivre les trois étapes : « état des lieux des pratiques actuelles -état intermédiaire- perspectives pour l'avenir » pour structurer le projet de santé, afin de prendre en compte ce caractère évolutif.

⁴¹http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/professions_de_sante/MSP/2015/Guide_MSP_VF_210915_-_Copie.pdf, consulté le 10 Juillet 2016

III. 4. 2 En pratique, l'accompagnement mené sur le terrain

S'appuyant sur ces divers conseils et recommandations, plusieurs techniques d'animation ont été testées dans chacun des deux groupes, pour la plupart issues de la pédagogie active.

Au sein du groupe I ont été utilisés : la technique du métaplan (permettant la visualisation et la structuration des idées des participants, récoltées individuellement par le biais de post it puis classées par thématique) ; un travail en sous-groupe en dehors des réunions et une restitution en plénière des réflexions de chaque sous-groupe ; des rencontres avec des personnes ressources ou associations partenaires de la Mission Santé Publique correspondant aux thématiques choisies du projet de santé.

Au sein du groupe II, étaient envoyées, en amont de la plupart des réunions et à l'ensemble des professionnels du groupe, trois questions⁴² en guise d'évaluation des connaissances des ressources du territoire ou de recueil des besoins. Une synthèse des réponses était restituée quelques jours avant la réunion, puis un approfondissement des principales questions émergentes (ou points convergents / divergents) avait lieu lors des réunions. Néanmoins d'autres formats d'animation ont également été utilisés tels que :

- La restitution d'une étude réalisée par une étudiante infirmière se rattachant à la thématique "santé des femmes";
- L'intervention de partenaires de la Mission Santé Publique (Fédération Sport pour Tous, chargée de projet Nutrition de la Mission santé Publique);
- L'utilisation d'un jeu de plateau pour faire circuler la parole ;
- La technique de l'exposé interactif.

⁴² Cela prenait parfois le format de questionnaires en ligne.

Encadré 1 : Exemples de questions envoyées par questionnaires aux groupes I et II en amont des réunions

Organisation de la pluriprofessionnalité

*A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans votre pratique actuelle ? Quels besoins / manques percevez-vous ?

*Qu'auriez-vous besoin de formaliser davantage ?

*Comment une meilleure coordination entre vous pourrait améliorer ces problématiques ?

*En attendant, quel serait le premier pas ? (étape intermédiaire)

Coordination interne et externe

*Quels sont vos interlocuteurs actuels ?

Etablissements / Médecins spécialistes du « second recours », Services sociaux ou médicosociaux / Structures sanitaires / Associations...

Ex : CHU / Réseau MC 44 / Accompagnement soin et santé / Sophia (Sécurité sociale) / Ecole de pédicure podologie / Clinique etc...

*Quelle organisation informelle et actions sont déjà mises en place avec ces structures ?

Ex : Echange téléphonique, mail, de visu, réunions....

*Quels liens souhaiteriez-vous développer davantage ?

*Quels seraient vos besoins ?

Ex : Mise en place de consultations avancées pour certaines spécialités ? (Endocrinologue ...) /

*Comment vous verriez-vous commencer à créer davantage ces liens ? Des pistes ?

Actions de prévention

*Dans votre pratique, abordez-vous les thématiques de l'activité physique et de l'alimentation ? (Souvent, régulièrement, occasionnellement, rarement, jamais)

*A quelles occasions ?

*Comment ?

*Sur quelles ressources vous appuyez-vous ?

*Vers qui ou quelles structures ou quelles actions orientez-vous ?

*Connaissez-vous les actions / partenaires suivants ? (tout à fait, en partie, pas du tout)

En participant de façon active à l'organisation de l'animation des réunions, et en impulsant une réflexion au sein de chacun des deux groupes, les professionnels de santé me livraient ainsi le contenu de leurs réflexions et échanges que je transcrivais dans les comptes rendus. Les comptes rendus rédigés servaient ainsi à alimenter progressivement chacun des deux projets de santé⁴³. Ma contribution sera plus précisément décrite dans la partie résultats.

• III.4.3 La gestion d'une position d'interface entre plusieurs mondes

Etant en contact à la fois avec les professionnels de santé et avec les professionnels de la Ville (Mission Santé Publique), il me fallait comprendre d'une part les attentes et les besoins (exprimés ou non exprimés), les interrogations et les enjeux auxquels les différents professionnels de santé faisaient face et d'autre part le fonctionnement d'une collectivité et sa posture d'accompagnement spécifique que je contribuais à co-construire. Etant moi-même « bi appartenante » (professionnelle de santé et stagiaire à la Mission Santé Publique), ma position d'interface m'obligeait

⁴³ Il était acté qu'un référent dans le groupe rédigerait les comptes rendus de réunion à mon départ, mais en ayant cette disponibilité de temps durant mon stage, cette tâche m'incombait en tant qu'aide ponctuelle fournie le temps de l'accompagnement.

à « raisonner dans une pluralité de grammaires » (Chabrol 2012), me mettant dans une position de « traductrice » entre plusieurs mondes : entre les mondes des différentes professions de santé, entre le monde des libéraux et celui des salariés (et à moindre mesure avec celui des élus). Ces « traductions » ne font pas référence ici à la sociologie de la traduction, mais à un sens plus littéral du terme, correspondant à la nécessité, liée à ma mission, de permettre aux uns et aux autres de se comprendre.

En parallèle, mon engagement dans une double fonction, d'accompagnement et de recherche, m'a amenée à effectuer d'autres « traductions », cette fois entre le monde des acteurs et celui des chercheurs. Afin d'acquérir la « distanciation » (Fassin 1999) (29) nécessaire pour porter un regard critique sur le travail mené, dans cette situation où mes positions d'acteur et de chercheur étaient intriquées, j'ai formalisé une problématique, une question et une méthode d'analyse, j'ai effectué des allers retours entre terrain et théorie en m'appuyant sur la littérature, et j'ai confronté mes analyses à celles de mes directeurs de thèse, qui ont tous deux des expertises complémentaires au sujet des MSP dans leur contexte national et local.

IV RESULTATS

Les résultats seront présentés en reprenant des « étapes » ou éléments de théorie issue de la sociologie de la traduction, décrivant successivement trois étapes dans la mise en place d'un processus de traduction (contextualisation, problématisation, enrôlement). Pour chaque étape, nous analyserons la situation initiale, puis ses transformations au fil de l'évolution du projet. Chacune des étapes décrites se terminera par une synthèse / comparaison des dynamiques de chacun des groupes I et II. Les perspectives données par la validation de chacun des deux projets de santé, en tant que fruit de ce processus de traduction, clôturera ce chapitre.

Description des principales caractéristiques des professionnels de santé interrogés et présentation de la chronologie générale de chaque projet

Le premier projet étudié est né en 2014 et concerne un quartier prioritaire de Nantes. Le groupe I réunit vingt-huit professionnels de santé du quartier adhérents à l'association loi 1901 créée par les professionnels intéressés par le projet en Juin 2015 parmi lesquels quinze professionnels de santé interrogés (groupe I). On trouve parmi eux six médecins, trois pharmaciens, deux masseurs kinésithérapeutes, une sage femme, une orthodontiste, et deux infirmières. Cela concernait neuf femmes et six hommes, dont 7 praticiens entre 50 et 60 ans (4 entre 40 et 50 ans et 4 entre 30 et 40 ans).

Le deuxième projet étudié est né en 2012 et concerne également un autre quartier prioritaire de Nantes. Le groupe II réunit dix sept professionnels de santé du quartier adhérents à l'association loi 1901 parmi lesquels neuf ont pu être interrogés dont quatre médecins, une infirmière, trois masseurs kinésithérapeutes, une pharmacie. La proportion des professionnels de santé interrogés concernait huit femmes et un homme, avec six praticiens entre 30 et 40 ans, un entre 40 et 50 ans et deux entre 50 et 60 ans.

Les caractéristiques détaillées des professionnels interrogés figurent en annexe III.

La phase de rédaction de chacun des deux projets de santé était précédée de quelques étapes préalables, toutes recommandées par l'ARS, parmi lesquelles on pouvait recenser :

1 : La réalisation d'un **diagnostic santé du territoire** (comme présenté dans le contexte dès 2012 pour le quartier I et en 2014 pour le quartier II) ;

2 : La mobilisation des professionnels de santé libéraux intéressés par le projet à travers une **réunion d'information** destinée à l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire invités par les URPS en lien avec la Mission Santé Publique. Celle-ci avait eu lieu en Juin 2014 pour le quartier I et en Janvier 2015 pour le quartier II) ;

3 : La présentation des résultats de **l'étude de faisabilité** réalisée par la Mission Santé Publique en présence des élus concernés en Juin 2015 pour les deux quartiers d'étude ;

4 : La rencontre à une ou plusieurs reprises du **médecin accompagnateur du CATS** en présence des chargés de projet de la Mission Santé Publique en guise de première(s) rencontre(s) avec les professionnels de santé intéressés par la démarche. Les modalités d'écriture du projet de santé ainsi que le contenu attendu ont pu y être exposées (Décembre 2014 pour le quartier I, et Juin 2015 pour le quartier II) ;

5 : La **création d'une association loi 1901** pour les deux groupes I et II en Juin 2015 permettant une adhésion de tout professionnel du quartier intéressé par le projet, et permettant de recevoir les comptes rendus de chaque réunion menée.

L'élaboration du projet de santé à proprement parler a pu ainsi débuter à l'issue de ces différentes étapes.

Calendrier de l'élaboration du projet de santé au sein du groupe I

Pour le groupe I, l'écriture du projet de santé a débutée en Octobre 2015, suite à la rencontre de quatre médecins et deux kinésithérapeutes avec deux chargés de projet de la délégation départementale et régionale de l'ARS qui ont prodigué des conseils autour de la rédaction du projet de santé. Des réunions mensuelles s'en sont suivies, réunissant pour chacune d'entre elles entre dix à quinze professionnels de santé. Les thématiques abordées étaient les suivantes :

- « Améliorer la communication entre professionnels de santé » (Octobre 2015)
- « Accès aux droits, accès aux soins » (Novembre 2015)
- « Diabète, obésité / santé mentale / accompagnement parental » (Décembre 2015)
- « Continuité des soins » (entre médecins) (Janvier 2016)

Les deux premières réunions ont été chacune précédées de réunions de préparation soit entre professionnels de santé, soit en présence de l'interne pour fixer l'ordre du jour. La réunion de Décembre a été précédée par un temps de travail en sous-groupe des professionnels de santé qui s'étaient répartis par thématiques pour avancer dans leur réflexion.

○ La rencontre de quelques partenaires

De façon parallèle à ces réunions, certains professionnels de santé ont eu l'occasion de rencontrer quelques « partenaires » ressources en lien avec les thématiques travaillées au sein du projet de santé. Parmi ces ressources on trouvait :

- Une infirmière d'un centre de soin infirmiers, menant des actions d'éducation thérapeutique

sur les deux territoires notamment destinées aux patients diabétiques (rencontre avec l'infirmière 1) ;

- Des associations de quartier rattachées au Réseau Local de Santé du quartier I en lien avec la thématique Nutrition (activité physique et alimentation) (rencontre avec le médecin 3) ;
- La maison des Familles, inaugurée fin Octobre 2015 sur le quartier I (rencontre avec le médecin 6) ;
- Des habitants et association du quartier réunis pour un focus groupe autour de l'Etude Impact Santé (médecin 3 et 5, infirmier 3, sage femme, pharmacien 1).
- La chargé de projet « Santé mentale » de la Mission Santé Publique (médecin 1, 3 et 6).

○ **Le calendrier du médecin 1**

Le médecin 1 avait en plus des rencontres énumérées ci-dessus, participé à :

- La visite de la maison de santé des Hauts de Saint Aubin à Angers en Mars 2015, visite réalisée par une infirmière service prévention éducation et de promotion de la santé, et de la direction de la santé publique ville Angers.
- En Juin 2015, le médecin 1 s'était également inscrit à une formation sur l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels animée par l'APMSL.
- Puis accompagné du pharmacien 3, il avait participé à la 4ème journée régionale des Pôles et Maisons de santé des Pays de la Loire organisé par l'APMSL en décembre 2015 autour du thème « Travailler ensemble ».

• **Les pharmaciens et l'URPS pharmacien**

Par ailleurs l'URPS pharmacien avait organisé à deux reprises des réunions permettant aux pharmaciens d'échanger entre eux, sur la période de Mai 2015 à Mai 2016.

Calendrier de rédaction du projet de santé au sein du groupe II

Pour le groupe II, les étapes étaient similaires, à la seule différence qu'une dynamique autour d'un projet commun était née dès 2012 autour du médecin A. Le médecin, l'infirmière et la pharmacienne du groupe II avaient également participé à un cycle d'information organisé par l'APMSL à Angers sur 4 réunions (en présence de la secrétaire du médecin A). En Juillet 2015, une rencontre du médecin A avec la chargée de mission Organisation des soins de premiers recours à la délégation territoriale de l'ARS Pays de la Loire avait permis d'avoir des conseils sur le contenu attendu du projet de santé ainsi que sur les modalités d'écriture du projet de santé. Des réunions mensuelles traitant des thématiques choisies par les professionnels de santé avaient par la suite permis d'avancer sur le contenu du projet de santé :

-Deux réunions autour de la thématique choisie du diabète ont pu être menées :

- La première en Août 2015, la deuxième en Décembre 2015 autour de la prévention autour du diabète (alimentation et activité physique) » en présence de la chargée de projet nutrition à la Mission Santé Publique de la Ville et de la Fédération régionale de Sport Pour Tous.

- Puis deux réunions autour de la thématique de la santé des femmes :

- En Septembre 2015, puis en Novembre 2015 où un travail de stage mené par une étudiante infirmière sur les freins à l'accès aux soins et aux droits des femmes du quartier II avait été restitué aux professionnels de santé en présence de CAP Santé plus 44 de l'UGOMPS⁴⁴ du CHU de Nantes et de l'association de quartier « Casse Ta Routine ».

- Une réunion autour de la thématique « Accès aux soins et aux droits » en Octobre 2015

-Une réunion de relecture et correction de la première version du projet de santé avait eu lieu en Janvier 2016 (en plus de la reprise de la partie « suivi des grossesses et du post partum » en présence d'une sage femme libérale ayant rejoint le groupe).

- Les médecins s'étaient par ailleurs réunies entre eux pour commencer à réfléchir aux modalités possibles d'organisation de la continuité des soins en Février 2016.
- La plupart de l'équipe II avait également participé au lancement de l'atelier citoyen en Décembre 2015 intitulé « Quelle maison de santé sur le quartier II? » amorçant la démarche de participation des habitants sur le quartier II.

De la même façon que le médecin 1, le médecin A avait en plus participé à la visite de la maison de santé des Hauts de Saint Aubin à Angers en Mars 2015, ainsi qu'à la 4ème journée régionale des Pôles et Maisons de santé des Pays de la Loire organisé par l'APMSL en décembre 2015 autour du thème « Travailler ensemble ».

IV.1. Eléments de contextualisation

Selon Akrich, Callon et Latour (2006), l'étape de contextualisation consiste à analyser les *« intérêts et enjeux des actants en présence et leur degré de convergence (...) Elle permet de maîtriser, en amont, les attentes des parties prenantes et d'articuler les réponses organisationnelles*

pour atteindre une conciliation des intérêts. Cette phase devrait permettre une problématisation susceptible de remporter l'adhésion des parties prenantes en présence »⁴⁵.

IV.1.1 QUARTIER I

Situation initiale

IV.1.1.1 L'émergence d'une dynamique sur le quartier I dès 2010

En ce qui concerne le groupe I, une dynamique a démarré de façon parallèle par un des pharmaciens (pharmacien 3) et par un des médecins du quartier (médecin 1), autour de l'idée de création d'une maison médicale à laquelle chacun avait pensé de son côté⁴⁶.

Face au constat de professionnels de santé isolés sur le quartier, la pharmacie 3 saisit l'opportunité de nouveaux locaux proposés par des promoteurs pour soumettre l'idée à différents professionnels de santé d'investir l'étage de la pharmacie. Elle interroge donc en ce sens certains professionnels de santé du quartier, esquissant de façon sous jacente une première idée de regroupement sur le quartier. Seul un dentiste y adhère en s'installant au-dessus de la pharmacie. A posteriori, le pharmacien 3 fait part de sa difficulté à « *ne pas pouvoir monter au créneau de la même façon qu'un médecin* » pour créer une dynamique entre professionnels de santé (pharmacie 3).

De son côté, le médecin 1 commence à percevoir les limites de son activité professionnelle, menée seul sur le quartier depuis quinze ans. Il ressent notamment le besoin d'échanger davantage avec ses collègues sans se limiter aux seuls temps de rencontre lors des formations. Il propose à un jeune médecin qui le remplace jusqu'alors, un mode d'exercice en collaboration à partir de 2010. Ces derniers cherchent alors rapidement de nouveaux locaux, aidés par la connaissance qu'a le pharmacien 3 pour contacter les services d'urbanisme de la Ville. Les deux collaborateurs sont favorables à l'époque, à l'idée qu'un autre médecin les rejoigne, en créant éventuellement une future maison médicale à deux ou trois médecins. Ils ne sont pas non plus opposés à ce qu'une orthophoniste, qui leur en fait la demande s'y associe. Les négociations immobilières ont lieu de 2010 à 2012. Une proposition d'un promoteur retient leurs attentes, mais n'aboutit pas en raison du coût. Le projet de regroupement connaît par la suite une « trêve » jusqu'en 2014.

IV.1.1.2 L'inscription d'un projet de MSP au mandat municipal et l'organisation d'une première réunion d'information à destination de l'ensemble des professionnels de santé du quartier I

⁴⁵ Cf Chapitre III.3 « Présentation du cadre d'analyse choisi », p.26.

⁴⁶ Cette première phase d'émergence d'une dynamique sur le quartier I était souvent perçue comme floue par les membres du groupe I, ne sachant pas qui du médecin 1 ou du pharmacien 3 était à l'initiative du futur projet de MSP.

La Mission santé publique prend connaissance du projet des professionnels à l'occasion d'une enquête sur les difficultés d'accès aux soins réalisée en 2012 sur le quartier I, car des médecins interrogés semblent intéressés par l'idée de se regrouper (sans pour autant bien distinguer les spécificités d'une MSP par rapport à une maison médicale). En suivant l'une des recommandations émanant de l'étude qui est de soutenir la création d'une MSP sur le quartier, un projet de MSP est inscrit au programme électoral du futur maire si toutefois plusieurs médecins se montrent intéressés. Un des chargés de projet de la Mission Santé Publique recontacte le médecin 1 courant 2014, en lui proposant de relancer la dynamique autour d'un projet de MSP ⁴⁷, permettant de cibler les populations les plus à l'écart de la prévention et du soin (sans pour autant écarter la préoccupation de mixité sociale). Le médecin 1 accepte ainsi la proposition, malgré ses craintes initiales de se retrouver dans « une grosse logistique » (Note de terrain, février 2016).

Par la suite, une phase d'information de l'ensemble des professionnels de santé du territoire élargi débute, organisée par la Mission Santé Publique en lien avec les différentes URPS (médecins, pharmaciens, sages femmes, et kinésithérapeutes, infirmiers) et l'ARS. L'ensemble des professionnels de santé libéraux du quartier I reçoivent un courrier d'invitation des URPS en accord avec la Ville pour cette première réunion d'information qui a eu lieu le 24 Juin 2014⁴⁸. Cette réunion se déroule en présence des élus à la santé et permet notamment de présenter les principes de fonctionnement d'une maison de santé pluriprofessionnelle, ainsi que les différents éléments de diagnostic santé du territoire I. Soixante participants sur les cent professionnels libéraux installés sur le périmètre assistent à cette première réunion⁴⁹. Par la suite vingt cinq professionnels de santé demandent à être informés des suites du projet dont une dizaine exprimant le souhait d'y participer.

IV.1.1.3 Intérêts et enjeux des différents professionnels de santé pour cette démarche

⁴⁷ Par l'organisation d'une réunion d'information à l'ensemble des professionnels de santé libéraux du quartier I

⁴⁸ Au-delà du courrier d'information qui avait été envoyé par l'URPS en lien avec la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, les entretiens menés avec les professionnels de santé montraient que les modalités d'intégration des professionnels de santé du quartier au projet avaient été variées et qu'ils ne se limitaient pas à la seule occasion de la première réunion d'information générale du quartier. Pour les professionnels de santé ne pouvant se déplacer, une vigilance particulière avait en effet été apportée à la fois par le biais des chargés de projet de la Mission Santé Publique, mais aussi par le biais du médecin 1 ou d'un des pharmaciens du quartier I qui avaient pris soin de rappeler ces professionnels de santé, afin de les informer sur le contenu de cette première réunion d'information. Une des pharmacies, n'ayant pu assister à la réunion avait quant à elle, été informée du projet par l'intermédiaire de l'URPS pharmacie, qui avait été vigilante par rapport à son absence. Une sage femme du groupe I déclarait avoir pris connaissance du projet par l'intermédiaire de l'URPS Sage Femme qui avait relayé l'information auprès des sages femmes du quartier, en soulignant le caractère valorisant des MSP dans le cadre d'un exercice libéral. Un des kinésithérapeutes intégrait le projet ultérieurement par le biais de sa participation à l'étude de faisabilité menée par la Mission Santé Publique. Celle-ci déclarait avoir préféré dans un premier temps s'informer par elle-même sur le concept de MSP, par le biais de recherche sur internet ou en interrogeant un des kinésithérapeutes ayant participé à la réunion pour s'enquérir de leur avis à ce sujet.

⁴⁹ Note au directeur général des services de la Ville de Nantes, 16/04/2015

Divers éléments sont à l'origine de la venue des professionnels de santé à la première réunion d'information organisée en Juin 2014, et tout d'abord la curiosité.

La curiosité des professionnels de santé du quartier I (médecin 2 et 6, infirmière 1) est l'une des raisons les plus fréquemment évoquées. La plupart des membres du groupe I ne sont pas familiers avec le concept de MSP : ils n'en avaient jamais entendu parler, ou alors s'ils en avaient eu une idée cela restait flou (infirmière 1, médecin 5, orthodontiste). Les professionnels de santé sont donc curieux de l'aspect novateur du projet des MSP (pharmacien 1, sage femme). D'autres évoquent le lien avec l'actualité du projet de loi de santé pour s'y intéresser « *un peu plus* » (orthodontiste). Il existe également une curiosité par rapport aux perspectives d'évolution du quartier ; les professionnels de santé ont à cœur de se tenir informés, conscients que la future MSP peut « *se monter* » à quelques mètres de leur cabinet actuel (kinésithérapeute 1). Pour un des pharmaciens, il s'agit également de se rendre compte "d'où" est la volonté politique dans le quartier dans le cadre de la démarche de rénovation urbaine (pharmacien 3). D'autres professionnels de santé sont plus pragmatiques (une « *tendance à suivre* ») stipulant qu'il vaut mieux « *être dans le projet qu'à côté* » (médecin 1, 3, 4, et kinésithérapeute 1).

- **a) Des enjeux autour de la localisation de la future MSP ainsi que des enjeux de concurrence**

Au-delà de cette curiosité, deux enjeux importants sous-tendent la participation des professionnels de santé à cette réunion : l'un de concurrence entre professionnels de santé libéraux et l'autre autour de la localisation de la future MSP.

- **Un enjeu de concurrence ressenti par l'ensemble des professionnels de santé du quartier I, toutes professions confondues**

L'enjeu de concurrence entre les professionnels de santé libéraux constitue une réalité non négligeable, impactant leur engagement au sein du projet. Tous, quelle que soit leur profession, déclarent se sentir concernés par le futur projet de MSP d'un point de vue concurrentiel. Les professionnels de santé interrogés ne cachent pas être venus à la première réunion (et aux autres réunions entre professionnels de santé par la suite) entre autre, dans l'optique de « *se surveiller* » et d'« *observer le positionnement des autres professionnels de santé* » (médecin 2). Un des intérêts premiers à intégrer le projet est donc bien de « *se tenir informé pour savoir quel était le projet derrière* » (infirmière 2) et de visualiser les professionnels intéressés par la démarche (kinésithérapeute1). Les médecins et les pharmaciens expriment ouvertement ces enjeux de concurrence, inhérents au caractère libéral de leur pratique : les pharmaciens s'auto qualifiant avec humour de « *mercenaire dans l'âme* » (pharmacien 3) et les médecins de « *très individualistes* » par nature (médecin 1 et 5). Le fait que des médecins libéraux se mettent à travailler ensemble dans un

contexte ambulatoire est donc qualifié d'événement non « *naturel* » (médecin1). Cet enjeu de concurrence est particulièrement fort pour l'un d'entre eux : « *On n'a pas envie que d'autres viennent marcher sur notre platebande, on a un sens du territoire, on est libéraux il ne faut pas oublier (...)* » (médecin 1).

- **Un enjeu autour de la localisation de la future MSP d'autant plus important pour les médecins et les pharmaciens**

L'interrogation des professionnels de santé concernant le projet immobilier, et plus particulièrement la localisation de la future MSP est présente dès le début du projet. Parmi les sites potentiels, figure en effet une localisation qui inquiète plus particulièrement les professionnels du groupe I, de par sa cohérence par rapport au projet de renouvellement urbain du quartier I. Les anecdotes de situations difficiles vécues par les professionnels au cœur du quartier I (kinésithérapeute 1) sont nombreuses et renforcent l'insécurité engendrée par la localisation « soupçonnée ». Certains médecins expliquent avoir délibérément fait le choix de s'installer d'un côté précis du quartier pour garder une patientèle « mixte » (médecin 3 et 4), conscients de la présence d'une « frontière » au-delà de laquelle le taux de patients CMU double selon les médecins. Il existe également une inquiétude due au fait que leur patientèle actuelle ne se déplace pas sur ce côté du quartier ou hésite au vu des événements « *qui paraissaient dans le journal* » (médecin 2, 4, orthodontiste, kinésithérapeute 1, pharmacien 3).

En ce qui concerne les pharmaciens, la future localisation de la MSP constitue un enjeu de concurrence d'autant plus marqué qu'elle peut entraîner une déperdition de clients et déstabiliser le projet économique de leur actuelle pharmacie. Leur inquiétude à ce sujet constitue une forte motivation pour s'intéresser au projet dans un contexte où le maillage des pharmacies est décrit comme « *surtoilé* » dans Nantes, et où les pharmacies semblent fermer « *les unes après les autres* » (pharmacien 3). Les trois pharmacies interrogées relatent donc de façon unanime être venues à la première réunion (et aux suivantes) dans le but de « *surveiller* » (pharmacien 2) et « *sonder* » (pharmacien 1) le positionnement du principal médecin prescripteur de la pharmacie par rapport à la MSP, pour voir si ce dernier était prêt à se déplacer ou non. Le potentiel « effet aspirateur » de la MSP sur les futures installations de médecins dans le quartier est perçu comme un danger potentiel : « *Le seul danger qu'on ait nous, c'est que cette MSP soit un aspirateur pour tous les libéraux qui s'installeront en tant que médecins généralistes* » (pharmacien 2). Ceci pouvait aussi expliquer selon ce même pharmacien le nombre important de pharmaciens initialement présents aux réunions (soit cinq lors des premières réunions).

Le fait de « voir ce que le projet peut donner » en terme de localisation possible (médecin4) constitue ainsi un des éléments déclencheurs pour les professionnels de santé pour s'intéresser au projet (pharmacien 3).

b) Des réponses possibles aux besoins et difficultés rencontrées

La construction d'un projet de MSP sur le quartier peut aussi apporter aux yeux des professionnels de santé une réponse aux besoins de santé et aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur exercice.

- **Le souhait de rencontrer et de créer du lien avec d'autres acteurs de santé du quartier pour rompre l'isolement ressenti au sein de leur pratique, et décroïsonner l'exercice médical**

L'insatisfaction d'un exercice isolé et le besoin de pouvoir partager les difficultés rencontrées dans leur pratique revient fréquemment dans le discours des professionnels de santé. Plusieurs d'entre eux ont déjà eu l'occasion d'expérimenter un travail coordonné en équipe, certains en milieu hospitalier, d'autres lors de réunions de concertation pluriprofessionnelle au sein d'un réseau de soin, d'autres avec un statut de collaborateur ou encore lors de discussion autour de cas chirurgicaux. Ces situations ont permis à chaque fois aux différents acteurs de percevoir la plus-value d'un travail en équipe, et certains disent regretter la richesse de cette forme de travail. Qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, les professionnels de santé du quartier I sont jusqu'ici plutôt enclins à communiquer par téléphone et ne se voient que très peu physiquement. Une orthoptiste du groupe décrit ainsi son sentiment de solitude: « *La solitude dans la pratique c'est énorme, c'est sûr qu'être à plusieurs ça soulage énormément* » (note de terrain, Janvier 2016).

Ainsi, un des médecins précise être venu à la réunion pour mieux connaître les professionnels de santé paramédicaux, qu'il identifiait avec plus de difficulté que les médecins du quartier (médecin 3). Pour un autre pharmacien (pharmacie 2), l'aspect humain des relations entre collègues constitue l'argument pour lequel il rejoint le groupe, la « *rencontre humaine* » faisant partie de ses valeurs essentielles. La volonté de connaître la pratique des uns et des autres, y compris entre collègues de même discipline, est présente. L'analyse montre également le souhait commun d'améliorer la communication entre professionnels de santé : les infirmiers évoquent l'intérêt d'avoir un accès facilité à un avis médical, les pharmaciens leur besoin de confirmation de délivrance concernant certains médicaments y compris aux heures tardives. Cela exprime donc une envie de travailler « *autrement* » et « *ensemble* » (médecin 2, et 3, kinésithérapeute 2).

- **Le besoin d'anticiper les difficultés liées aux normes d'accessibilité pour les médecins**

La future MSP peut également constituer une solution au problème de mise aux normes pour les personnes handicapées. Plusieurs médecins ont craint de devoir fermer leur cabinet pour ces problèmes d'accessibilité. La complexité de la mise en application des normes « handicapés » (cette mise aux normes pouvant entraîner une fermeture du cabinet allant jusqu'à plusieurs semaines) et de

son financement (qui est à la charge des médecins), rend la situation lourde à gérer, et cela peut expliquer que la MSP soit une solution.

- **Une réponse à des besoins « matériels »**

Le projet de MSP peut non seulement fournir des locaux plus agréables, mais aussi améliorer les conditions de gestion administrative et d'acquisition d'outils (système d'information).

- **Des difficultés encore taboues rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique**

Un des médecins généralistes du groupe insiste plus particulièrement sur les difficultés et les lourdeurs rencontrées au sein de sa pratique médicale (lourdeur des décisions prises seul sur des cas complexes, augmentation de la proportion de patients âgés requérant des consultations complexes avec visites à domicile etc), difficultés qu'il perçoit d'autant plus avec la démographie médicale déclinante sur le quartier. La lourdeur de cet exercice médical l'a amené jusqu'à une récente remise en question de son exercice. Cela l'a déjà conduit à arrêter d'accueillir des internes en stage à défaut de pouvoir continuer à les encourager à « *faire ce métier* » (médecin 4), malgré son intérêt pour l'exercice d'encadrement. Ce constat personnel semble être partagé par d'autres de ses confrères en dehors du quartier qu'il voit « *ne pas être bien* », touchés, pour certains, par des problèmes d'alcoolisme, de burn-out voire de suicide. Ces difficultés semblent rester encore taboues entre médecins généralistes : « *On ne parle pas de ce genre de truc* » (médecin 4) et de surcroît encore plus difficiles à exprimer publiquement. Ce médecin peut donc comprendre qu'en fine, ce type de conditions d'exercice « *ne donne pas envie aux jeunes* » (médecin 4). Dans ce contexte, et en considérant l'actuel rôle pivot du médecin généraliste dans le système de santé⁵⁰, « *avoir un mode d'exercice à plusieurs* », avec un « *groupe de professionnels soudés* », paraît être d'une grande plus-value sans laquelle il ne se voit plus « *tenir* » sur un tel quartier.

- **Des médecins plus âgés sensibles à pérenniser l'offre de soin sur le quartier I**

Un autre médecin du groupe explique que son « *unique but* » voire « *son combat* » en intégrant ce projet était celui de provoquer « *l'arrivée de jeunes confrères* » qu'il considère comme primordiale pour pérenniser l'offre de soin sur le quartier I : « *La seule raison pour laquelle on fait ce projet c'est parce qu'on ne trouve pas de successeurs, pour faire venir des confrères, c'est notre unique but (...) Après ce ne sera probablement pas nous qui allons être dans la maison de santé, ça c'est très possible* » (médecin 5). Il précise que la viabilité d'ici 10-15 ans de la future MSP dépend selon lui de « *l'entrée de médecins* » au sein de la structure. S'ensuit toute une réflexion autour de l'évolution des pratiques et des souhaits des jeunes médecins à laquelle ce médecin semble se prêter pour chercher

⁵⁰ Réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004

à comprendre et à s'adapter à ces nouvelles tendances⁵¹. En ce sens, ce médecin n'exclut pas que les MSP puissent représenter l'avenir de la médecine générale, en répondant à ces nouvelles prérogatives, à condition de préparer dès la 6^{ème} année les futurs médecin à intégrer des groupements.

- **Mieux répondre aux besoins du quartier**

Les professionnels souhaitent trouver un moyen de répondre à des habitants du quartier qu'ils sentent en demande (autour de prise en charge psychologique remboursée ou d'accès à des soins dentaires sur le quartier) (médecin 2 et 5, orthodontiste). Pour une autre pharmacienne du groupe, le projet de MSP représente une opportunité de faire sentir aux habitants du quartier qu'ils ne sont pas « *délaissés* » et que leurs problèmes sont pris en compte, en référence avec la « *dégradation progressive* » du quartier I qu'elle peut percevoir depuis une quinzaine d'années (pharmacien 1).

- **Un quartier non attractif pour les commerces**

La future MSP est également perçue comme une chance de revalorisation d'un quartier désertifié (pharmacie 1) aussi bien par les médecins que par les commerces. La perte de médecins, concomitante à une perte de commerces, donne la sensation à un des pharmaciens du groupe d'être « *un des dinosaures sur le quartier* » (pharmacie 3), ce qui l'a amené à faire partie de l'UNACOD⁵², par volonté de préserver une vie commerçante dans ce quartier.

- **c) Des enjeux propres à chaque profession**

Les infirmiers, la sage femme, l'orthodontiste et les pharmaciens du groupe I expriment des enjeux propres à leur profession, qui les ont amenés à s'intéresser au projet.

- **Une opportunité pour évoluer et diversifier sa pratique pour les infirmiers, tout en gardant son autonomie professionnelle**

La MSP est perçue comme une opportunité pour diversifier un quotidien parfois lourd et centré sur le soin. Une infirmière précise notamment la nouveauté que pourrait constituer le fait de dégager du temps et de l'énergie sur des activités « *hors soin* », en formalisant par exemple des actions de prévention. Les actions de prévention sont plutôt envisagées sous forme de vacations « *hors les murs* » de la future MSP par crainte d'un « *enfermement dans ce type de structure* » et de ne plus dépendre uniquement que des médecins de la MSP, ou d'y être plus particulièrement rattachés : « *Le*

⁵¹ Le médecin 5 évoquait notamment le fait que les jeunes souhaitent travailler moins d'heures que leurs aînés, que le format des MSP les attirait, et qu'ils étaient davantage enclin à rester remplaçants plus longtemps sans s'installer.

⁵² Union Nantaise du Commerce de Détails

vase clos me fait un peu peur, moi ça m'intéresse aussi de rester bosser pour les autres (médecins du quartier) » (infirmière 2). Les infirmiers expriment aussi le souhait de garder une indépendance par rapport aux infirmiers qui seront dans la MSP (infirmière 2). Par ailleurs, la perspective d'un exercice en MSP est aussi perçue comme une opportunité à saisir pour évoluer au sein de leur carrière professionnelle.

- **Le cas particulier de la sage femme**

Une sage femme du groupe, venant de s'installer en libéral après une longue expérience de pratique hospitalière, évoque l'intérêt d'une MSP pour s'entourer d'une équipe de professionnels du soin et du social (PMI, et assistante sociale). Elle constate en effet que les situations s'avèrent être parfois plus complexes en milieu ambulatoire : *« En milieu hospitalier t'es préservée de certaines choses dont tu n'es pas à domicile (...). Je me suis jamais autant posé de questions, jamais sentie aussi mal à l'aise plusieurs fois. T'es seule, t'as pas de labo, t'as pas de temps (...) »* (sage femme 1). N'étant de surcroît pas originaire de la région nantaise, le besoin de constituer un réseau de connaissances lui paraît d'autant plus important. Elle précise par ailleurs son souhait de pouvoir mener des consultations au sein de la future MSP et avoir une réelle reconnaissance de sa profession médicale.

- **Le cas particulier de l'orthodontiste**

En s'étant installée dans le quartier I, l'orthodontiste du groupe se présente comme étant « à la marge » par rapport à d'autres de ses confrères orthodontistes. Ce choix prend sens pour elle à travers son souci de faire accéder tous les patients aux soins de dentisterie, les dents constituant un fort marqueur social. Elle met ainsi un point d'honneur à prendre en charge des patients qui ne *« rentraient pas dans les rails »* d'une parfaite hygiène dentaire, critère pour certains collègues de refus de prise en charge, au prétexte d'une adhésion insuffisante aux soins d'orthodontie de ce public. La MSP représente pour elle un moyen de se resituer et de se repositionner en tant que professionnel de santé au même titre que les autres professionnels du groupe, et non pas seulement comme technicienne (avec un métier qu'elle qualifie de *« très technique »* par essence). Elle espère ainsi avec la MSP, renouer avec la partie relationnelle de son métier, et retrouver un travail d'équipe en assistant à minima à quelques réunions de cas complexes.

- **Des pharmaciens qui identifient leur plus-value au sein du projet**

Les pharmaciens du groupe sont conscients de la place centrale qu'ils peuvent avoir en tant que pharmaciens de quartier. Le lien intime tissé avec les habitants du quartier leur donne une *« autre »* vision des patients (pharmacie 1): *« On n'est pas là que pour pousser les médicaments faut pas croire (...) les gens nous disent plein de choses, les femmes nous parlent, on sait plein de choses*

(...) *Tous les gens d'ici on connaît leur vie de famille* » (pharmacien 1). Ceci peut être d'une plus-value importante pour faire partie d'une MSP. Ils considèrent aussi pouvoir apporter leur contribution en menant des actions d'éducation thérapeutique, même si certains semblent plus sceptiques vu la place traditionnelle accordée aux pharmaciens dans les MSP⁵³. D'autres pharmaciens, évoquent l'apport qu'ils pourraient avoir auprès des médecins avec des outils comme les sites Medispar, pour l'aide à la prescription (pharmacien 2).

Evolution de la contextualisation

IV.1.1. 4 Les éléments évolutifs de la contextualisation

- **D'autres intérêts de professionnels de santé qui se clarifient**

Au fur et à mesure de l'avancée du projet, d'autres enjeux et intérêts de professionnels de santé émergent. La MSP peut ainsi constituer une opportunité à saisir dans le contexte plus particulier d'un départ à la retraite proche d'un associé (médecin 4). Pour certains médecins partant à la retraite, le futur poste de coordinateur s'avère être une piste tout aussi intéressante (médecin 3). Pour un autre, cela donne la possibilité d'amener et de mettre en œuvre un projet qui lui tient à cœur autour de la protection de l'enfance⁵⁴.

- **L'enjeu de rester en de bons termes entre pharmaciens malgré les interrogations autour de la localisation**

Concernant les pharmaciens, les enjeux de concurrence autour de la future localisation de la MSP restent marqués. La localisation présumée favorise de fait une des pharmacies du groupe au détriment des autres⁵⁵, avec néanmoins le constat d'une volonté de rester en de « *bons termes* » et de « *garder de bons rapports* » avec les autres pharmaciens. La pharmacie a priori favorisée est ainsi rassurée que le projet serve plus largement l'attractivité économique du quartier et que la localisation présumée puisse s'avérer arrangeante pour deux autres pharmacies du groupe⁵⁶.

⁵³ La place des pharmaciens par rapport à la pratique de l'éducation thérapeutique avait été encouragée lors d'une réunion en présence du médecin accompagnateur du CATS remplaçant.

⁵⁴ Par le biais de la mise en place d'un réseau et d'un travail en coordination/partenariat avec des pédopsychiatres, des psychologues, des pédiatres, la PMI, la maison des familles récemment ouverte sur le quartier I, les associations en lien avec la protection de l'enfance, les assistantes sociales, les écoles, l'unité d'accueil des enfants en danger du CHU, et l'ESEAN (établissement de santé pour enfants et adolescents de la région nantaise (médecin 6) ;

⁵⁵ Cela arrangeait en réalité plutôt un groupe de 3 pharmacies, au détriment d'une autre plus particulièrement.

⁵⁶ L'URPS pharmacie, avec l'ARS, avait été sollicités dans ce cadre pour envisager une éventuelle « prise de capital » entre pharmacies pour éviter de favoriser certaines pharmacies au détriment d'autres et ne pas laisser en difficulté une des pharmacies du groupe. Ce point faisait aussi partie des éléments de vigilances du CATS, qui vérifiait dans les projets de santé que les enjeux de concurrence entre pharmacies aient été réfléchis en amont. (Une initiative a été menée avec l'URPS pharmaciens à Blain où trois pharmacies ont fusionné pour n'en faire que deux : une près de la MSP et l'autre en centre ville).

IV.1.2 QUARTIER II

Situation initiale

IV.1.2.1 L'émergence du projet

Arrivé sur le quartier II en 2011, le médecin A n'est pas satisfait de sa pratique qui est confrontée à des moyens humains jugés trop limités pour répondre aux besoins du quartier mais aussi à des problématiques d'insécurité dans les locaux. Malgré un sentiment de lassitude, le médecin A choisit de rester exercer sur le quartier par attachement à la patientèle (et à sa secrétaire qualifiée de très soutenante), tout en étant à la recherche de solutions pour améliorer ses conditions de travail. Le médecin A éprouve donc le besoin de travailler avec un autre collègue, et dans d'autres locaux. Elle subit par ailleurs des problèmes de dégâts des eaux qui lui imposent de déménager à court/moyen terme.

- **La constitution d'une première équipe intéressée par l'idée d'un exercice regroupé**

Le médecin A commence donc à parler du projet autour d'elle et à chercher des collègues de quartier intéressés par la démarche. Son projet trouve notamment un écho auprès d'un cabinet de kinésithérapeutes confronté aussi au problème de mise en normes de leurs locaux en matière d'accessibilité handicapés, après avoir cherché en vain des solutions. Une pharmacie du quartier ainsi qu'une infirmière prêtent également attention au projet.

L'idée de départ, comme le précisait la pharmacienne du groupe, est plutôt celle d'une maison médicale afin de « (...) *pouvoir agrandir un petit peu plus le cabinet et pouvoir exercer avec d'autres (...)* » (pharmacien A). Les professionnels de santé ont envisagé pour se regrouper le format d'une maison médicale par familiarité avec ce concept plutôt qu'avec celui des MSP. Mais après la rencontre du médecin A avec un de ses confrères, à l'époque président de l'APMSL (Association des Pôles et maison de santé libéraux des Pays de la Loire) exerçant lui même en MSP, la piste retenue devient celle d'une MSP. La rencontre avec ce médecin est en effet décrite comme déterminante par le médecin A pour le choix d'exercer au sein d'une MSP : il semble lui avoir transmis sa « passion » pour les MSP, ce qui la convainc peu à peu de s'engager dans cette voie.

IV.1.2.2 Les intérêts initiaux du premier noyau de professionnels de santé

- **Des kinésithérapeutes en quête d'améliorer la prise en charge des patients**

Les kinésithérapeutes voient dans le regroupement une opportunité pour améliorer l'orientation des patients, jugée non satisfaisante: « *Y'a pleins de domaines médicaux où je sais pas quoi leur dire (contraception, diabète, maladie chronique, violence conjugale) tout ça on écoute mais c'est très frustrant de ne pas pouvoir dire en tant que professionnels de santé « je vais pouvoir vous accompagner » alors que là c'est « je sais qu'il existe des choses, renseignez-vous »* (kinésithérapeute B). Ainsi, la future MSP leur donne la possibilité de s'appuyer sur un réseau de professionnels de santé dont ils apprendraient à mieux connaître les compétences. Par ailleurs, il s'agit d'un moyen pour mieux connaître les antécédents des patients: « *En libéral, les kinés on n'a souvent pas de dossier médical, on a juste une prescription, la raison pour laquelle le patient vient (...) Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des patients avec des antécédents psychiatriques et de le découvrir au fur et à mesure des séances, (...) j'aurai aimé le savoir avant pour adapter mes propos »* (kinésithérapeute B).

- **Une pharmacienne sensible à la désertification médicale du quartier et souhaitant s'engager pour pérenniser l'offre de soin sur le quartier**

La pharmacienne A raconte s'être inquiétée face à une démographie médicale déclinante sur le quartier II, en voyant s'amplifier les départs en retraite et s'accroître les suivis réalisés par SOS médecin. Son soutien « *au moins psychologique* » au médecin A fait écho à ce constat. Il s'agit donc de pérenniser l'offre de soin sur le quartier et la MSP est vue comme un moyen pour faire venir des nouveaux médecins et paramédicaux sur le quartier II⁵⁷.

- **Le cas particulier de l'infirmière**

L'infirmière A, ayant exercé en milieu hospitalier de nuit, est à la recherche d'un mode d'exercice permettant d'une part de s'émanciper d'une hiérarchie vécue comme trop forte à l'hôpital, et d'exercer son métier avec plus de liberté et de disponibilité pour développer le « relationnel » avec le patient. L'infirmière A mentionne également son intérêt pour la prévention et l'éducation à la santé, et est notamment intéressée pour développer la prévention et le dépistage du diabète. Elle cherche à s'informer sur le protocole ASALEE pour commencer à travailler avec le médecin A avant la mise en place de la MSP sur le quartier II⁵⁸.

IV.1.2.3 Premiers développements du projet

⁵⁷ Une kinésithérapeute souhaitait néanmoins que cela ne se fasse pas à « *n'importe quel prix* » (kinésithérapeute A) en soulignant la plus-value d'un médecin ancré dans le quartier ayant une compréhension en profondeur des problématiques du quartier II.

⁵⁸ Le protocole Asalée est un protocole de coopération et de transfert de tâches entre médecin généraliste et infirmière libérale, qui a été validée dans le cadre des protocoles de coopération définis dans l'article 51 de la Loi HPST et est en cours depuis 2013.

- **D'une recherche de soutien financier à l'inscription d'une MSP sur le quartier II au sein du mandat municipal**

Les kinésithérapeutes et la pharmacienne se disent éventuellement prêts à investir financièrement dans des nouveaux locaux communs, mais au vu de l'ampleur du projet immobilier, le premier noyau de professionnels de santé pense alors à solliciter le soutien de la Ville. Dans le cadre de cette demande de soutien financier et/ou d'une aide à trouver des locaux d'appoint du médecin A sinistré, ils sont amenés à rencontrer à plusieurs reprises l'élus de quartier II, également premier adjoint au maire, ainsi que médecin directeur de la Mission Santé Publique pour présenter leur projet. Les relations de longue date entre l'élus de quartier II et la pharmacienne A, présente depuis 30 ans sur le quartier, ont un effet starter pour l'inscription d'une deuxième MSP au programme électoral, le premier adjoint ayant porté cette idée auprès du maire (élus 1). Quand ce premier groupe de professionnels de santé a la certitude du soutien de la Ville après les élections de 2014, il a entamé une réflexion et une recherche commune de solution depuis presque deux années. Ainsi, les professionnels de santé revendiquent la paternité de la dynamique qui s'est esquissée entre professionnels « *grâce au médecin A* » et décrivent a posteriori avoir vécu cette phase comme étant celle où ils ont dû convaincre la Ville : « *J'ai l'impression que c'est grâce à la motivation qu'on a réussi à convaincre les élus, au début c'était plus « faites, faites, on verra après »* » (kinésithérapeute B).

- **L'écriture d'un premier projet de santé et la participation à un cycle d'information sur les MSP organisés par l'APMSL**

Un premier contact engagé avec l'ARS Pays de la Loire, fait comprendre au médecin A l'obligation d'écrire un projet de santé, première étape d'un projet de MSP. En suivant ces conseils, le médecin A avec la participation de l'infirmière A, esquisse alors un premier projet de santé. Le médecin A décrit cette étape comme étant davantage celle d'une tentative d'écriture, ne connaissant pas réellement le contenu attendu ni la méthodologie à employer pour écrire un projet de santé⁵⁹.

L'année suivante, quatre professionnels de santé (médecin A pharmacien A, infirmière A, et secrétaire médicale) assistent à un premier cycle d'information organisé par l'APMSL sur quatre soirées à Angers. Ces séances sont faites pour « mieux comprendre le règlement arbitral et les nouveaux modes de rémunération mais aussi pour partager des expériences de terrain entre professionnels de santé »⁶⁰. Ce cycle leur permet, à la fois d'accéder à des informations plus concrètes sur les MSP et d'avoir des repères pour avancer et concrétiser l'idée d'une MSP sur le quartier : « *Ça faisait des mois que j'en entendais parler. Mais c'est où, et c'est pour quand ? C'était une possibilité mais rien n'était concret (...). Donc de se réunir (pour Angers) ça a permis d'en parler*

⁵⁹Malgré le fait que ce premier projet de santé leur permette de mettre en lien les éléments issus du diagnostic du territoire et les premières idées qu'ils portaient, le médecin A aussi bien que l'infirmière A comprenaient la nécessité de reprendre le projet de santé dans le but que celui-ci puisse être validé par l'ARS et donner accès aux différentes aides financières (Nouveaux Modes de Rémunération).

⁶⁰D'après <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/apmsl-pdl/informer/reunion-dinformation/>, consulté le 30 Juin 2016

concrètement tous ensemble. De se dire qu'un pas est franchi grâce à ces formations sur Angers » (infirmière A). Ce premier cycle d'information est donc un catalyseur pour mieux comprendre ce qu'est une MSP et constitue aussi une occasion de rencontrer des équipes plus avancées dans la démarche. Le fait d'avoir entendu des échos positifs de médecins exerçant en MSP leur donne envie de poursuivre le projet : *« Il m'a dit qu'il était parti sur ce projet là pensant se simplifier la tâche, et finalement qu'ils s'étaient tous piqués au jeu et qu'ils travaillaient plus qu'avant alors que qu'il pensait que ça allait être l'inverse ! Il avait l'air ravi (...) »* (pharmacien A).

Suite à ce cycle d'information, le groupe prend connaissance qu'une information de l'ensemble des professionnels du quartier I allait avoir lieu à l'initiative de la Ville et des URPS concernant le projet de MSP ⁶¹. L'équipe de professionnels de santé s'y est donc rendue et le médecin A affiche son intérêt pour les MSP, tout en ne sachant réellement comment poursuivre l'avancement du projet.

Evolution de la contextualisation

IV.1.2 4 Les éléments évolutifs de la contextualisation

- **Deux médecins quittent le groupe**

Le groupe II connaît par la suite le départ de deux jeunes médecins généralistes (médecin D et médecin E). L'élément déclencheur concernant le départ du médecin D semble avant tout lié aux conditions d'exercice qui ne l'encourage pas à poursuivre sur le quartier II. Suite en effet à un dégât des eaux de leur ancien cabinet, le médecin A et le médecin D sont relogés à partir de décembre 2015 dans des nouveaux locaux, avec l'aide de l'Office Public de l'Habitat de la Métropole Nantaise, Nantes Métropole Habitat. Le médecin D décrit ces nouveaux locaux comme étant particulièrement insécurisant, surtout lorsqu'elle s'y retrouve seule. Voyant cette solution initialement temporaire perdurer, et ne concevant pas investir dans un cabinet en attendant l'ouverture de la future MSP, celle-ci préfère se retirer du projet. Le médecin D précise néanmoins que le projet de MSP l'a fait hésiter à partir, notamment pour la partie santé des femmes pour lequel elle se voyait participer à l'instauration d'une « filière grossesse »⁶².

Les conditions de départ du médecin E sont différentes. Celle-ci remplace également le médecin A depuis quelques mois. Devant la nécessité de se réunir mensuellement pour écrire le projet de santé à partir du mois mai 2015, ainsi que face aux obligations de permanence, elle se positionne rapidement en expliquant son impossibilité à assurer ces engagements, étant mère de trois enfants en bas âge. A ses raisons personnelles, s'ajoute le constat d'une pratique qu'elle trouve

⁶¹La réunion d'information des professionnels de santé du quartier II a finalement lieu 6 mois plus tard en Janvier 2015, et a rassemblé 35 professionnels sur 100 installés sur le périmètre élargi du territoire II)

⁶² cf. projet de santé p25 du groupe II en annexe

difficile et lourde sur le quartier, à l'image de certains cas auxquels elle a pu être confrontée. Ces deux éléments déclenchent rapidement son départ courant de l'été 2015.

Ces deux départs permettent néanmoins l'arrivée du médecin B en Septembre 2015.

- **Un jeune médecin généraliste qui perçoit la plus value des MSP**

Pour le médecin B, la MSP est perçue comme un moyen d'exercer une médecine générale en congruence avec la formation initiale reçue. En effet, la formation reçue durant l'internat insiste sur le travail en réseau et évalue la capacité de l'interne à informer et à faire du lien avec les autres collègues (médecin B). La MSP permet aussi de commencer à exercer dans un cadre sécurisant : *« Toute notre formation pendant notre internat, elle est qu'à l'hôpital et on est entouré et même quand on fait notre stage chez le prat' on est encore entouré parce que le médecin est là avec toi. Et d'un coup à la fin de ton internat c'est le vide, je vois avec mes anciens collègues internes, ils sont complètement perdus, il faut des remplaçants il faut ci il faut ça (...) Notre génération on aime ce genre de boulot où on a un cadre, le cadre professionnel de l'hôpital qu'on retrouve »* (médecin B). Cette opportunité semble d'autant plus précieuse à saisir que les capacités d'adaptation d'un jeune médecin sortant de formation lui paraissent plus importantes que pour des médecins ayant déjà acquis certaines habitudes. De façon plus pragmatique, la MSP permet aussi de réduire les difficultés rencontrées lors d'une première installation et par la même occasion de redonner le goût de l'installation à des jeunes médecins généralistes qui ont tendance à rester longtemps remplaçants : *« De façon générale de toute façon on est vraiment désabusé les jeunes, quand on sort de l'internat. La nouvelle génération, elle veut vraiment vivre sa liberté, on se prend pas la tête, parce que de toute façon elle se dit qu'elle pourra remplacer autant de temps qu'elle voudra (...) »* (médecin B). Globalement, cela donne au médecin B la volonté d'encourager et de communiquer plus largement aux autres internes en médecine générale l'envie d'exercer au sein d'une MSP.

Ce projet de MSP donne aussi au médecin B l'opportunité de pratiquer une médecine qualifiée de « sociale » et peu valorisée, mais qui semble pourtant à ses yeux passionnante et pour laquelle elle oriente tout son internat : *« (...) Médecine sociale, médecine des pauvres. Même pendant nos études on le ressent. Moi c'était médecine sociale, médecine précaire. Alors ça fait vraiment « toi tu aimes ça », alors que t'as les autres qui vont aller à la Baule. Y'a des clans ! (...). Aux yeux de notre corps médical, c'est pas franchement valorisé »*. Celle-ci est consciente que sa pratique est plus énergivore du fait que la santé n'est pas perçue comme prioritaire pour certains habitants du quartier II : *« Les gens nous parlent que d'une chose c'est l'humidité, il fait froid chez moi, ce mois ci j'ai pas eu mes indemnités, que des questions outre médical et t'as l'impression que toi ton discours « est ce que vous avez fait votre mammographie de dépistage » on te regarde genreJe parle mais je sens que ça entre et ça sort (...) »* (médecin B). Ce médecin se retrouve donc valorisé dans sa démarche affirmée de santé publique et est sensible aux initiatives de la Ville autour de la santé des habitants du quartier. Elle perçoit par ailleurs que cette appétence est partagée par d'autres membres

du groupe, comme les kinésithérapeutes⁶³ ou la pharmacienne : « *Moi j'ai une histoire personnelle mais les autres n'ont pas du tout la même et ils sont quand même là pour la même chose et c'est réjouissant de voir ça (...). Ce ne sont que des gens passionnés qui sont là, c'est vraiment du luxe de travailler avec des personnes comme ça* » (médecin B).

- **Le constat d'un intérêt partagé vis à vis de la MSP qui leur permet de mieux répondre aux besoins du quartier tout en améliorant la qualité de leur pratique**

Pour les médecins du groupe II, la future MSP participe également d'une convivialité de vie de quartier et est vue comme un des outils possibles pour changer l'image du quartier : « *Je pense que déjà médicalement et socialement si tu fais des choses, ça donne une autre image. Déjà les gens vont s'approprier leur quartier, et puis surtout ça donne un intérêt de l'Etat du gouvernement pour ces endroits là. (...) ça va dynamiser le quartier je pense, parce qu'en mettant en place une structure comme ça pour eux, l'environnement va changer aussi* » (médecin B). La pharmacienne A témoigne aussi de sa volonté de contribuer à améliorer le quartier par attachement à celui-ci : « *Je trouve aussi que pour la population ce serait vraiment un beau cadeau pour eux (...). Je suis très attachée au quartier, ça fait 30 ans que j'y suis, donc c'est un peu mon quartier aussi, le jour où je partirai je me dirai au moins dans ma vie j'ai vu quelque chose de bien se faire ! (...) Je trouve que c'est bien de se dire j'ai été une petite goutte d'eau dans le truc* » (pharmacien A). Il existe ainsi un souhait partagé de pérenniser leur activité sur le quartier, mais dans de meilleures conditions. La MSP se présente comme une opportunité pour permettre des échanges autour de patients, et pour mutualiser les différentes compétences de professionnels de santé et constituant une vie d'équipe.

D'autres intérêts et enjeux émergent au fil de l'avancement du projet.

- **Un enjeu d'intégration au sein d'une équipe qui se constitue principalement autour d'un cabinet d'un médecin**

Jeune diplômée, le médecin C contacte le médecin A en ayant entendu parler du projet de MSP que celle-ci portait sur le quartier. Celle-ci s'installe dans un cabinet frontalier du quartier II, mais plus excentré, et exprime le besoin de se confronter à la patientèle du cabinet du médecin A, pour voir si cette pratique pourrait lui correspondre. Ce médecin explique n'avoir pas encore expérimenté en milieu ambulatoire les spécificités d'une médecine dite « sociale », et exprime quelques craintes quant à ce type d'exercice médical (tel l'épuisement ou le sentiment d'impuissance) face à une population pouvant aussi avoir de fortes difficultés sociales et des problématiques de compréhension de langue. Le médecin C se questionne également sur son éventuel déménagement au sein de la MSP, à savoir si sa patientèle actuelle allait « suivre » ou non. Par ailleurs, le groupe II s'étant historiquement constitué autour du cabinet du médecin A, il existe pour le médecin C un enjeu d'intégration au sein

⁶³ La kinésithérapeute B a elle-même évolué dans ce type de quartier et s'est engagée à réaliser des actes gratuits, créneaux pour lesquels elle commence à être contacté par les assistantes sociales du CHU.

de l'équipe. Celle-ci s'est montrée très pro-active en ce sens en se portant volontaire sur de nombreuses réunions pour avancer sur des recherches et a également participé à une formation proposée par le CREDEPS sur l'entretien motivationnel pour encourager à l'activité physique, formation qu'elle avait resitué lors d'une réunion. Dans le but d'une meilleure connaissance mutuelle et de mieux cerner les appétences de chacun, voire de « *tester les affinités professionnelles* », le médecin C évoque l'idée de participer à des formations communes pluriprofessionnelles.

- **Derrière l'écriture collective d'un projet de santé, un premier moyen de tester la faisabilité d'un travail pluri professionnel**

Par la suite, la phase d'écriture du projet de santé est perçue comme étant une base fondamentale qui permettait de donner un cadre pour démarrer (pharmacien A). Cette phase est même ressentie comme nécessaire et obligatoire pour faire connaissance et « tester » la faisabilité d'un travail ensemble sans les murs : « *Si on est pas capable de tenir avant la maison de santé alors là franchement c'est même pas la peine pour la suite. Je pense que c'est O-B-L-I-G-A-T-O-I-R-E de passer par là parce que (...) c'est un bon test pour voir comment on va gérer entre nous (...)* » (médecin B). L'élaboration du projet de santé leur permet de mieux s'approprier le projet de santé (médecin A) et de se projeter avec plus de facilité (médecin B).

SYNTHESE

A partir des éléments de contexte présentés dans l'introduction et de ceux apportés par les observations et les entretiens au fil du projet, la contextualisation du projet peut être décrite par une conjonction entre les besoins de trois acteurs : ceux des habitants rendus visibles par des études, ceux des professionnels confrontés à des difficultés et désireux d'agir, et ceux d'une Ville qui s'appuie sur des politiques offrant des moyens pour accompagner ses projets.

Des besoins de santé et un problème d'offre médico-sociale objectivés par des études

Dans les deux cas, les habitants du quartier sont confrontés à des problématiques de dégradations socioéconomiques de leurs conditions de vie et des besoins médico-sociaux croissants, rendus visibles par des études réalisées sur les besoins de santé au niveau du territoire, financées par la Ville. D'autres travaux mettent en évidence la diminution de l'offre de professionnels, d'autant plus préoccupante que les besoins sont croissants.

Des professionnels confrontés à des difficultés croissantes, mais attachés à leur quartier et à la recherche de solutions pour pérenniser leur activité

Dans le quartier I, l'augmentation et la complexité des besoins de santé de la population, couplées à la baisse de la démographie médicale, rend difficile la pratique quotidienne de certains professionnels de santé, et ces derniers perçoivent, dans leur travail quotidien, des besoins auxquels ils ont des difficultés à répondre. Ceci pousse certains d'entre eux à envisager d'autres organisations de travail comme en témoigne des tentatives de regroupement sur le quartier par le passé. Ils ne souhaitent pas non plus désertier « leur » quartier, où ils ont choisi d'exercer. Ces difficultés croissantes les amènent à s'intéresser au modèle de regroupement des MSP, en vogue aujourd'hui, et qu'ils considèrent comme un moyen pour mieux répondre aux nouveaux besoins et pour attirer de jeunes collègues. Ainsi, dans le groupe I, même si les professionnels de santé ne sont pas véritablement à l'initiative d'un projet de MSP, l'insatisfaction éprouvée par rapport à la pratique professionnelle habituelle et les interrogations concernant les solutions à envisager, constituent un environnement réceptif à l'idée d'un projet de MSP. Le quartier I étant vaste et hétérogène, le projet soulève rapidement des interrogations autour de la localisation de la future MSP et un enjeu de concurrence marqué entre les différentes pharmacies.

Au sein du groupe II, un premier noyau de professionnels de santé se rassemble initialement en raison de la nécessité prégnante de trouver une réponse au problème de locaux, dont ils envisagent que cela devienne des locaux communs. Ce besoin est aussi sous-tendu par l'idée d'un travail collaboratif, ayant eu connaissance d'expériences de regroupement prometteuses, mais sans que le réflexe initial soit celui de penser à une MSP. La rencontre d'un médecin passionné exerçant lui-même au sein d'une MSP (de surcroît président de l'APMSL), ainsi que d'autres rencontres

d'équipes satisfaites de leur pratique en MSP, semble déterminante dans l'idée de s'engager dans cette voie. Le premier groupe de professionnels de santé ira jusqu'à découvrir les modalités de fonctionnement d'une MSP par le biais d'un cycle animé par l'APMSL, et esquissera un premier projet de santé.

Une municipalité désireuse de répondre aux besoins identifiés dans le quartier, et disposée à y mettre des moyens

Face aux besoins identifiés dans les quartiers, la Ville, qui a une préoccupation pour la santé dans les politiques publiques qu'elle mène, cherche des solutions et inscrit au sein du mandat municipal deux projets de MSP. Dans le cas du groupe II, un noyau de professionnels de santé est déjà constitué au moment de l'inscription au mandat. La Ville se définit comme facilitateur du projet en dégagant des moyens pour accompagner les professionnels de santé par l'intermédiaire de la Mission Santé Publique, et comme financeur du projet en l'absence de portage financier par les professionnels eux-mêmes. L'accompagnement proposé se construit en s'appuyant sur des rencontres (ARS, URPS, APMSL, visites de MSP) et est pensé au prisme de ressources déjà existantes (acteurs associatifs de la prévention, travailleurs sociaux du CCAS, service municipal de santé scolaire de la Ville). Par l'intermédiaire d'une interne en santé publique, la Ville va jusqu'à accompagner les professionnels de santé dans l'écriture de leur projet de santé (cet accompagnement s'appuyant lui-même sur la littérature et les guides existants).

L'engagement dans ce projet est rendu possible par un contexte national promouvant les MSP comme des modèles de regroupement en soins primaires prometteurs. A travers des dispositions législatives, les équipes s'engageant dans ces projets peuvent recevoir des financements par le biais des NMR. Au niveau régional la présence engagée de l'ARS, et de l'APMSL créent également un environnement favorable à l'engagement dans ces projets.

IV. 2 Éléments de problématisation

La phase de problématisation consiste en la formulation d'une question ou d'une interrogation, susceptible de produire la convergence des acteurs concernés (Akrich, Callon et Latour, 2006). Ce chapitre vise ainsi à analyser la manière dont le projet s'est « problématisé » c'est à dire la manière dont il s'est construit et mis en forme et comment les professionnels se sont mis d'accord sur ce à quoi le projet devrait répondre. Dans un deuxième temps, cette analyse sera complétée par la description des problèmes ou des changements qui se sont interposés pour amener à des déplacements de la problématisation. Les quartiers I et II seront analysés successivement, puis comparés en fin de partie.

IV.2. 1 QUARTIER I

Situation initiale

IV.2.1.1 Des problématiques initiales multiples et floues biaisées par une recherche de consensus autour de la localisation de la future MSP

Dans le groupe I, la dynamique initiale des professionnels de santé se construit autour d'intérêts et enjeux propres à chacun des professionnels de santé sans éléments fédérateurs évidents. La problématisation initiale se résume à la volonté des acteurs de rompre leur isolement et lutter contre la désertification médicale du quartier et/ou à mieux répondre aux besoins du quartier.

En l'absence d'une problématisation initiale claire, l'attention des professionnels de santé se cristallise autour de l'enjeu de localisation, les professionnels craignant qu'on leur impose une décision de la Ville sans concertation. Une visite de sites potentiels est organisée par la Direction Territoriale de l'Aménagement de la Ville de Nantes en Juin 2015, en présentant notamment aux professionnels de santé les contraintes temporelles et financières associés à chacun d'entre eux. Les premières réunions de la rentrée 2016 se focalisent ainsi autour de la recherche de la localisation de la future MSP qui conviendrait au plus grand nombre de professionnels.

Les déplacements de la problématisation ou l'émergence de problématisations intermédiaires

IV.2.1.2 Le passage d'une problématique immobilière à une problématique d'élaboration de projet de santé

Initialement freinés par une problématique immobilière complexe, les professionnels de santé entrent progressivement dans une logique différente consistant à dissocier le projet de santé du projet immobilier (autrement dit de travailler le “contenu” avant le “contenant”) et à élaborer le projet de santé tout en gérant le décalage avec le projet immobilier (médecin 3 et 4).

Même si la plupart des professionnels ne perçoivent pas encore de façon claire le projet de santé qu'ils allaient devoir écrire ensemble, ils en comprennent le sens, à savoir la description d'une pratique collaborative autour du patient. Néanmoins, les difficultés rencontrées autour de cette nouvelle problématisation sont nombreuses.

IV.2.1.3 Une première problématisation intermédiaire qui consiste en l'acceptation d'un certain temps pour que les professionnels apprennent à se connaître

Durant cette phase, les professionnels de santé sont rapidement confrontés à une logistique lourde et énergivore pour écrire de façon collective leur projet de santé. Les réunions mensuelles le soir sont souvent perçues comme pesantes et épuisantes après des journées très chargées⁶⁴. Elles peuvent empiéter sur la vie de famille, et entraînent des contraintes pour certains professionnels domiciliés plus loin (médecin 6, infirmière 1, sage femme). Une alternance avec des réunions sur le temps du midi est rapidement envisagée et même demandée par certains, mais face à la taille importante du groupe I, le créneau du soir s'avère comme étant le moyen de rassembler le plus grand nombre de participants. Le manque d'efficacité de ces réunions est souvent reproché (les qualifiant de « réunionite ») le fait de respecter un ordre du jour et d'être clairs et efficaces sur un temps donné reste difficile (médecin 2), et les digressions sont perçues comme nombreuses (infirmière 2) avec une tendance de surcroît à finir « *en thérapie de groupe* » (médecin 2).⁶⁵ Le caractère non rémunéré de ces réunions rend l'exercice d'autant plus lourd, même si certains jugent le rythme mensuel des réunions raisonnable et acceptable (infirmière 2, orthodontiste).

Le fait de ne pas se connaître entre professionnels de santé, et de n'avoir jamais eu l'occasion de travailler ensemble, rend l'exercice d'écriture d'un projet de santé commun d'autant plus difficile (médecin 3, kinésithérapeute 2). Selon un kinésithérapeute du groupe, les idées de projets ne peuvent en effet émerger qu' « *au fur et à mesure des rencontres* » (kinésithérapeute 2). Pour que les membres du groupe puissent se connaître, le médecin 1, initiateur du projet, prend volontairement l'espace de deux ou trois réunions pour les temps de présentation, quitte à ce que cela soit perçu comme redondant : « *C'est un projet avant tout humain, c'est important qu'on se voit qu'on se connaisse, qu'est ce que l'on fait, où l'on est, où on va, ce qu'on a envie de faire (...)* » (médecin 1).

⁶⁴ Les réunions de travail s'effectuaient pour le groupe I le soir à partir de 20h30 jusque 23h le plus souvent.

⁶⁵ Ce qui est un risque avéré pour lequel l'APMSL anime par ailleurs régulièrement des sessions intitulée « Ma MSP en pratique ...prévenir la « réunionite aiguë », dans le but de fournir des pistes et des outils pour organiser des réunions efficaces.

Malgré la lenteur d'un tel processus, les professionnels y voient en même temps une étape indispensable à laquelle ils ne peuvent échapper pour *“identifier les professionnels intéressés, apprendre à se connaître et sentir certaines affinités ou non”* (médecin 2). La compréhension des enjeux et craintes de chacun s'avère primordiale pour que toutes les problématiques puissent être prises en compte (médecin 2). Plusieurs ayant déjà vécu des expériences d'associations en Société Civile de Moyen (SCM) (médecin 5, kinésithérapeute 2) sont conscients de l'importance de fédérer l'ensemble du groupe autour d'une ligne de conduite commune. Le médecin 2 souligne néanmoins le travail de patience que cela nécessite en contre partie.

IV.2.1.4 Réunir les compétences nécessaires à la rédaction d'un projet partagé

Au-delà du fait d'accepter que cette phase d'interconnaissance est longue et nécessaire, il faut aussi réunir les compétences utiles à la rédaction d'un projet partagé. Pour certains médecins, une différence doit être faite dans un premier temps avec le processus de montage d'une maison médicale, où les questions qui se posent de prime à bord sont plutôt celles de savoir *« qui est intéressé pour travailler ensemble, quel va être le mode de fonctionnement et combien cela va coûter »* (médecin 5). Avec la rédaction d'un projet de santé, une réflexion doit être entamée autour de thématiques communes de travail collaboratif et pluriprofessionnel et non pas raisonner en terme de partage de moyens logistiques d'un cabinet de groupe monoprofessionnel.

IV.2.1.5 La constitution de sous-groupes de réflexion autour de deux thématiques principales

Suite aux deux premières réunions du mois d'octobre et de novembre 2015, le groupe décide, sous l'impulsion du médecin 3, de se répartir en plusieurs sous-groupes de réflexion autour de deux thématiques de prédilection : le diabète/obésité et la santé mentale avec quelques professionnels plus particulièrement intéressés par la dimension de l'accompagnement parental (la santé mentale et l'accompagnement parental ont été regroupées au sein d'un même groupe de réflexion « santé mentale »). Ces deux thématiques sont choisies par un vote à main levée entre professionnels de santé après un recueil des préférences des participants. D'autres thématiques sont citées à cette occasion telles que le maintien à domicile des personnes âgées ou encore la santé des femmes. En l'espace de quinze jours, les professionnels se rencontrent par sous groupe de trois ou quatre et amorcent une réflexion au moyen d'un questionnaire élaboré par l'interne de santé publique. Chacun des sous-groupes restitue ensuite le contenu de ses réflexions lors de la réunion du mois de Décembre 2015.

IV.2.1.6 Se rendre compte de la nécessité d'une coordination entre professionnels de santé plus accrue au fur et à mesure des rencontres

Un des médecins explique qu'au fur et à mesure des rencontres avec les para médicaux, émerge plus fortement le constat d'un manque de coordination avec ces derniers au sein de sa pratique : « *C'est un enrichissement (d'avoir rencontré les professionnels non médicaux) et en même temps c'est un sacré....ça te montre quand même la problématique justement c'est à dire que en fait on est complètement isolé, on a l'impression de bosser comme des fous et en fait on a une vision très partielle des choses et pas suffisamment coordonnée* »(médecin 4). Ces propos sont partagés par le médecin 3 qui souligne la nécessité d'une coordination entre les professionnels de santé, qui lui apparaît avec beaucoup plus d'acuité qu'auparavant, au vu des différences constatées au sein des pratiques.

IV.2. 1.7 Une problématisation intermédiaire permettant de se distancier des débats autour de la localisation de la future MSP

Deux événements (celui d'un périmètre d'étude choisi dans le cadre de l'Etude Impact Santé présenté en annexe 5 ainsi qu'une allocution du maire de Nantes lors d'une rencontre de quartier) renforcent la méfiance des professionnels avec le choix d'une localisation décidée sans concertation. Ils prennent ainsi, peu à peu, de la distance par rapport au projet initial de MSP proposé par la Ville, sous le format d'une entité principale, pour se positionner sur le format d'une MSP fonctionnant davantage sous la forme de satellites, permettant aux professionnels de santé de rester dans leur cabinet actuel. Cette option apparaît du moins comme une étape nécessaire à ce stade du projet, n'ayant notamment pas assez de médecins au sein du groupe prêts à être « dans les murs ». Un des médecins précise que l'idéal serait de construire le projet sous ce format, en espérant que d'autres médecins intègrent progressivement les murs de la future MSP par la suite (médecin 5).⁶⁶

Cette nouvelle problématisation est elle-même évolutive, puisque l'apparent consensus quant au refus de la localisation présumée s'avère être plus nuancé lors des entretiens : le point de vue de certains évolue, en se disant prêt à exercer dans la maison mère même si la localisation redoutée est retenue, en se basant sur les exemples réussis de rénovations urbaines sur d'autres quartiers de Nantes dont ils avaient vu les transformations. D'autres ne comprennent pas forcément la crainte de certains membres du groupe à s'installer sur ce côté particulier du quartier, ne le considérant « *pas plus dangereux qu'un autre* ». D'autres encore pointent l'incohérence qu'il y a à exercer dans un quartier difficile sans pour autant vouloir s'installer au cœur du quartier. Ces divers points de vue restent toutefois délicats à aborder en groupe, de peur de créer des conflits.

IV.2.1.8 Un groupe qui se consolide progressivement autour de la volonté de

⁶⁶ Le positionnement de trois professionnels de santé (deux médecins et un kinésithérapeute) s'était clarifié en Avril 2016 : ces trois professionnels de santé se sentaient prêt à intégrer la maison mère de la future MSP, à condition d'une localisation (et de coûts des loyers) qui leur conviendraient. Tous les autres professionnels du groupe ayant par ailleurs signé le projet de santé, se voyaient plutôt intégrer le projet en restant sous le format « multi site ».

« monter un projet ensemble » avec l'émergence de premiers bénéfices secondaires

De par l'émergence de bénéfices secondaires, qui répondent à des enjeux et intérêts personnels des professionnels, le groupe se consolide progressivement, malgré le contexte immobilier complexe dans lequel il se démène.

Les réunions mensuelles de travail constituent en effet pour l'ensemble des professionnels, une occasion de rencontrer les acteurs de santé du quartier dans leur diversité professionnelle. Les sages femmes, infirmiers et pharmaciens ressentent d'autant plus de satisfaction à rencontrer et à échanger avec les médecins du quartier, que ces derniers constituent (en plus des pharmaciens pour les infirmiers) leurs interlocuteurs les plus importants, « *qu'ils appellent depuis longtemps sans se voir* » (pharmacien 3). « *C'est bien de mettre un nom sur un visage, voir les personnalités (...) c'est bien franchement j'apprécie* » (sage femme). Inversement, certains médecins apprécient de pouvoir élargir leur réseau de connaissance des paramédicaux, « *à qui ils peuvent faire confiance et avec lesquels ils peuvent s'arranger* » (médecin 5). Cette satisfaction se vérifie également entre les paramédicaux, qui entretiennent jusqu'ici très peu de liens entre eux (qu'ils soient de même corps de métier ou de profession différente), n'ayant la plupart du temps que peu de patients en commun (infirmière 1).

Ces rencontres permettent à chacun de prendre conscience des compétences des autres : la particularité des interventions à domicile des infirmières et sage femme sont par exemple mentionnées. Pour l'orthodontiste, c'est aussi l'opportunité de mieux mesurer la place centrale que peut avoir un pharmacien au sein du tissu social du quartier. Le fait de s'ouvrir à d'autres problématiques que celles liées à leurs propres pratiques permettent aussi de se rendre compte in fine qu'ils ne sont pas les seuls à rencontrer des difficultés (infirmière 1, médecin 5).

Cette connaissance mutuelle commence déjà à avoir des retombées sur la fluidité de la communication entre professionnels de santé, qu'ils qualifient de « *complètement différente* » (pharmacien 3). Les professionnels du groupe se sentent en confiance et de plus en plus à l'aise (pharmacien 1) pour s'appeler en cas de besoin sans avoir la peur d'être jugés ou de déranger (pharmacien 3). Ainsi, un kinésithérapeute déclare avoir moins de gêne à poser des questions aux médecins (kinésithérapeute 2), de même qu'une sage femme déclare appeler plus facilement les médecins sans avoir la sensation de « *marcher sur des œufs* » (sage femme). Ceci se vérifie aussi bien pour les professionnels non médecins pour contacter les médecins qu'à l'inverse, puisqu'un des médecins du groupe déclarait avoir plus de facilité à demander à un infirmier du groupe d'aller voir certains patients (médecin 6). Ceci se traduit également dans la communication entre professionnels non médecins, un autre pharmacien du groupe soulignant avoir moins de gêne à appeler une infirmière même tardivement en journée (pharmacien 2). Tout ceci est notamment rendu possible par la constitution d'un annuaire de coordonnées échangé durant l'été 2015. Des prémices d'amélioration en terme de partage d'informations entre professionnels de santé commencent aussi à se dessiner.

Un médecin reçoit par exemple un compte rendu d'un kinésithérapeute du groupe (médecin 3). Une sage femme remarque également qu'un médecin lui adresse une patiente (sage femme). Il existe ainsi la satisfaction partagée d'avoir rencontré les collègues du quartier d'un point de vue professionnel mais aussi personnel : « *Toutes ces réunions là, ça a quand même permis de créer du lien (...), pas le lien professionnel, le lien humain. (...) Avant c'était pas aussi fluide !* » (pharmacien 2).

IV.2.2 QUARTIER II

Situation au début du projet

IV.2.2.1 Se mettre d'accord sur une logistique d'organisation pour avancer dans le projet

Déterminés à ne pas décrocher durant ce parcours de longue durée, et à s'engager jusqu'à l'ouverture d'une MSP sur le quartier, le premier noyau de professionnels de santé constitué autour du médecin A cherche avant tout à montrer qu'il « *voulait du projet* » pour obtenir des financements : « *Quelque part (...) on a rien sans rien* » (kinésithérapeute A et C) et aller dans le sens de la volonté commune d'obtenir de nouveaux locaux. Les professionnels du groupe II s'engagent ainsi sur la mise en place d'une organisation permettant l'écriture du projet de santé sur l'année. Ils choisissent que les réunions de travail s'effectuent sur les temps de repas du midi de 12h30 à 14h de telle façon qu'elles n'empiètent pas sur leurs activités personnelles (médecin A) et qu'elles puissent plus facilement s'intégrer au sein de leur pratique (kinésithérapeute B). Les dates sont fixées en avance sur l'ensemble de l'année (mai 2015 à mai 2016), et les salles sont réservées pour l'ensemble de ces créneaux.

Les professionnels de santé se mettent ensuite des limites en terme d'investissement. Au vu de la durée de leur implication (avant même l'inscription au mandat de 2014), ils avouent avoir connu certains moments de découragement. Anticipant le caractère chronophage et prenant des réunions mensuelles, et le risque de « *réunionite* » (pharmacienne A), les kinésithérapeutes prévoient donc initialement de se relayer pour participer à tour de rôle aux réunions de travail pour « *tenir le rythme* » (kinésithérapeute A)⁶⁷. Une des kinésithérapeutes affiche clairement sa volonté que le projet n'interfère pas avec sa vie personnelle (kinésithérapeute A) et fait volontairement le choix de ne pas participer au cycle d'information à Angers organisé par l'APMSL en 2012. L'engagement parallèle de certains professionnels de santé dans des formations (kinésithérapeute B), met aussi des limites quant à l'implication dans le projet.

⁶⁷ Au final, l'ensemble des trois kinésithérapeutes étaient présents à la majorité des réunions.

IV.2.2.2 Une volonté commune d'élargir le groupe et de recruter d'autres professionnels intéressés

Il existe une volonté commune au sein du groupe d'élargir le noyau initial de professionnels de santé, pour accueillir des sage femmes, des pédicure podologues, des dentistes, ou encore des infirmiers. Les professionnels se répartissent ainsi les tâches pour contacter chacun les écoles ou facultés concernées, ainsi que les URPS correspondantes. Un des kinésithérapeutes du groupe est notamment sensible à élargir le groupe aux infirmiers, dont la place lui paraît importante car ces derniers sont amenés à voir les patients à domicile (kinésithérapeute C)⁶⁸.

Evolution de la problématisation initiale sous l'influence de la vie du projet

IV.2.2.3 La thématique santé des femmes devient la thématique « phare » du projet de santé

Les thématiques sur lesquelles les professionnels de santé commencent à travailler sont celles du diabète et de l'accès aux soins et aux droits. La thématique du diabète est choisie parce qu'il s'agit d'une pathologie connue de tous les professionnels médicaux et paramédicaux qui permet de faciliter les premiers échanges pluriprofessionnels, comme le conseille le médecin accompagnateur du CATS. Progressivement, la thématique de la santé des femmes, qui tient à cœur au médecin A (et mentionnée dès le premier projet de santé), fédère plus particulièrement l'ensemble du groupe : « (...) ça a fait tilt à tout le monde, alors je sais pas qu'est ce qui a fait qu'on a réussi à se mettre d'accord facilement, peut être parce que c'est les choses qu'on rencontre le plus »(médecin B) « On est dans un quartier où y'a besoin. On voit des cancers du col de l'utérus qui n'ont pas de suivis... »(pharmacien A). Les professionnels de santé espèrent plus particulièrement mieux guider, orienter, conseiller et écouter ces femmes du quartier (kinésithérapeute B), créer un espace dédié aux mères et à leurs enfants au sein de la MSP, et faire de la MSP un lieu ressource pour les femmes victimes de violences conjugales : « On a aussi envie (...) qu'il y ait des possibilités de parole et de lieu de sécurité sans leur mari, si elles peuvent venir passer un peu de temps, retrouver de l'énergie » (médecin A). Les professionnels espèrent de plus qu'il puisse y avoir un « effet boule de neige » sur les femmes du quartier pour que ce lieu d'accueil soit plus facilement repéré par ces dernières (kinésithérapeute B).

⁶⁸ De fait, à la réunion du mois de mai 2016, une nouvelle infirmière était présente, ainsi qu'une représentante des URPS Infirmiers, exerçant sur le quartier II, ayant remarqué le faible nombre d'infirmiers en lisant le projet de santé.

SYNTHESE

Le groupe I passe par diverses problématisations intermédiaires, parvenant par « paliers » à la logique d'écriture d'un projet de santé. Ce processus nécessite de dépasser une problématisation initiale immobilière et de bouleverser les schémas habituels de simples partages de ressources financières et logistiques. Le temps nécessaire à cette maturation, couplé au ressenti des professionnels d'une impossibilité à construire un projet ensemble sans une connaissance mutuelle au sein du groupe, est à respecter. Le groupe se fédère autour de trois thématiques principales : le diabète/obésité, la santé mentale avec quelques professionnels plus particulièrement intéressés par la dimension de l'accompagnement parental et l'accès aux soins et aux droits. La satisfaction et les premiers bénéfices secondaires qu'apporte la rencontre avec les autres professionnels de santé, répondent au besoin de sortir de l'isolement perçu au sein des pratiques, et consolide au fur et à mesure des réunions le groupe dans sa volonté de monter un projet ensemble.

Pour le groupe II, le point d'attention central des professionnels se déplace d'une recherche immobilière à celle d'écrire à plusieurs un projet de santé et les professionnels s'engagent rapidement dans la mise en œuvre de cette première étape obligatoire dans un projet de MSP. Ils s'organisent pour atteindre cette nouvelle problématisation, en partageant et en prenant en compte leurs contraintes dans l'organisation des réunions. Parmi les thématiques travaillées dans un premier temps (diabète et accès aux soins), une thématique fédère plus particulièrement le groupe au gré des rencontres, celle de la santé des femmes.

La démarche préalable de création d'un collectif de professionnels qui a appris à se connaître facilite la phase de problématisation d'acteurs autour de thématiques, mais l'écriture du projet de santé constitue en elle-même une opportunité pour approfondir cette connaissance mutuelle entre acteurs et pour se rendre compte de besoins et/ou de projets communs.

IV.3 . Enrôlement

Selon Callon et coll., la phase d'enrôlement vise à distribuer les rôles aux différents acteurs en présence dans la recherche de solution au problème commun identifié dans la phase de problématisation. La définition et la distribution des rôles résultent de négociations multilatérales au cours desquelles l'identité des acteurs est testée.

Ce chapitre débutera par les réflexions portées autour du leadership du projet des deux MSP, puis décrira dans un second temps, l'enrôlement des professionnels de santé dans chaque groupe en déclinant comment celui-ci a évolué au fil du projet.

IV.3.1 Dans chacun des deux quartiers, la présence de médecins promoteurs et référents qui portent le projet

- **Médecin 1 (groupe I)**

Suite à l'inscription d'une MSP au mandat municipal, et du fait que le médecin 1 cherche depuis plusieurs années à promouvoir un exercice regroupé sur le quartier I, celui-ci est rapidement identifié par la Ville comme potentiel médecin promoteur et référent du futur projet. Le médecin 1 saisit cette opportunité pour constituer autour de lui une équipe de professionnels de santé intéressés, ce qu'il cherchait déjà à faire lors de précédents projets, sans résultats probants. Il prend donc à cœur la mobilisation des professionnels autour du projet de MSP, en le voyant comme une nouvelle opportunité pour faire aboutir un projet d'exercice regroupé. Il a réalisé de fait un travail relationnel avec chacun des membres du groupe qu'il présente comme un « entretien motivationnel » afin de s'enquérir de leurs souhaits, en même temps qu'il leur signifie l'importance de leur présence pour faire aboutir un projet. Pour que les différentes personnes du groupe puissent se connaître, il évoque aussi l'organisation de déjeuners et de dîners informels. Une fois que le premier noyau de professionnels intéressés est constitué, il continue de se rendre disponible aux nouvelles personnes qui le contactent pour répondre à leurs questions, mais aussi pour « sentir » les affinités possibles. Se définissant comme un élément de cohésion dans le groupe (le « *jaune d'œuf* » du groupe) le médecin 1 veille à appeler les personnes pour discuter lorsqu'il ne « *sentait pas quelque chose* ». Il a aussi le souci de connaître l'ensemble des membres du groupe. Le médecin 1 rappelle clairement à l'occasion de la deuxième réunion d'information sur le quartier en Juin 2015, que l'ensemble des professionnels de santé intéressés sont conviés et que le projet est « *ouvert à tous* » (note de terrain Juin 2015). Ces propos sont confirmés par un des pharmaciens du groupe : « *On ne peut qu'ouvrir les bras et c'est ce qu'il a fait « venez et voyez* » (pharmacien 3). La disponibilité et la façon dont ce médecin prend à cœur son rôle de promoteur du projet est vécue comme passionnante mais énergivore, le poussant à renoncer à d'autres engagements pris par ailleurs. Il précise également que le temps requis par son statut de référent de groupe a tendance à empiéter sur les activités de son cabinet.

- **Médecin A (groupe II)**

De par l'envie de rompre l'isolement ressenti au sein de sa pratique et encouragé par un confrère dans l'idée de monter une MSP, le médecin A commence à parler du projet autour d'elle. Elle précise en effet avoir « besoin des autres » pour concrétiser son projet. Elle présente ainsi son projet aux pharmaciens avoisinant son cabinet, mais aussi à un cabinet de kinésithérapeute qu'elle invite de façon informelle autour d'un dîner. Elle n'hésite pas non plus à parler du projet à des amis également professionnels de santé, ainsi qu'aux internes reçus en stage. L'entretien mené avec le médecin A, montre que celle-ci considérait son statut de référent du projet, comme provisoire, le temps d'"impulser" le projet. Les compétences exigées, nouvelles pour elle, l'avaient stimulée. Les notes de terrains soulignent l'aide qu'elle a fournie pour mobiliser les membres de l'équipe afin qu'ils répondent aux questionnaires de préparation de chaque réunion thématique et qu'elle s'est investie en participant aux réunions de travail entre professionnels de santé, ainsi qu'aux sollicitations de la Mission Santé Publique, notamment dans le cadre de l'animation de la démarche de participation des habitants.

- **Les attentes du groupe de professionnels concernant un médecin leader dans un projet de MSP**

Reconnus comme légitimes par les autres professionnels de santé pour impulser un travail d'équipe et représenter le collectif à l'extérieur, chacun des médecins promoteurs ou référent des groupes I et II est ainsi identifié à cette étape du projet comme étant médecin « leader ».

Les attentes que chacun des professionnel interrogé (professionnel de santé et Mission Santé Publique) pouvait avoir vis à vis d'un médecin leader ont été synthétisés et confrontées dans un même tableau IV.

Tableau IV : Attentes vis à vis d'un médecin leader d'un projet de MSP : synthèse et comparaison des attentes des professionnels de santé du groupe I et II, ainsi que des professionnels de la Mission Santé Publique

Savoir être / posture			
Attentes groupe I		Attentes groupe II	Mission Santé Publique
Volonté de collaboration	Avoir la volonté de travailler ensemble	Ecouter et prendre en compte les problématiques de chacun Laisser chacun amener ses idées Susciter un accord commun sur le contenu du projet de santé, sans rien imposer Prendre en compte les compétences de chacun	Porter les valeurs de la coopération, de la collaboration Avoir le souci de ne pas être l'unique identifié Savoir parler de ses collègues
Caractère, aura	Avoir un « capitaine d'équipe » Avoir de l'autorité Savoir être parfois dirigiste sans attendre un consensus Utiliser son « pouvoir » pour argumenter et porter la voix du groupe auprès des différentes instances et des élus	Avoir du caractère pour mener ce type de projet	Avoir de l'aura
Diplomatie	Etre diplomate Avoir de l'impartialité, un esprit d'ouverture et une grande tolérance Aiguiller et prendre l'avis de chacun des membres du groupe sans imposer sa décision Calmer les tensions inhérentes à l'exercice pluriprofessionnel	Accepter les différents niveaux d'investissement de chacun professionnels de santé	Etre diplomate
Investissement	S'investir tout au long de la phase d'élaboration du projet	Etre investi et présent à toutes les réunions	Etre passionné et investi
Autre	Rester avant tout soignant et se détacher parfois du statut de leader Absence d'enjeu de pouvoir		
Créer du collectif			
Etre force de rassemblement	Avoir la volonté et parvenir à associer, rassembler et souder l'ensemble des professionnels de santé, et être en capacité de garder cette mobilisation	Accueillir tout professionnel intéressé par le projet sans filtre d'affinités personnelles Etre en position de responsabilité (partagée) vis à vis de la cohésion du groupe	Fédérer le groupe

Animer le collectif		
Organiser		Guider son équipe sur les démarches à suivre Etre un référent garant, Etre un repère qu'on peut suivre
Préparer les réunions	Animer les réunions avec un ordre du jour clair	Repérer les thématiques à discuter en pluriprofessionnalité ou par corps de métier Provoquer des réunions pour avancer sur des thématiques de prévention
Faire participer	Encourager les professionnels de santé du groupe à s'investir Dispatcher les tâches / déléguer Exprimer clairement ses besoins Savoir demander de l'aide Faire que chacun trouve sa place	
Motiver	Clarifier ses intentions et l'origine de sa motivation au reste de l'équipe	Etre moteur Etre soutenant et d'une présence rassurante Apporter de la réassurance par rapport aux jeunes médecins qui s'installent
Communiquer		
	Etre un référent qui communique et diffuse les informations	Médiation ville –professionnels de santé Relayer les informations de part et d'autre comme un médiateur entre la ville et le groupe des professionnels de santé Avoir un contact privilégié avec la Mission Santé Publique pour leur permettre de suivre les tendances et problèmes qui émergent et avancer de façon harmonisée les uns avec les autres. Médiation professionnels de santé-habitants Etre en proximité avec les médecins tout en étant capable de parler avec les habitants et se mettre à leur niveau.

Ce tableau esquisse quelques fondamentaux d'un « référentiel de compétences » alloué à un médecin leader par des professionnels de santé s'investissant dans des projets de MSP, et concourt à définir le rôle de celui-ci. Il montre également que les attentes sont parfois aussi nombreuses et variées qu'il existe de professionnels dans un groupe. Elles peuvent parfois sembler contradictoires par exemple avec pour certains le souhait d'un mode de gouvernance collégial, et pour d'autres l'attente d'un mode de management plus directif. Ceci montre toute la complexité du rôle de leader, un rôle qui n'est pas de prime à bord familier aux médecins.

Aux attentes sur le rôle d'un leader, s'associent les réflexions sur le leadership.

- **Réflexion et questions autour du leadership**

Les réflexions portées autour du leadership sont nombreuses : certains pensent que ce leadership peut être porté de façon collégiale (leadership collectif ou partagé), ne validant pas l'idée d'un seul leader (orthodontiste). Ces propos sont partagés par un professionnel de la Mission Santé Publique qui voit la nécessité d'un leadership composé de deux ou trois personnes (professionnel 4). Quant certains voient davantage des médecins dans le rôle de leader (orthodontiste), d'autres pensent au contraire que le leader n'a pas "*forcément*" à être un médecin (kinésithérapeute 2). Enfin d'autres professionnels de la Mission Santé Publique identifient des professionnels de santé ayant les qualités pour tenir cette place de référent en alternance avec le leader principal (professionnel 3).

Les professionnels de santé de chacun des deux groupes I et II, tout comme les professionnels de la Ville, ont le souci de préserver "leurs" médecins leaders dans l'exercice de leur fonction afin qu'ils ne s'épuisent pas à cette tâche. Conscients de la complexité du rôle et admiratifs, certains professionnels s'engagent de leur côté à fournir « *a minima leur réponse aux mails envoyés* » par le médecin leader (kinésithérapeute 2), et à venir « *présenter le projet de santé au CATS* » (médecin 4). Les professionnels de santé de la ville anticipent la nécessité d'une aide par un coordinateur, dès la phase d'élaboration du projet, pour aider le médecin leader « *dans l'organisation de ces tâches* » (professionnel 2).

IV.3.2 QUARTIER I

Situation initiale

IV.3.2.1 Une première répartition des rôles lors de la création de l'association des professionnels de santé

L'équipe initiale autour du médecin 1 se constitue en association en Juin 2015 selon les conseils de l'ARS. Une première répartition des rôles se fait à travers le positionnement de chacun des professionnels de santé au sein du bureau de l'association. Le médecin 1 devient naturellement président de l'association, le kinésithérapeute 1 devient vice président de l'association, présageant de son intérêt et de son engagement pour le projet, le médecin 3 trésorière et le médecin 6 secrétaire principale de l'association. La sage femme, le pharmacien 3, le médecin 2 et 4 font partie des secrétaires adjoints⁶⁹. Ce premier noyau de professionnels de santé est perçu par le médecin 1 comme étant le « *petit groupe de personnes actives* » sur lequel il a le sentiment de pouvoir compter.

IV.3.2.2 Un groupe qui s'élargit

A la demande du groupe, un bulletin d'adhésion à l'association est envoyé par la ville à tous les professionnels de santé du quartier I, en même temps qu'une lettre d'information rédigée par la Mission Santé Publique pour les tenir informés de l'avancement du projet depuis la première réunion d'information de Juin 2014. Le groupe s'étoffe ainsi progressivement à la rentrée pour compter 14 participants et jusqu'à 19 professionnels de santé lors de la réunion du mois de Décembre 2015. De son côté le pharmacien 2 encourage un de ses confrères pharmacies à venir assister aux réunions, ainsi qu'une infirmière réservée à l'idée de s'engager dans le projet lors de la première réunion. Le groupe continue d'accueillir de nouveaux professionnels pour la plupart para médicaux jusqu'en Avril 2016⁷⁰. Ces derniers ont eu, à chaque fois, au préalable un contact téléphonique avec le médecin 1, qui est ainsi en mesure de les présenter en début de réunion. La Mission Santé Publique ainsi que l'ARS reçoivent de leur côté régulièrement des demandes d'informations de la part de professionnels de santé intéressés par le projet.

IV.3.2.3 L'instauration d'une dynamique de groupe positive

- Un rapport égalitaire entre professionnels médicaux et paramédicaux

⁶⁹ Une ostéopathe avait été présentée au groupe à cette occasion.

⁷⁰ Date de fin de stage

Au sein du groupe, les relations entre professionnels médicaux et paramédicaux sont perçues comme égalitaires. Une sage femme souligne « l'ouverture d'esprit » vu la posture des médecins qui s'enquière de savoir s'ils prennent suffisamment en compte les freins ceux-ci peuvent avoir à participer et s'exprimer pendant les réunions de travail (médecin 3). Le fait de ne pas se sentir « rabaissés » ni pris pour des « sous traitants » (kinésithérapeute 1) ni d'être « à la botte des médecins » (infirmière 2) a pour effet de donner envie aux professionnels non médecins de poursuivre leur participation au sein du projet. On notait néanmoins une légère différence de vécu entre les kinésithérapeutes et les infirmiers : les kinésithérapeutes du groupe précisant n'avoir jamais « mal vécu » les problématiques de hiérarchie avec les médecins dès le début du projet, ce qui ne semble pas avoir été le cas pour les infirmiers, qui ressentent davantage de gêne à prendre la parole lors des premières réunions. Le fait que le groupe d'infirmiers se soit étoffé au fur et à mesure des réunions est vécu avec soulagement, leur permettant aussi bien d'exprimer une plus grande diversité d'expériences en tant qu'infirmière, que de faire diminuer la crainte initiale de se retrouver face à un nombre important de médecins, perçus initialement comme étant les « maîtres du projet » (infirmière 1).

- **Caractère sympathique des réunions**

Malgré des réunions chronophages et qui finissent tardivement, le caractère sympathique des réunions, et la « *bonne ambiance dans le groupe* » (infirmière 1) est souligné par quatre professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Ceci est présenté comme étant « *le bon côté des choses* » dans le projet (pharmacien 3). Le lien de sympathie et de confiance éprouvé pour les autres membres du groupe (pharmacien 1) permet de se sentir à l'aise dans le groupe (sage femme) et non jugé (médecin 6). Certains professionnels de santé sont enthousiastes à l'idée de retrouver de façon mensuelle les autres membres du groupe (orthodontiste).

Evolutions du projet et ses conséquences sur l'enrôlement des acteurs

IV.3.2.4 L'émergence de difficultés d'enrôlement spécifiques à chaque profession

Néanmoins, par la suite du projet, chaque corps de métier rencontre des difficultés spécifiques dans son enrôlement au sein du projet.

- **Des points d'achoppement entre médecins**

En ce qui concerne le groupe de médecins, divers points d'achoppements existent au vu des différences constatées au sein des pratiques (médecin3). L'informatisation, le secrétariat, ou encore les visites à domicile, doivent en effet être revisités à l'aune d'une pratique collective. Un des

médecins précise qu'il s'agit d'un exercice « *pas évident* » pour ceux jusqu'alors habitués à exercer seul (médecin 5), ou alors habitué à un confort de travail qu'ils voient potentiellement remis en cause (médecin 3). Ce projet nécessite de « *lâcher ses habitudes* » (médecin 4), quitte à les « *chambouler* » pour certains médecins, qui sont soit non informatisés, soit sans secrétariat. Il existe également des inquiétudes par rapport à la capacité de s'adapter des autres médecins, pour accepter aussi bien les avantages d'un tel projet que les inconvénients (médecin 4).

Un point d'achoppement semble plus particulièrement se cristalliser autour de l'organisation de la continuité des soins entre 8h et 20h requise dans la labellisation d'une MSP. Craignant la lourdeur d'assumer de tels horaires avec le nombre actuel de médecins, il leur semble indispensable de constituer une équipe médicale plus importante et organiser un système de roulement entre eux (médecins 2, 4, 5). Devant l'absence de consensus, une réunion est provoquée en début d'année (Janvier 2016) notamment par un des médecins (médecin 5) pour qui il s'agit d'un point crucial conditionnant son envie de travailler ou non dans la structure. Face au flou à ce stade du projet et soucieux d'une répartition équitable du temps de travail, ce médecin ne se voit pas s'engager davantage dans le projet : il choisit pour cette raison de ne pas signer le projet de santé, tout en contribuant à son écriture.

- **Des problématiques de restrictions d'installation qui limitent la participation des infirmiers et de la sage femme**

L'investissement des trois infirmiers et de la sage femme du groupe est conditionné, dès la première réunion d'information en juin 2014, à la possibilité qu'ils ont de participer au fonctionnement de la future MSP sous le format de vacations (notamment pour des temps de prévention), ne se voyant pas dans l'immédiat quitter leur cabinet actuel. Or, ce souhait était compromis par des problématiques de restriction d'installation⁷¹ qui n'autorisent pas à un même professionnel libéral ayant déjà un cabinet d'exercer en plus dans le cadre de la MSP sous forme de vacations. Des contacts ont été pris par la Mission Santé Publique dans le but d'entamer des négociations en vue d'obtention de dérogations en lien avec l'ARS et les Ordres concernés. Ceci engendre des freins supplémentaires pour les infirmiers à poursuivre leur engagement au sein du projet.

- **Les pharmaciens à la recherche de leur place au sein des MSP**

La place que pourrait prendre les pharmaciens dans ce type de projet, reste un sujet à interrogation. Les pharmaciens se questionnent en effet sur leurs modalités concrètes de participation : ils se savent être en possibilité de signer le projet de santé, tout en sachant qu'il serait complexe d'adhérer à la structure juridique (SISA) pour des questions de TVA⁷². Ainsi, deux pharmaciens se demandent comment faire partie concrètement de la maison de santé.

⁷¹. Nantes étant considérée comme une zone « très dotée » d'après les niveaux de dotation par communes en infirmiers libéraux et « surdotée » pour les sages femmes.

⁷² Les prestations facturées à l'Assurance maladie par la SISA et rémunérées par les nouveaux modes de rémunération sont exonérées de TVA, sauf si elle a au moins un associé soumis à la TVA pour plus de 20% de son activité (ex : pharmacien, chirurgien dentiste).

- **In fine, des hésitations quant à la signature du projet de santé**

L'ensemble de ces éléments, couplés aux difficultés rencontrées dans l'écriture du projet de santé ainsi que les débats et controverses autour de la localisation présumée de la future MSP concourent à une certaine frilosité des professionnels pour signer le projet de santé et peut « *donner envie de se retirer rapidement du projet* » (médecin 2). Certains avouent ouvertement avoir une « *propension à démissionner facilement* » et « *rester « en observation » en fonction des conditions proposés en terme de localisation, de coût et de loyer au sein de la future MSP* » (médecin 4). D'autres s'engagent tout de même à participer activement au projet par solidarité envers le médecin 1 (médecin 3).

La signature du projet de santé a lieu en février 2016 (avant la présentation au CATS) après un mail de rappel de la part de l'ARS précisant la valeur d'engagement contenue dans la signature d'un projet de santé. Quand certains signent le projet de santé, conscient des potentiels avantages de la future MSP (possibilité de travail entre professionnels de santé, de disposer de locaux pour les petites urgences, d'accueil des internes dans de bonnes conditions (médecin 4), d'autres choisissent volontairement de ne pas signer le projet de santé, malgré leur contribution à l'élaboration de celui-ci, y voyant une valeur d'engagement qu'ils « *ne se sentent pas encore d'assumer* » (médecin 5). Cette hésitation se retrouve chez certains infirmiers par peur de ne plus pouvoir se retirer du projet (infirmière 1 et 2) (note de terrain, février 2016).

IV.3.2.5 Un enrôlement des usagers

Une démarche de « Croisement des Savoirs et des Pratiques », est menée à la demande de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes. Elle vise à intégrer les points de vue des personnes les plus éloignées des parcours de soins sur le quartier ⁷³ (La présentation de la démarche et de ses premiers résultats figurent en annexe 4). Tout en sachant que cette initiative était en cours de réalisation, les professionnels de santé ont un premier aperçu du point de vue des habitants, avec l'Etude Impact Santé (EIS), réalisée également à la demande de la Mission Santé Publique en partenariat avec l'ARS. Celle-ci vise à étudier les enjeux de l'implantation d'une MSP sur un territoire engagé dans un projet de renouvellement urbain. (La présentation de la démarche et ses principaux résultats figurent également en annexe 5). Dans le cadre de l'EIS menée, trois médecins, une kinésithérapeute, une sage femme, un infirmier et un pharmacien participent à trois focus groupe entre le mois de mars 2016 et avril 2016, en présence d'habitants et d'associations du quartier, de l'ARS et de la Direction Territoriale de l'Aménagement de la Ville.

- **Des professionnels de santé réceptifs aux attentes des habitants**

⁷³ Un échange régulier d'informations entre les deux démarches a été assuré, afin que les recommandations formulées dans le cadre de l'EIS intègrent les besoins et attentes exprimés par les habitants les plus éloignés du soin.

Cette première perception des attentes des habitants du quartier montre un a priori plutôt positif des professionnels de santé vis à vis de l'enrôlement d'habitants dès ce stade du projet, en soulignant l'importance que la future MSP corresponde aussi à leurs attentes : « (...) *Il faut faire participer les gens parce que si on leur impose encore quelque chose qui ne leur convient pas il n'y aura personne qui viendra* » (médecin 5). Sans pour autant avoir à ce stade un impact sur le contenu du projet de santé, les professionnels de santé ayant entendu certaines attentes des habitants se disent prêts à répondre à ces demandes si cela correspond aux souhaits des habitants (médecin 5). A leur surprise, ces attentes ne sont pas d'abord celles du soin mais celles d'avoir par exemple un immeuble propre et sans déchets dans une volonté de dé-stigmatiser le quartier ainsi que le souhait de développer une partie « bien être » (sophrologie, relaxation, tai chi) au sein de la MSP.

- **Quelques craintes cependant par rapport à la future démarche de participation des habitants**

Cette future démarche de participation des habitants n'est pas non plus sans soulever certaines inquiétudes. Il existe notamment des craintes concernant les dérives potentielles consistant à « *laisser croire* » aux habitants que les professionnels de santé de la future MSP peuvent répondre à l'ensemble de leurs demandes (orthodontiste). Un des professionnel se questionne ainsi sur la façon dont la Ville prenait en compte les attentes qu'elle recueille des habitants : « *Y'a des besoins des attentes, mais qu'est ce qu'ils vont nous demander quelque part ? (...). Ma crainte c'est comment la Ville va prendre en compte ces attentes là (...), j'ai un peu de crainte par rapport à ça. Qu'est ce qu'on risque de demander aux professionnels derrière* » (orthodontiste). Pour d'autre, cela est au contraire perçu comme une occasion de mieux se rendre compte de ce à quoi ils peuvent répondre ou non en tant que professionnels de santé (médecin 4). Une sage femme et un médecin (médecin 3) précisent néanmoins vouloir garder une vigilance à ce que la MSP reste un lieu de soin et non pas « *une maison de quartier où on puisse consommer du soin* ».

IV.3.3 QUARTIER II

Situation initiale

IV.3.3.1 Le bureau pluriprofessionnel de l'association des professionnels de santé

De la même façon que dans le groupe I, six professionnels de santé présents lors de l'assemblée générale constitutive de l'association loi 1901 s'engagent dans la création de l'association des professionnels de santé. Le médecin A en devient le président, la kinésithérapeute A la vice

présidente, la pharmacienne A la trésorière, l'infirmière A la secrétaire, le caractère pluriprofessionnel du bureau étant ainsi respecté.

IV.3.3.2 Un premier noyau de « fidèles » avec un « bon esprit de groupe »

Le premier noyau de professionnels de santé, constitué du cabinet de kinésithérapeute, de la pharmacienne, de l'infirmière, et de la secrétaire, représente pour le médecin A un groupe sur lequel elle a le sentiment de pouvoir compter : « *Même quand c'était difficile je suis jamais restée toute seule avec mon projet à me dire « Ah je vais jamais y arriver »* (médecin A). Les professionnels concernés soulignent le « *bon esprit de groupe* », « *la bonne entente* » (infirmière A) et l'absence d'esprit de concurrence au sein du groupe. Ces derniers ont le sentiment de se soutenir les uns les autres (kinésithérapeute A). Les membres du groupe sont soudés, allant même jusqu'à tisser des liens amicaux (pharmacien A). L'absence de jugement et le climat de confiance perçu dans le groupe, facilitent la prise de parole, sans avoir l'appréhension d'être jugé par rapport à ses propos (infirmière A). Le groupe est également perçu comme un lieu où les suggestions sont prises en compte (infirmière A). Le tout confère aux réunions un caractère « *sympathique* » (pharmacien A), et fait que les membres du groupe n'éprouvent pas « *d'appréhension* » vis à vis du groupe constitué « *pour le moment* » (infirmière A). Ceci contribue à renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe pluriprofessionnel.

V.3.3.3 La place singulière de la secrétaire du cabinet du médecin A

Investie dès les prémices du projet, dans une posture très soutenante vis à vis du médecin A (et de ses collaboratrices successives), la secrétaire du cabinet A s'est montrée très présente et impliquée dans le processus d'élaboration du projet de santé. Celle-ci participe aussi bien au cycle d'information concernant les MSP menée par l'APMSL en 2012, qu'à la plupart des réunions de travail concernant le projet de santé menées entre professionnels de santé, ainsi qu'à la réunion du lancement de l'Atelier Citoyen sur le quartier II (décrite dans les chapitres ultérieurs). Son investissement présage d'une appropriation fine concernant le mode de fonctionnement des MSP ainsi que du contenu du projet de santé, ce qui paraît être un atout pour son futur rôle au sein de la MSP. Celle-ci explique sa présence comme un soutien aux professionnels de santé (et notamment au médecin A) par appétence personnelle, mais aussi par conscience des difficultés d'exercice des médecins dans le quartier II vu son expérience de longue date auprès de ces derniers (note de terrain, Décembre 2015). Sa présence et son soutien auprès du médecin A a un impact non négligeable sur le fait que cette dernière souhaite rester exercer dans le quartier II avec comme conséquence l'émergence du projet de MSP sur ce même quartier.

- **Une relation perçue comme égalitaire entre professionnels médicaux et paramédicaux**

Du point de vue du médecin A, la question de la relation qui allait s'instaurer entre les professionnels médicaux et paramédicaux constituait un sujet d'appréhension initial. Voyant le souci d'égalité présent naturellement dans le groupe entre les différents corps de métier, elle s'est vite rassurée : *« C'est pas du tout comme à l'hôpital et c'est bien pour ça parce qu'on est sur un même pied d'égalité, on se transmet des choses(...), je voyais pas trop comment ça allait se mettre en place et pour l'instant je trouve que ça se passe plutôt bien donc ça me donne envie »* (médecin A). Ce constat est partagé par les professionnels de santé paramédicaux du quartier II. L'absence d'hierarchie dans le groupe est à l'origine d'une envie supplémentaire pour *« rester dans le projet »* (kinésithérapeute B). En effet, certains infirmiers craignent plus particulièrement d'être utilisés pour *« répondre aux désirs des médecins »* ou au contraire *« d'être un poids pour les médecins »* (infirmière A) ou encore pour les kinésithérapeutes d'*« être pris de haut »* (kinésithérapeute C). Dans les faits, le médecin A semble avoir pris en compte les remarques de l'infirmière A dans le cadre de l'écriture du premier projet de santé, ce qui concourt au fait que cette dernière se sente *« prise au sérieux »* (infirmière A). L'instauration d'un rapport égalitaire entre professionnels médicaux et non médicaux est accueilli avec surprise par les professionnels paramédicaux, qui se surprennent à oser tutoyer certains médecins du groupe : *« J'ai même tutoyé le Dr ! (rire) »* (kinésithérapeute B).

Evolutions de l'enrôlement

IV.3.3.4 Les évolutions du projet et ses conséquences sur l'enrôlement des acteurs

- **a) Des professionnels de santé qui se questionnent sur leur place et leur rôle au sein de la future MSP**

Malgré l'instauration d'une dynamique de groupe positive et des professionnels de santé motivés dans l'ensemble, pour l'infirmière et la pharmacienne il reste de nombreuses interrogations quant à leur place effective dans ce projet, ils cherchent sous quelle forme celle-ci pourrait prendre forme. En ce qui concerne la pharmacienne A, celle-ci évoque le fait de développer un accompagnement spécifique des personnes diabétiques par le biais de séances d'éducation thérapeutique, tout en avouant ne pas savoir encore *« comment prendre sa place autrement »* (pharmacien A). Celle-ci est plus particulièrement à la recherche de modèle auquel se confronter, afin de mieux saisir le rôle que peut avoir une pharmacie au sein d'une MSP. L'infirmière du groupe II, quant à elle, découvre le mode d'exercice libéral, et se questionne sur l'organisation de l'activité d'une infirmière libérale, et cherche à savoir comment trouver sa place en tant qu'infirmière au sein d'une MSP. Celle-ci tente de s'y projeter en se basant sur ce qu'elle a pu connaître de l'activité hospitalière.

- **b) Une pharmacienne voulant être plus discrète sur son investissement sur le projet en raison des enjeux de concurrence**

La pharmacie A, malgré son engagement et son soutien auprès du médecin A dès les prémices du projet, exprime la gêne qu'elle éprouve à « *trop s'afficher* » en tant que pharmacie active au sein du projet à partir de la fin d'année 2015. Elle apprend en effet que deux autres pharmacies du quartier se sont plaintes auprès de l'élu de quartier en faisant le constat que sa pharmacie leur semble être favorisée dans le projet de MSP. La pharmacie A, par prudence, explique alors ouvertement aux autres membres du groupe qu'elle souhaite désormais rester « *plus discrète* » dans son engagement dans le projet, pour ne pas se mettre en difficulté par rapport aux deux autres pharmacies du quartier, dont elle comprend les inquiétudes quant aux retombées financières. Le portage politique du projet dans ce cas semble être aidant pour la pharmacie A, qui peut se dédouaner à cet effet que la localisation de la future MSP sur le micro quartier II ne dépend pas d'elle mais de la Ville. La pharmacienne A, développe depuis une plus grande vigilance quant au fait d'informer de façon progressive les autres acteurs du quartier, de chacune des avancées du projet afin d'éviter tout sentiment de mise à l'écart des pharmaciens du quartier II.

- **c) La motivation d'une sage femme contrainte par la problématique de restriction d'installation**

Le groupe II reste globalement stable de mai 2015 à mai 2016, en n'attirant que peu de nouveaux professionnels de santé aux réunions de travail, à l'exception d'une sage femme ayant intégré le groupe à partir de janvier 2015. Ceci est l'occasion pour le groupe de retravailler quelques éléments du projet de santé en lien avec la santé des femmes. Cependant, pour des problématiques de restriction d'installation son investissement s'est vu freiné, ne se voyant pas pour le moment quitter de façon définitive son cabinet. Ceci provoque un engagement supplémentaire du médecin A qui contacte le conseil de l'Ordre et l'URPS sage femme, ainsi que des réactions de la Mission Santé Publique, pour permettre l'investissement de cette sage femme. Le médecin A l'encourage néanmoins à continuer à venir aux réunions malgré ces préoccupations.

- **d) Un enrôlement des usagers par l'intermédiaire de la démarche de participation des habitants animée par la Ville (Atelier citoyen)**

Une démarche de participation des habitants est animée sous la forme d'un atelier citoyen mené sur la période de mars à juin 2016. Le déroulement et les principaux résultats de l'Atelier citoyen figurent en annexe 6. L'ensemble des professionnels du groupe II ont eu plaisir à découvrir cette démarche de participation et en perçoivent la légitimité : « *C'est un truc j'avais pas imaginé (...) C'est bien, parce qu'elle est faite pour qui cette MSP? Pour les gens !* » (pharmacie A). Lors du lancement de l'Atelier Citoyen en Décembre 2015, les professionnels sont notamment surpris que des habitants aient la volonté de s'approprier le projet des MSP, et cela les confortent dans la pertinence de monter une MSP sur le quartier : « *Je pense que les gens en attendent beaucoup. On entend au comptoir. Il y en a qui ont été aux réunions (...)* » (pharmacien A). Cela permet également aux professionnels de santé de se rendre compte de la volonté des habitants que la démarche aille « au-delà » du soin (pharmacien A). Les liens qui se créent entre les habitants ayant participé à l'Atelier Citoyen, sont

perçus comme une opportunité pour communiquer et mobiliser les autres habitants du quartier autour des futurs projets à mettre en place au sein de la MSP (médecin A). Il persiste néanmoins quelques questionnements de la part des professionnels de santé pour savoir comment le contenu de l'Avis citoyen allait être croisé et travaillé avec eux.

La préoccupation pour donner une place aux usagers est donc bien présente, même si novatrice pour les professionnels de santé, en souhaitant faire de la future MSP « *un lieu de vie pour les habitants* » et un lieu où puissent participer les associations de quartier (médecin A). En dehors de la démarche de participation des habitants animée par la Ville, les professionnels du groupe II ont tous déjà échangés autour de la future MSP avec certains de leurs patients, contribuant à leur façon à l'enrôlement des habitants du quartier.

IV.3.4 L'enrôlement de la Ville

Les deux projets de MSP représentaient en eux-mêmes une « *opportunité pour créer un lien entre une Ville et des professionnels de santé libéraux d'un territoire* » (professionnel 1). La Ville s'enrôle ainsi dans le processus de construction de deux MSP, en menant à bien un projet qui leur semble faire converger d'une part une volonté politique pour développer un projet innovant, et d'autre part le projet de santé des professionnels de santé (professionnel 1). Leurs objectifs respectifs sont perçus comme partagés : il s'agit pour les professionnels de santé de favoriser la santé des habitants par le biais d'une activité de soin, soutenus par les objectifs d'une Ville qui oeuvre plus largement en faveur de la promotion pour la santé⁷⁴ des habitants.

IV.3.4.1 La posture des élus

a) Co-construire le projet avec les professionnels de santé

Le premier adjoint au maire (élu1) souhaite donner au projet un caractère « *très participatif et collectif* » en partant de la volonté des professionnels de santé. Ceci est selon lui, à l'origine de « *la qualité du rendu final de la MSP sur les quartiers* ». Il souhaite donc demeurer vigilant à ce que les professionnels de santé restent « *pro-actifs* » dans la manière de mener ce projet. Ce dernier point est essentiel selon l'élu 1 pour ne pas que la Ville fasse « *à la place des professionnels de santé* ». La Ville tient en effet à ce que les professionnels de santé libéraux soient acteurs du projet et s'organisent entre eux pour animer ce projet en co-construction avec les habitants ainsi qu'avec l'appui des politiques publiques locales, dans un cadre défini de l'ARS. La présence d'une volonté partagée que le projet aboutisse est vue comme un moyen de tenir la durée : « *(...) On a des objectifs communs et partagés, eux par vocation professionnelle nous par vocation politique pour les habitants qui sont sur ces quartiers (...) Quand tout cela marche ensemble (l'accompagnement du projet des*

⁷⁴ La promotion pour la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève 1986).

professionnels, l'atelier citoyen des habitants, les élus et les services de la ville de Nantes) je pense que cela peut compenser telle faiblesse ou tel moment de coup de moins bien » (élu1).

b) Gérer le décalage avec l'avancée du projet immobilier

La temporalité proposée aux professionnels de santé en terme d'avancement du projet immobilier constitue un point de vigilance auquel sont attentifs les élus. Conscients que les professionnels de santé sont déjà dans l'expectative depuis plusieurs mois sur les questions immobilières, il s'agit de maintenir leur motivation, malgré le décalage qui existe tout au long du projet : *« A nous de faire en sorte que l'aboutissement soit suffisamment motivant pour suffisamment de praticiens pour qu'ils ne lâchent pas et qu'ils s'installent dans la MSP, et qu'ils soient heureux y compris d'avoir mené à bien ce projet sur un temps aussi long »* (élu 1). Pour ce faire, les élus insistent sur l'importance de garder une continuité dans la construction du projet : *« (...) C'est ça qui doit nous permettre de tenir la durée, qu'on ait toujours, même si c'est très long, une étape en vue et que cette étape elle soit à portée de main. Qu'il y ait un continuum de construction du projet tout le long et qu'il n'y ait pas une année où il ne se passe rien (...) »* (élu 1).

c) Le respect d'un tryptique « professionnels de santé-habitants-ville »

La Ville souhaite rester vigilante par rapport au respect d'un tryptique alliant "professionnels de santé - habitants- et ville". Ainsi, elle amorce et organise l'enrôlement des habitants des quartiers I et II par une démarche de participation qui prend le format d'un Atelier citoyen sur le quartier II et d'une démarche de croisement des savoirs sur le quartier I. Il s'agit de prendre en compte par ce biais *« les savoirs et le vécu des futurs usagers de la Maison de santé dès la conception du projet »* et qu'aux côtés des acteurs associatifs et des professionnels de santé, le groupe d'habitants puisse réfléchir *« aux futurs usages de la maison de santé, à son accessibilité et à son ouverture sur le quartier »*⁷⁵.

d) Privilégier le format du multi sites

L'élu 1 souligne aussi l'intérêt de privilégier la souplesse du format du « multi-sites », qui permet de constituer un « *intermédiaire* » dans le projet, tout en n'empêchant pas la présence d'un site central « *incarnant* » et « *symbolisant* » le projet. Il a en effet le souci de continuer d'attirer d'autres professionnels de santé sans l'obligation d'être « *dans* » la maison mère, conscient du challenge que peut parfois constituer la complexité d'une cohabitation et d'un « *vivre ensemble* » entre professionnels de santé.

IV.3.4.2 La perception du rôle de la Ville par les professionnels de santé

⁷⁵ D'après un Journal municipal (Mai 2016).

a) La présence indispensable d'une Ville dans un tel projet

La présence d'une Ville est, pour de nombreux professionnels de santé du groupe I, incontournable au sein du projet de MSP pour permettre au projet d'exister et d'avancer (pharmacien 1). L'aide de la Ville leur paraît aussi nécessaire pour favoriser l'installation d'autres professionnels sur ces quartiers difficiles « n'attirant pas de façon spontanée d'autres libéraux » (infirmière 2). Conscients de la complexité des actions à mener sur ce type de quartier, ils restent reconnaissants et admiratifs des initiatives prises sur le plan politique : « *Je suis conscient de la complexité de toutes ces actions là sur des secteurs comme ça. Je suis un peu admiratif aussi, parce que (...) je trouve que c'est beaucoup de réunions pour faire bouger les choses, des gens qui prennent des initiatives sur le plan politique, je trouve ça remarquable. Je suis conscient de la complexité des choses. (...) Ça fait quand même plus de 30 ans que je suis sur le quartier I donc je vois bien la difficulté de faire bouger les quartiers* » (kinésithérapeute 1). Les professionnels de santé sont également conscients que ceci est rendu possible par la présence d'un maire sensibilisé aux problématiques de démographie médicale du quartier I pour l'inscrire comme élément central de son mandat (pharmacien 3). Ainsi, l'investissement de la Ville de Nantes sur ce projet semble correspondre à l'image qu'ils pouvaient avoir en tant que citoyen de la politique menée au sein de la ville (orthodontiste).

Pour les professionnels du groupe II, le projet est également perçu comme étant inconcevable sans l'investissement de la Ville, qui apporte non seulement son soutien financier pour les locaux, (leur permettant de déléguer une partie complexe de recherche de terrain (infirmière A), mais aussi pour donner une dimension de santé publique et une ouverture sur le domaine social au sein de la future MSP (médecin C). L'appui méthodologique fourni, tel que l'aide à l'écriture du projet de santé, est également perçu comme non négligeable (pharmacien A). Les professionnels de santé voient aussi dans la présence de la Ville un élément permettant de pérenniser la dynamique mise en place : « *Comment est ce qu'ils peuvent aider pour que l'outil reste en état de marche et qu'il ne se rouille pas* » (pharmacien A). Par ailleurs, les professionnels de santé se sentent soutenus par la proximité de l'élu de quartier II, qu'ils ont rencontré à plusieurs reprises, en plus de contacts téléphoniques fréquents (kinésithérapeute A).

b) Un projet relevant néanmoins d'un programme politique

Du fait de l'inscription du projet de MSP au sein d'un programme électoral et de son intégration au sein de la rénovation urbaine du territoire I, les professionnels de santé du quartier I perçoivent une implication politique forte de la Ville vis à vis du projet des MSP. Il existe ainsi selon eux, la volonté de la ville de faire aboutir le projet. La construction d'une MSP sur le quartier est perçue autant comme une injonction extérieure⁷⁶ que comme leur « propre initiative » (dont celle du médecin 1). Ce sentiment, perçu dès la première réunion d'information (quoi qu'assez peu exprimé ouvertement en groupe), s'est exacerbé suite aux difficultés rencontrées pour la localisation de la future MSP décrites dans les chapitres précédents. Ainsi, même si le projet se fait dans un esprit de

⁷⁶ émanant tout autant de l'ARS selon certains professionnels de santé que de la Ville (médecin 3, pharmacie 3)

co-construction avec la Ville, au vu des difficultés rencontrées, les professionnels déclarent que le projet de MSP répond à « *une envie mais pas à un besoin* » (médecin 3, kinésithérapeute 2, infirmière 1). Face au mode de fonctionnement des institutions et des politiques de la Ville (pharmacien 2), il y a aussi la crainte d'une faible marge de manœuvre, créant une méfiance supplémentaire par rapport à celle-ci.

Dans le groupe II, les professionnels de santé perçoivent de la même façon l'intérêt que peut avoir la ville par rapport à la future MSP en tant qu' « *arsenal supplémentaire pour maintenir sa Mission de santé publique* » (pharmacien A). Ils sont également conscients que la future MSP constituerait un argument non négligeable dans le cadre d'une prochaine campagne politique (pharmacien A). Ils n'en ressentent néanmoins pas l'aspect politique dans la gestion de projet (médecin A, kinésithérapeute A), ni de pression pour avancer dans le projet (kinésithérapeute A). Le vécu général de la collaboration avec la Ville est donc globalement positif d'autant plus qu'ils ont désormais la certitude du soutien de la Ville, depuis l'inscription du projet de MSP au sein du mandat.

IV.3.4.2 Du côté de la Mission Santé Publique

a) La volonté d'un accompagnement des professionnels de santé en se constituant un réseau de conseils

Pour faciliter l'ingénierie de projet de la MSP sur les deux quartiers et pour mener à bien le projet, la Mission Santé Publique s'entoure d'un réseau de conseils et d'acteurs ressources.

Les responsables et chargés de projet concernés s'appuient notamment sur les conseils de l'ARS des Pays de la Loire qui leur recommande de ne pas partir immédiatement sur un projet immobilier. Il s'agit en effet de « *ne pas perdre de vue les objectifs du projet liés à la population et éviter que cela ne parte trop sur des enjeux personnels et économiques* » (professionnel 2). L'ARS leur recommande aussi la diffusion d'une lettre d'information à tous les professionnels de santé libéraux du quartier à chacune des étapes du projet, ce que la Mission Santé Publique met en œuvre par la suite.

Les différentes URPS, sollicitées dès le début du projet, ont aussi été d'un appui déterminant selon la Mission Santé Publique, dans l'engagement des professionnels de santé dans le projet, notamment en les invitant à la première réunion d'information publique dans chacun des quartiers. Malgré la crainte de l'URPS Médecins Libéraux de la possibilité d'une « *main mise de la ville* » pour mettre en œuvre « *son* » projet de MSP, l'URPS-ML semble avoir « *pris le temps* » de faire entrer les techniciens de la Ville dans le « *monde* » des MSP (professionnel 2). Par ailleurs, le médecin accompagnateur du CATS des deux MSP (également président de l'APMSL à l'époque), les conforte dans leur posture d'accompagnement méthodologique vis à vis

des MSP : il valide la démarche et reconnaît leur compétence en matière de méthodologie.

De plus, les professionnels de la Mission Santé Publique en charge du projet participent à une formation organisée par le Centre National de Fonction Publique Territoriale (CNFPT), à visée des agents territoriaux d'une collectivité amenés à accompagner des projets de MSP. Cette formation leur permet notamment de mieux comprendre l'attitude à avoir envers des professionnels de santé libéraux en les sensibilisant à leur culture professionnelle et au contexte dans lequel ils évoluent : *« Ils nous expliquaient dans quelle réalité professionnelle se trouvaient les médecins et les professionnels de santé, et comment cette réalité impactait leur positionnement, leur façon de travailler, et comment on pouvait nous, dans les objectifs de création d'une maison de santé, faire avec cela »* (professionnel 2).

b) Le financement et la participation aux études de diagnostic de territoire sur les deux quartiers, ainsi que la réalisation des études de faisabilité

La présentation des résultats des études de diagnostics de territoire lors des premières réunions d'information menées auprès des professionnels de santé libéraux de chaque quartier, constitue un moyen pour la Ville de s'enrôler dans le projet et d'être identifiés par les professionnels de santé. Par la suite, elle réalise également une étude de faisabilité dont l'objectif est d'analyser les forces et faiblesses concernant l'intérêt d'un regroupement et d'analyser les points de convergence et de divergence concernant des propositions d'actions communes. Vingt six professionnels de santé ont répondu à l'enquête sur le quartier I, et vingt et un sur le quartier II. Les résultats sont présentés en juin 2014, permettant de mieux appréhender les caractéristiques des deux groupes I et II et de garder le lien avec ces derniers entre le mois de janvier et juin 2015.

c) La mise en place d'une instance particulière de partage d'informations et d'échange

Pour les deux projets, un « comité de rédaction du projet de santé », est mis en place dans le but de créer une instance locale de réflexion stratégique. Ce comité a pour objectif de réunir un ou deux représentants par professions de libéraux du quartier ainsi que la Mission Santé Publique. Les élus peuvent y être invités selon l'ordre du jour.

d) Des contacts privilégiés avec chacun des médecins référents

Les professionnels de la Mission Santé Publique s'appuient sur chacun des deux médecins 1 et A de chaque quartier pour faire régulièrement des mises au point au cours du projet, en dehors des réunions dédiées au « comité de rédaction du projet de santé ». Ils comptent en effet sur ces deux médecins pour *« relayer les informations de part et d'autre comme un médiateur entre la ville et le groupe des professionnels de santé »* et *« avoir un contact privilégié avec la Mission Santé Publique pour leur permettre de suivre les tendances et problèmes qui émergent et avancer de façon harmonisée les uns avec les autres »* (professionnel 2).

e) La co-construction d'actions de prévention perçue par la Ville comme un levier pour travailler avec les professionnels de santé, mais dont les modalités restent floues aux yeux des professionnels de santé

Le fait de mener conjointement des actions de prévention constitue, selon les chargés de projet de la Mission Santé Publique, un levier pour travailler avec les professionnels de santé, en s'appuyant sur leurs compétences et leurs complémentarités. Le professionnel 4 précise que très souvent ces actions de prévention se réalisent sans les professionnels de santé, par manque de temps (professionnel 4). Ils souhaitent donc partager leur expertise en prévention, conscient de l'effet complémentaire et synergique des actions collectives de prévention en soutien de l'accompagnement individuel réalisé par les professionnels de santé auprès des patients (professionnel 3, 4). Les réseaux locaux de santé peuvent aussi et avec l'aide des habitants, aider à la mise en place d'actions de prévention en fonction des observations et préoccupations portées par les professionnels de santé (professionnel 4).

Cependant, pour les deux groupes de professionnels, le rôle de la Mission Santé Publique reste globalement flou au sein du projet. Il existe une méconnaissance des différentes missions menées par ce service d'une part et les professionnels de santé avouent d'autre part leur manque de connaissance de la santé publique de façon générale (kinésithérapeute 2). Même si ils devinent le rôle fédérateur que la mission santé publique pourrait avoir dans le lien crée avec l'ensemble des associations de quartier et le fait de mener des actions de prévention ils en cernent difficilement les modalités précises d'intervention (pharmacien A), Pour d'autres encore, le fait de solliciter la Mission Santé Publique leur semble trop précoce à ce stade du projet, cette sollicitation ne se faisant qu'une fois acquise une vision d'ensemble de l'objectif qu'ils souhaitent donner à leur projet de santé (orthodontiste).

f) La poursuite de l'enrôlement de la Mission Santé Publique par le biais d'une étude programmatrice menée durant l'été 2016

L'étude programmatrice a pour but de définir les choix architecturaux des deux futurs MSP (nombre de m², distribution des espaces et des salles, conception de l'accueil, forme globale du bâtiment). Elle débute durant l'été 2016 suite à la validation du projet de santé. Celle-ci est perçue comme un moyen de garder un lien régulier et légitime pour poursuivre le dialogue avec les professionnels de santé. Loin de se réduire à une simple porte d'entrée immobilière, la configuration des locaux présage déjà, selon le professionnel 2, d'un « *mode de collaboration entre les professionnels de santé et la Mission Santé Publique, ainsi qu'avec d'autres partenaires tels que le CCAS ou l'antenne de la Sécurité Sociale* » qui prendraient part à la MSP.

IV.3.4.3 Les difficultés perçues par les professionnels de santé dans la collaboration avec la Ville : la rencontre de deux cultures et deux logiques

professionnelles

Dans le groupe I, des différences de pratiques sont ressenties avec l'institution que représente la Ville. Ceci se ressent plus particulièrement autour de « l'art » de mener des réunions, allant de ses modalités de préparation, à la manière de prendre la parole en réunion, exercice pour lequel les professionnels de santé se sentent moins à l'aise que les professionnels de la Ville (pharmacien 3). Dans le cadre plus particulier de la préparation des réunions où sont présents des élus, les médecins référents (1 et A) font face à des circuits de communications spécifiques qui amènent à vérifier en amont le contenu de ces réunions. Des différences de langage entre le monde libéral des professionnels de santé et celui de la Ville peuvent également être à l'origine d'incompréhension ou de difficulté de traduction. Cela peut avoir comme effet de renforcer certains dans l'idée qu'il est complexe de travailler avec une Ville (médecin 1). De la même façon dans le groupe II, la complexité du fonctionnement d'une institution, ainsi que la multiplicité des acteurs en jeu (que les professionnels de santé n'identifient pas encore complètement, peut parfois leur donner une impression globale de « *pesanteur administrative* » (médecin A).

Dans les deux groupes, certains professionnels de santé avouent « *déléguer* » volontairement ce dialogue avec la Ville au médecin référent / leader, préférant se concentrer sur le travail mené entre professionnels de santé (kinésithérapeute A) ou s'en dégagent en raison de la complexité qu'ils pouvaient en percevoir (infirmière 1).

IV.3.4.4 L'enrôlement de l'interne de santé publique et son influence sur le processus de traduction⁷⁷

a) Les spécificités inhérentes au choix d'avoir recours à une interne de santé publique pour accompagner des professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet de santé

La spécificité, voire l'originalité, de cette phase d'élaboration des projets de santé est en partie liée à la teneur et aux conditions particulières dans lesquelles un accompagnement a été proposé pour aider à l'élaboration collective du projet de santé de chaque équipe. Cette particularité tient sans doute au choix réalisé par le service de Mission Santé Publique : celle d' « allouer » une interne en santé publique, qui se présente en stage au sein du service (initialement) durant 6 mois, pour aider les professionnels de santé dans l'avancement de cette tâche. Le fait de n'être ni rattachée à un cabinet de conseil, ni à l'ARS ou à une URPS, et de n'être ni représentante de mairie (même si parfois j'ai pu être identifiée comme telle par certains professionnels de santé) ou d'association, avait sans doute pour effet de rendre la proposition d' « aide » à l'écriture d'un projet de santé, plus « neutre ».

⁷⁷ Cette partie qui concerne directement l'auteur de cette thèse est rédigée à la première personne

- **Une recherche « avec » les professionnels de santé, loin d'une position d'expert**

Novice de toute expérience d'accompagnement de professionnels de santé libéraux en matière d'élaboration de projet de santé (et plus largement dans un processus d'élaboration d'une MSP), mon rôle est de fait à construire.

La découverte de ce travail d'accompagnement nécessite d'une part un travail de recherche d'informations pouvant être utiles auprès de structures ou de personnes compétentes et plus expérimentées (APMSL, chargés de projet de la Mission Santé Publique, médecin accompagnateur du CATS le plus souvent). L'enjeu le plus prégnant s'avérant non pas tant être la méthodologie d'écriture d'un projet de santé, mais plutôt celui de la compréhension des enjeux « autour » de celui-ci (de la situation plus globale) pour avancer dans son élaboration.

Ce rôle est d'autre part à construire du point de vue de l'intégration dans chacun des groupes de professionnels de santé. Quoi qu'il en soit d'un parcours médical pouvant avoir un effet rassurant pour les professionnels de santé (par un mécanisme d'identification, et/ou bien par le fait que certains médecins étaient eux-mêmes maîtres de stage), la spécialité peu connue et/ou aux champs de compétence et d'intervention très vastes (Bérard 2007) (30) d'« interne en santé publique » rend plus floues les attentes que peuvent avoir les deux médecins référents de chaque groupe vis-à-vis de ma place au sein du projet. Ainsi lors de notre première rencontre, ces derniers s'interrogent à cet effet, le premier réflexe étant d'y voir une opportunité pour rédiger les comptes rendus de réunions, ou bien pour avancer dans les recherches de constitution d'une association de type loi 1901. Ce flou initial quant à mon rôle, qu'ont du mal à percevoir les deux médecins référents, a néanmoins l'avantage de me laisser un temps neutre d'observation des dynamiques naissantes dans chacun des groupes sur les premières réunions en les « perturbant » aussi peu que possible (Quivy 1995) (31). Cependant, cela me montre que mon rôle est à construire progressivement, au gré d'un temps d'adaptation nécessaire de part et d'autre.

La découverte d'un tel travail d'accompagnement a sans doute eu pour conséquence de manquer d'anticipation quant à certaines interrogations fréquentes portées par les professionnels de santé (par exemple autour de la question de la permanence et de la continuité des soins pour les professionnels médicaux ou des restrictions d'installations pour les infirmiers et sage-femme) afin de pouvoir donner quelques exemples illustratifs de fonctionnement mis en place dans d'autres MSP.

Néanmoins, et en l'absence d'une solution « clé en main » à appliquer, l'apprentissage de cet accompagnement, a comme bénéfice de pouvoir se réaliser dans un esprit de co-construction avec les professionnels de santé avec lesquels je cherche et découvre des réponses dans une posture égalitaire. Le fait d'être plus jeune que la moyenne des professionnels accompagnés joue sans doute dans la nature des rapports tissés avec les professionnels de santé, celle-ci pouvant se permettre d'être plus informelle. C'est donc par la co-construction avec les professionnels de santé que j'ai pu à peu près acquérir une certaine « expertise », un plus acquis dans le cadre de ma formation.

Ce stage est aussi l'occasion d'appliquer des compétences (notamment autour des champs de la prévention, de l'Education pour la Santé et de l'Education Thérapeutique) et des capacités (d'écoute, d'animation, de synthèse) acquises au terme d'un internat de santé publique, à un champ que je découvre. Cet accompagnement se construit en autonomie mais toujours en réflexion et avec le soutien des chargés de projets de la Mission Santé Publique qui avancent sur d'autres parties du projet tels que le projet immobilier, le dialogue au sein des instances de la ville, et la démarche de participation de habitants. Il s'agit donc d'un contexte propice pour un accompagnement dans le cadre d'un projet de MSP.

- **La richesse mais aussi les risques inhérents à l'accompagnement de deux équipes de façon parallèle**

Le fait d'avoir un regard sur le processus d'élaboration du projet de santé de deux équipes, et de la mise en place de deux dynamiques de groupe, constitue pour les équipes accompagnées, un élément stimulant : ces derniers s'enquière en effet régulièrement de savoir où en est "l'autre groupe" en terme d'avancée dans le projet de santé et si de nouveaux professionnels de santé l'ont rejoint.

Le risque d'accompagner deux groupes de professionnels de santé aurait pu, dans mon cas, être de tomber dans une posture de « comparaison » des dynamiques d'avancement de chacun, ou bien de vouloir calquer ce qui avait pu « fonctionner » dans un groupe pour le reproduire dans l'autre. Du fait de mon adaptation aux demandes de chaque groupe et de la dynamique de co-construction engagée, ma posture est toutefois bien différente dans chacun des deux groupes. Dans le groupe I, je suis plutôt dans une position de co-animation avec le médecin ⁷⁸, face à un groupe très nombreux (15 à 20 personnes) opposant de nombreuses résistances à se mettre à élaborer un projet de santé. Dans le groupe II, j'ai une position plus centrale dans l'animation des réunions avec une liberté d'organisation de l'ordre du jour de chaque réunion, avec un groupe moins nombreux (8 personnes), plus jeune et essentiellement féminin.

- **Poursuite du stage sur un nouveau semestre : l'évolution implicite des attentes de la part de la Mission Santé Publique et explicite des professionnels de santé pour mener à terme la rédaction du projet de santé**

Par intérêt pour la mission de stage qui m'est confiée et par désir de voir aboutir le projet de santé, je choisis de poursuivre mon stage au sein de la Mission Santé Publique sur un semestre supplémentaire. Sur cette deuxième période de stage, il existe de façon plus prégnante une attente que le projet de santé puisse être validé à l'issue du stage. Mon rôle évolue, s'étoffe et se rapproche tantôt de celle d'une coordinatrice au sein d'une MSP en fonctionnement avec une coordination

⁷⁸ Le médecin 1 sentait de ce fait une complémentarité dans l'animation des réunions, dans le sens où il me confiait la partie « technique » des réunions, qu'il considérait être mon rôle (médecin 1) et lui s'occupait de fédérer le groupe et de recruter et d'accueillir les nouvelles personnes intéressées.

interprofessionnelle qui devient le cœur du stage (préparation des réunions de coordination, agenda, secrétariat de réunion, planification des suites etc) ou tantôt celui de facilitateur de projets de MSP ⁷⁹ en créant le lien entre les professionnels lors des rencontres mensuelles, et en anticipant si possible les conflits inhérents à la conduite de projet. Du fait d'une plus grande confiance accordée, et/ou d'une « expertise » peu à peu acquise dans la fonction d'accompagnement (ainsi que d'une plus grande connaissance des deux équipes), j'ai pu ainsi percevoir l'évolution des attentes entre un premier semestre où les deux médecins référents de chaque groupe avaient du mal à identifier mon rôle, vers une situation où la préparation et l'animation des réunions reposent davantage sur ma présence.

b) Influence sur le processus de traduction

Dans une position d'interface entre les professionnels de santé de chaque groupe et la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, ce rôle peut influencer sur les étapes de problématisations autant que de l'enrôlement de chacun de ces acteurs au sein du projet.

- **Influence sur la problématisation**

Mon influence durant la phase de problématisation n'a pas porté sur l'objet autour duquel les professionnels de santé se sont accordés (autrement dit sur le contenu du projet de santé) mais plutôt sur la manière avec laquelle cela a pu se « problématiser ». Notamment dans le groupe I, ma présence contribue probablement au passage d'une problématique immobilière à une problématique d'élaboration de projet de santé, les professionnels de santé souhaitant « potentialiser » ma présence pour avancer dans l'écriture du projet de santé (Note de terrain, Octobre 2015). Par ailleurs, le fait d'avoir eu recours à l'intervention de l'ARS pour apporter des réponses quant aux inquiétudes éprouvées autour des modalités d'organisation de la continuité des soins, contribue à faire entrer les professionnels de santé dans le processus d'écriture du projet de santé avec moins de craintes.

- **Influence sur l'enrôlement des professionnels de santé**

De façon générale, dans les deux groupes, ma présence peut avoir un impact sur la manière avec laquelle les professionnels de santé ont pu s'« enrôler » dans le projet. Par exemple, lors de la création du bureau d'association des professionnels, la pluri-professionnalité du bureau a été encouragée, facilitant les professionnels de santé para médicaux à se positionner sur les postes de vice-président de l'association. L'aide apportée quant à la formalisation du projet de santé, avec un cadre pour structurer la démarche, donne aussi un « mobile » aux professionnels de santé pour se rencontrer de façon mensuelle. Par rapport aux professionnels de santé adhérents à l'association mais qui ne sont pas forcément présents aux réunions de travail, la diffusion de compte rendus leur permet de suivre le projet et intégrer le

⁷⁹ tels que décrit au sein du dispositifs « facilitateurs de projets de MSP » du CATS.

groupe ultérieurement « *sans être perdus* » (orthoptiste, note de terrain Décembre 2015). Je partage et incorpore leurs réflexions au sein du projet de santé, lorsque ces derniers participent aux questions de préparation posées en amont des réunions. Par rapport à l'accueil des nouveaux professionnels de santé, je peux faciliter leur intégration au sein du projet si un contact téléphonique préalable a lieu en leur présentant l'état d'avancement du projet, et les informations pratiques pour se rendre aux prochaines réunions. En position d'interface avec la Mission Santé Publique, je peux aussi contribuer à ouvrir les professionnels de santé aux ressources du quartier en lien avec les thématiques abordées au sein du projet de santé, soit en mentionnant les ressources présentes soit en organisant des rencontres avec les chargés de projet de la mission santé publique.

- **Influence sur la manière dont la Ville s'est enrôlée pendant la phase d'écriture du projet de santé**

De par ma présence dans les locaux de la Mission Santé Publique, un enrôlement du service et de ses ressources se co-construit au fur et à mesure du stage durant la phase d'écriture du projet de santé. L'état d'avancement des réflexions menées par les professionnels de santé leur est transmis lors des réunions d'équipe hebdomadaires au sein du service, mais aussi lors de quelques interventions au sein des Réseaux Locaux de Santé. Je peux aussi servir de relai pour passer certaines informations à la demande des professionnels de la Mission Santé Publique notamment pour sensibiliser et inviter les professionnels de santé à participer à la démarche de participation des habitants pour le groupe II ou inviter les professionnels de santé à participer au focus groupe dans le cadre de l'EIS dans le groupe I. Je peux aussi faire le lien avec certains acteurs qui souhaitent rencontrer les professionnels de santé pour leur mentionner les activités qu'ils mènent déjà sur les quartiers concernés et en lien avec leur projet de santé en cours d'écriture (« Sport pour Tous » ou associations menant des activités d'éducation thérapeutique sur les territoires concernés).

Ma présence en tant « qu'accompagnante » influe sur les différentes étapes du processus de traduction par le biais de médiation et de traduction. En étant dans une position « d'entre deux » à la fois entre les professionnels de santé mais aussi entre les professionnels et les ressources de la Ville, ainsi qu'entre les professionnels de santé et certains facilitateurs (ARS), ma présence en tant que « tiers » facilite la création d'un lien et d'un dialogue entre ces différentes interfaces autant qu'elle permet de rendre intelligibles certaines démarches (EIS, démarche de participation des habitants).

SYNTHESE

L'enrôlement des professionnels de santé

Dans les deux groupes, des médecins « référents » mobilisent les professionnels de santé du quartier pouvant être intéressés par la démarche, et cherchent à s'« entourer » d'un noyau de professionnels sur lequel ils peuvent compter pour construire le projet.

La diversité des attentes des professionnels et de la Ville (parfois plus ou moins contradictoires), couplée aux différentes manières de concevoir le rôle de leader (rôle de mobilisation, rôle d'impulsion du projet sans forcément garder ce rôle de leader par la suite), amène des questionnements autour du leadership.

Dans les deux cas, l'étape de création de l'association des professionnels de santé permet une première répartition plus formelle des rôles. Le noyau de professionnels de santé « fidèles » identifié par les deux médecins leaders, correspond souvent aux professionnels investis au sein du bureau de l'association et le sentiment d'appartenance au groupe tend à se définir par rapport à ce groupe d'origine.

Le groupe I s'élargit rapidement mais l'équipe est encore perçue comme non définitive, et évolutive. Le groupe II n'attire que peu de « nouveaux » professionnels, ce qui tient probablement au périmètre plus restreint du projet. Ceci a néanmoins l'avantage de consolider l'équipe.

L'enrôlement de la Ville

Le projet se distingue par la présence d'une Ville qui a clarifié sa posture en ayant la volonté de créer les MSP en concertation entre élus locaux, professionnels de santé et habitants du territoire. Elle a une volonté de co-construire le projet avec les professionnels de santé et s'appuie sur des médecins motivés pour avancer. La Ville a aussi l'objectif d'encourager les professionnels de santé à ce que des espaces soient réservés au développement des projets associant les directions municipales, les habitants et les partenaires associatifs. La volonté partagée que le projet aboutisse est vue comme un moyen de tenir dans la durée.

La présence de la Ville est perçue comme indispensable par les professionnels de santé, conscients de l'appui fort qu'elle apporte à leur projet, tout en n'étant pas dupes de l'intérêt qu'elle a elle-même à faire aboutir le projet. Malgré une posture identique pour les deux projets, l'enrôlement de la Ville est perçu différemment dans les deux groupes. Dans le groupe I, transparaît la méfiance des professionnels qui y voient une injonction à faire aboutir le projet et qui restent réservés sur les propositions de localisation. Dans le groupe II, cette aide est avant tout perçue comme un soutien positif surtout depuis son inscription au mandat municipal, malgré le sentiment de ne pas se sentir redevable vis à vis de celle-ci.

Les professionnels ont cependant des difficultés à percevoir le rôle de la Mission Santé Publique au sein du projet : ils peuvent être freinés par des barrières culturelles professionnelles (perceptibles à travers des différences de pratiques ou de langage) et par la complexité du fonctionnement d'une institution engageant une multiplicité d'interlocuteurs, pouvant les confirmer dans les représentations de « pesanteur administrative » qu'ils lui associent.

L'enrôlement des usagers

L'enrôlement des usagers est dans les deux cas initié par la Ville qui est aguerrie aux approches suscitant la participation des habitants : elle prend la forme d'une démarche de croisement des savoirs (ATD Quart Monde) sur le quartier I, et d'un Atelier Citoyen sur le quartier II. Les professionnels s'y montrent favorables : les réflexions des usagers viennent confirmer les professionnels de santé dans leur démarche et préciser leur projet par des propositions qui peuvent s'éloigner du soin (proposition d'activités autour du bien-être ou de médecine douce, volonté de déstigmatiser le quartier à travers l'architecture de la MSP). Il existe néanmoins quelques craintes de la part des professionnels de santé du groupe I vis-à-vis de l'enrôlement des usagers, qui ne sont pas encore associés à la démarche.

La création de liens avec des acteurs associatifs de prévention, et donc leur enrôlement dans le projet, est permise par l'existence même d'un projet de santé de territoire.

In fine, ce projet permet l'enrôlement, par des voies différentes, des trois acteurs majoritairement concernés : les professionnels de santé (et de façon plus modérée les acteurs de prévention), les élus municipaux et les habitants. L'accompagnement réalisé durant la phase d'écriture du projet de santé contribue à faciliter l'enrôlement de ces acteurs et influe plus largement sur le processus de traduction.

IV.4 Le projet de santé

Le processus de traduction précédemment décrit entre professionnels de santé et acteurs de la ville, aboutit pour chacun des deux groupes étudiés à un projet de santé, qui conformément à la définition légale⁸⁰ a été signé par les membres du groupe et transmis à l'ARS pour validation. Pour mémoire, l'écriture du projet de santé était l'aboutissement d'une mission de stage.

IV.4.1 La présentation des deux projets de santé au CATS et leur validation

Dans le groupe I, deux médecins, un kinésithérapeute et une orthoptiste volontaire présentent leur projet de santé le 3 mars 2016 aux membres du CATS. Le projet de santé est validé à cette occasion avec l'accord de l'ensemble des membres du comité. A cette occasion, il est rappelé de ne pas perdre de vue les objectifs à atteindre pour bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR), et conseillé de ne pas se disperser.

Au même CATS, trois membres du groupe II (trois médecins et une kinésithérapeute) présentent juste après leur projet de santé. Celui-ci est également validé avec des retours très positifs pour la motivation de l'équipe autour de la thématique «santé des femmes». Les mêmes points de vigilances sont soulevés que dans le groupe I.

Les deux projets de santé validés figurent en annexe 7.

Les suites d'une validation de projet de santé : l'atteinte d'objectifs précis pour bénéficier des NMR

La validation d'un projet de santé amène les professionnels de santé signataires à atteindre les objectifs définis dans le règlement arbitral pour pouvoir bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). Les MSP sont en effet amenées à conclure une convention tripartite quinquennale avec l'ARS et l'Assurance maladie afin de recevoir une rémunération forfaitaire annuelle en fonction de l'atteinte de ces objectifs.

Les engagements du règlement arbitral portent sur trois points : l'accès aux soins, le travail en équipe pluriprofessionnelle et le système d'information. Ces trois critères comprennent des engagements socles auxquels peuvent s'ajouter des engagements optionnels. Des critères optionnels prévus dans le règlement majorient la rémunération forfaitaire.

- En matière d'accès aux soins, la MSP doit être ouverte de 8h à 20h du lundi au vendredi, le samedi matin et pendant les congés scolaires, avec une possibilité de soins non programmés (consultations en urgence). Une fonction de coordination et d'accueil doit être organisée avec des responsables identifiés.

A titre optionnel, la structure peut également proposer des missions de santé publique complémentaires ou la mise en place de services médicaux ou paramédicaux spécialisés avec des consultations de second recours de chirurgien dentiste ou sage femme.

⁸⁰ Code de la Santé Publique à l'Article L.6323-3

- Le travail en équipe pluriprofessionnelle est décliné à travers deux dimensions : d'une part la réalisation de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées par le règlement arbitral; et d'autre part la mise en oeuvre de réunions de concertations pluriprofessionnelles autour de cas complexes organisée de façon formalisée et régulière.

A titre optionnel, la structure peut également proposer des formations pour les jeunes professionnels de santé en étant un terrain de stage pour les internes en médecine générale ainsi que pour les autres professionnels de santé.

- La mise en place d'un Système d'Information labellisé niveau 1 par l'Agence des systèmes d'information Partagés de Santé (ASIP), avec constitution d'un dossier informatisé pour chaque patient, et messagerie sécurisée.

A titre transitoire, dans l'attente des NMR, des fonds FIR sont alloués par l'ARS (16 000 euros pour l'année 2016-2017).

IV.4.2 Perspectives données par la validation du projet de santé dans le groupe I

a) Une validation qui amène de nouvelles modalités d'enrôlement des professionnels de santé

La validation du projet de santé débouche sur de nouvelles modalités d'enrôlement des professionnels de santé, dans le sens où il incite ces derniers à mettre en place un travail collectif autour d'objectifs précis et sur un temps donné. Par exemple, en ce qui concerne l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels, un binôme s'est porté volontaire pour réaliser un protocole dans le cadre d'un cycle d'écriture organisé par l'APMSL sur cinq matinées dès la rentrée 2016⁸¹. Par ailleurs, en ce qui concerne l'organisation d'actions de prévention, un binôme d'un médecin et d'une kinésithérapeute se sont inscrits pour la formation validante des 40 heures en éducation thérapeutique animée par un membre de l'Association Française pour le Développement de l'Education thérapeutique (AFDET), organisé sur trois modules de deux jours à l'APMSL (de mai à septembre 2016). La validation du projet de santé engage aussi les médecins à poursuivre leurs réflexions et négociations autour des modalités d'organisation de la continuité des soins. Un planning de réunions de concertation pluriprofessionnelle autour de cas complexes, en alternance avec les réunions de travail déjà existantes est également à prévoir pour l'année à venir. Ce dernier point invite les professionnels de santé à négocier autour de la répartition de la somme reçue, laissé à leur libre arbitre. Pour la mise en place d'un logiciel informatique commun, une somme de 40 000 euros est allouée pour tous les professionnels de santé du groupe selon un cahier des charges élaboré par le GCS-e santé ayant contractualisé avec l'ARS Pays de la Loire.

⁸¹ Dans ce binôme s'était présentée une diététicienne fraîchement arrivée au sein du groupe en Mars 2016, ce moyen constituant une porte d'entrée pour s'enrôler dans le groupe.

b) Un projet de santé qui fait découvrir aux professionnels de santé les associations de quartier

Les professionnels du groupe I sont nombreux à découvrir l'existence de la plupart des associations de quartier. Ceux qui en avaient déjà rencontré perçoivent l'expérience comme enrichissante (sage femme par le biais de l'EIS, médecin 2 par le biais d'une rencontre organisée avec le Réseau Local de Santé du quartier I autour de la thématique nutrition dans le cadre de la semaine de la Fraîch'Attitude, le médecin 6 par sa rencontre avec la Maison des familles ayant récemment ouvert sur le quartier).

c) Un projet de santé qui amène de nouvelles problématiques

Le médecin 1, rejoint par le pharmacien 3 et le kinésithérapeute 2, perçoit le projet de santé comme étant une « *bonne base* » pour commencer à travailler ensemble, mais qu'il s'agirait d'étoffer (surtout pour les deux thématiques du projet de santé traitant de la santé mentale et de la parentalité). Un médecin et une kinésithérapeute du groupe ont le sentiment de devoir « *bâcler* » un projet de santé pour respecter une échéance, la laissant sur un sentiment global de non appropriation du projet de santé (kinésithérapeute 2). Certains ont en effet des difficultés à se projeter au sein des thématiques choisies (diabète, santé mentale, parentalité, accès aux soins et aux droits), qui ne leur semblent pas correspondre à leur pratique quotidienne. Une infirmière du groupe espère notamment affiner les premières thématiques choisies pour écrire le projet de santé vers des problématiques « *plus spécifiques du quartier* » (infirmière 1). Le projet de santé est donc perçu comme évolutif et les professionnels de santé interrogés, évoquent lors des entretiens d'autres idées de projets ne figurant pas dans le projet de santé. Il s'agit notamment de projets d'éducation pour la santé autour de la nutrition (pharmacien 1), de la santé sexuelle, de la maternité et des situations de violences conjugales (sage femme), de l'amélioration de l'état bucco dentaire des habitants du quartier (orthodontiste) ou encore autour de la prévention des chutes de la personne âgée (kinésithérapeute 2).

IV.4.3 Perspectives données par la validation du projet de santé dans le groupe II

a) Une validation de projet de santé qui amène de nouvelles modalités d'enrôlement au sein du groupe de professionnels

De la même façon que dans le groupe I, la validation du projet de santé débouche sur de nouvelles modalités d'enrôlement des professionnels du groupe en les invitant à s'organiser autour d'un travail collectif. En ce qui concerne l'organisation de la continuité des soins, les médecins du groupe II (répartis sur deux cabinets médicaux) commencent à mutualiser leur secrétariat à partir du mois d'avril 2016. Un binôme d'un médecin et d'une infirmière (ayant rejoint le groupe en avril 2016)

se porte également volontaire pour participer à un cycle d'écriture de protocoles pluriprofessionnels organisé par l'APMSL. Une organisation est en cours de réflexion pour le planning des réunions de concertation pluriprofessionnelle à répartir sur l'année à venir. Les professionnels de santé ont avant tout le souhait de poursuivre le rythme mensuel des réunions menées jusqu'ici. La pharmacienne A et l'infirmière se positionnent sur le développement d'actions d'éducation thérapeutique au sein de la MSP autour de la thématique du diabète.

L'ampleur des tâches qui attend les professionnels de santé peut susciter le sentiment d'avoir besoin d'une aide pour mettre en place une méthodologie pour atteindre ces nouveaux objectifs sur l'année à venir ainsi que pour « manager » le groupe : *« L'étape suivante c'est qu'est ce qu'on fait, comment on fait, qui décide de quoi. (...) Je pense que ça passe forcément par quelqu'un qui manage (...) On n'a pas le temps. C'est un métier être manager et on sait pas forcément faire »* (pharmacien A).

Par ailleurs, ces nouvelles modalités d'organisation font bouger les lignes jusqu'ici construites sur un rapport égalitaire entre professionnels médicaux et non médicaux. Les premières discussions autour des modalités de dédommagement des réunions pluriprofessionnelles, à savoir si celles-ci se feraient de façon identique ou différenciée en fonction des catégories professionnelles, réinterrogent le vécu hiérarchique entre professionnels de santé médecins et non médecins. Quand certains kinésithérapeutes sont prêts à ce que les grilles tarifaires suivent les catégories professionnelles (voyant ces temps de réunions comme un « manque à gagner » (kinésithérapeute A), des infirmiers⁸², requièrent un dédommagement équitable quelle que soit la catégorie professionnelle concernée.

b) L'écriture et la validation d'un projet de santé qui facilitent l'enrôlement d'acteurs associatifs auprès des professionnels de santé

Du point de vue des acteurs associatifs, l'existence d'un projet de santé (en cours d'écriture puis validé) permet de solliciter plus facilement les professionnels de santé pour leur présenter les actions qu'ils menaient et/ou pour donner un second souffle à des actions qu'ils mènent sur le quartier II. Le médecin A est par exemple invité à une plénière organisée par le Réseau Local de Santé du quartier II, ce qui lui a permis de rencontrer et de commencer à identifier les associations auxquelles il pourrait avoir recours en lien avec les thématiques choisies du projet de santé (médecin A). Ces premiers échanges et rencontres renforcent son souhait d'approfondir la connaissance des associations présentes sur le quartier et de travailler avec elles : *« Comme on a appris à travailler ensemble, il faudrait qu'on apprenne à travailler avec eux »* (médecin A). Par ailleurs, certains acteurs interrogés par l'étudiante infirmière dans le cadre de son étude autour du diagnostic sur l'accès aux soins et à l'information des femmes vivants dans le quartier II, s'emparent de la restitution de cette étude en présence des professionnels de santé, pour émettre leur souhait de relancer des activités

⁸² Il s'agissait d'une nouvelle infirmière membre de l'URPS infirmier, connue de la plupart des médecins du groupe, assistant pour la première fois aux réunions de travail, motivée par le faible nombre d'infirmiers investis dans le groupe qu'elle avait remarqué suite à la lecture du projet de santé.

telles que des après midis santé des femmes⁸³ ou encore de formation de personnes relais sur le quartier pour améliorer la participation au dépistage du cancer du sein (Cap santé plus 44). Le médecin B poursuit ses réflexions pour relancer l'organisation de ces après midis en prenant contact avec l'association Médecin du Monde où elle était bénévole. L'adjoint technique régional de la Fédération Sport pour Tous s'empare, lui, de l'information qu'un projet de santé est en cours d'écriture pour proposer aux professionnels de santé une collaboration autour des activités menées par la fédération. Ainsi, le médecin C et la kinésithérapeute A commencent à adresser certains des patients diabétiques (adultes et enfants) à bénéficier des programmes développés par l'association.

c) Une validation de projet de santé qui amène de nouvelles pistes de problématisations

De façon globale, le projet de santé semble être en adéquation avec les difficultés rencontrées quotidiennement au sein des pratiques, et reflète, les besoins du quartier (infirmière A, médecin C). Le « goût pour les thématiques abordées » (médecin B), donne aux professionnels un intérêt supplémentaire pour concrétiser le projet de santé. Il reste néanmoins à « affiner » le projet de santé en fonction des compétences de chacun » (médecin A, kinésithérapeute A). D'autres pistes évoquées restent à travailler.

- La coordination des sorties d'hospitalisations et le maintien à domicile des personnes âgées (pharmacien A).
- Le lien avec les éducateurs spécialisés du quartier (kinésithérapeute B et C) pour les jeunes du quartier en difficulté.

IV.4.3. Le sentiment de plus value des professionnels de santé suite à l'écriture du projet de santé

Certains professionnels de santé du groupe I perçoivent a posteriori l'intérêt d'être passés par une étape d'élaboration commune d'un projet de santé, soulignant le fait qu'il n'y aurait sans doute pas eu la même appropriation sans cette phase. L'exercice leur a donc paru finalement intéressant « à l'arrivée » (orthodontiste). D'autres professionnels de santé perçoivent également mieux l'intérêt de dissocier le projet immobilier du projet de santé, se rendant compte qu'en fin de compte « ils ne pouvaient pas faire de MSP sans projet de santé » (médecin 5). Un kinésithérapeute y voit un moyen de les obliger à « accoucher » de leurs idées et cela a eu selon lui un effet fédérateur et de cohésion au sein du groupe (kinésithérapeute 1), avec la sensation d'avoir concrétisé « un peu plus les choses » de façon collective. Une infirmière précise également que cela les a aidé à mieux situer leur futur rôle au sein d'un groupe pluri professionnel : « En tout cas il est pas question de simple partage de locaux, ça formalise un peu le travail qu'on peut mener en collaboration (...) ça permet de se dire je suis un maillon de la chaîne et comment je peux m'inscrire là-dedans à mon niveau » (infirmière 2).

⁸³ Ces après midi permettaient aux habitantes du quartier d'aborder des sujets intimes en présence de professionnels de santé. Elles avaient lieu dans les locaux de l'association Casse Ta routine.

Pour le groupe II, la validation du projet de santé provoque une satisfaction proportionnelle à l'implication qu'il avait pu avoir autour du projet de MSP depuis 2013, en valorisant les efforts fournis jusqu'alors. Ces derniers déclarent d'ailleurs avec humour « *ne plus compter le nombre de réunions auxquelles ils avaient participé depuis 3 ans* » (kinésithérapeute A). Cette validation leur donne des garanties supplémentaires quant au fait que le projet « *verrait le jour* » (infirmière A) et apporte une « *crédibilité* » vis à vis du projet pour lequel ils se sont investis jusqu'ici. Des bénéfices humains sont également soulevés par les professionnels de santé interrogés : à la fois en terme de cohésion de groupe « *dès les prémices du projet* » (médecin B), mais aussi par la création d'un lien de confiance entre eux : « *C'est long, mais ça nous laisse le temps de nous connaître entre nous avant de s'engager vraiment. (...)* » (Kinésithérapeute B). Globalement, l'ensemble des professionnels de santé interrogés évoquent l'effet positif « *mobilisateur du projet de santé* » (médecin C).

SYNTHESE

Dans les deux cas, le processus mis en œuvre aboutit à une validation des projets de santé co-construits par les professionnels de santé avec l'accompagnement de l'interne stagiaire au sein de la municipalité. Cela amène :

- ✓ de nouvelles modalités d'enrôlement, en ce sens que la validation du projet incite les professionnels de santé à s'organiser collectivement sur l'année permettant l'obtention de nouveaux modes de rémunération (élaboration de protocoles pluriprofessionnels, organisation d'actions de prévention, réunions de concertation pluriprofessionnelles etc)
- ✓ de nouvelles problématisations avec l'émergence d'autres thématiques soulignant le caractère évolutif du projet de santé notamment autour de la prise en charge des personnes âgées (prévention des chutes de la personne âgée dans le groupe I, maintien à domicile des personnes âgées dans le groupe II).
- ✓ Le projet de santé donne l'opportunité aux partenaires de la Mission Santé Publique (notamment aux acteurs associatifs) de s'enrôler et de s'articuler avec les professionnels de santé, autant qu'il permet aux professionnels de découvrir leur existence et de s'appuyer sur ces partenaires pour concrétiser leur projet de santé.

Soumis initialement à l'injonction « *extérieure* » d'écrire un projet de santé, les professionnels de santé réalisent a posteriori les bénéfices apportés par cette phase d'écriture en terme d'appropriation du contenu du projet à mener, de la participation à la définition de ses orientations, de connaissance mutuelle entre professionnels de santé et de cohésion de groupe, et de la possibilité de situer son rôle dans un collectif poursuivant des objectifs communs.

V. DISCUSSION

Ce travail visait à réaliser une étude comparative de deux cas de mise en place de dynamiques coopératives entre une équipe de professionnels de santé libéraux et une collectivité locale, durant la phase singulière d'écriture d'un projet de santé, dans le cadre de la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle. En s'appuyant sur la sociologie de la traduction, il s'agissait de décrire le processus par lequel passent les deux groupes d'acteurs (Ville et professionnels de santé) à travers les étapes de « contextualisation » de « problématisation » et d'« enrôlement » itératives, constitutives du projet. L'approche comparative de deux équipes se fédérant autour d'objectifs communs est révélatrice des enjeux auxquels les professionnels de santé font face, dans une situation où une municipalité leur offre une aide à la co-construction d'un projet de MSP. En confrontant les dynamiques vécues par les professionnels de santé d'une part et par la collectivité d'autre part, cette étude met en lumière « la complexité des phénomènes à l'œuvre » (Balard et al 2016) (25) durant cette phase d'écriture qualifiée de « décisive » (Vuattoux, Magnin 2009) (15) dans la vie d'une équipe et d'un projet de MSP.

Les limites de l'étude

Dans un premier temps seront explicitées les limites de ce travail, liées notamment à la durée limitée et à la méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des données.

Les professionnels de santé interrogés font partie, dans les deux cas, de personnes investies dès l'émergence du projet, ayant participé à la création de l'association des professionnels. En ce sens, seul le point de vue des professionnels les plus impliqués a été récolté. Ce biais de recueil implique que les points de vue des professionnels « moins impliqués », probablement plus nuancés vis à vis du projet, n'ont pas été pris en compte.

Le choix de confronter deux dynamiques de groupe engagées dans des contextes différents, en comparant les processus de traduction à l'œuvre sur une période temporelle limitée, présente aussi certaines limites. Du fait de la différence d'étendue entre les deux quartiers étudiés et des différences liées aux modalités d'émergence respectives de chaque projet, la comparaison peut paraître à certains égards « forcée », ne prenant en compte qu'une partie de la temporalité avec laquelle les deux projets ont avancé. Néanmoins, l'exercice est éclairant en ce sens qu'il oblige à sortir de la narration du déroulement de chaque projet, et de ses aspects singuliers, pour étudier des éléments définis, qui seront similaires ou au contraire différents. S'agissant de deux projets accompagnés par une même collectivité, amenés à éclore sur la même ville et pour laquelle la même méthodologie d'accompagnement a été a priori déployée, la comparaison est féconde pour révéler les ajustements au contexte et aux enjeux locaux.

Concernant les « étapes » de traduction choisies pour répondre à l'objectif de recherche, il était parfois difficile de savoir à quelle étape rattacher les événements décrits, les trois étapes de

contextualisation, problématisation et d'enrôlement des acteurs se faisant souvent de façon quasi concomitante. Même si la séparation ou le « découpage artificiel » de ces étapes a des vertus pour aider à « décortiquer » les événements, l'analyse a parfois été confrontée à la difficulté de séparer des étapes interdépendantes les unes des autres.

Concernant la méthode d'analyse choisie, celle-ci s'est limitée à une analyse thématique de contenu sans aller jusqu'à une analyse par théorisation ancrée. Les trois premières étapes de l'analyse par théorisation ancrée (codification, catégorisation et mise en relation) sont néanmoins similaires à l'analyse thématique de contenu, et permettent ici d'atteindre un niveau analytique intéressant et suffisant pour répondre aux objectifs de la recherche (Mucchielli, 2009) (32).

L'accompagnement au changement

Les projets de MSP nécessitent un accompagnement à plusieurs égards, et en premier lieu par le fait que les transformations qui s'opèrent à travers le fait de s'engager dans de tels projets relèvent d'un véritable « choc culturel » (Fournier et al 2014) (11).

- **Les transformations culturelles des professionnels engagés dans un projet de MSP**

De fait, l'enjeu, auquel sont confrontés les équipes de professionnels de santé « embarqués » dans l'aventure, est de taille. L'exercice pluri professionnel autour d'objectifs partagés représente en effet un « changement notoire et brutal » (Coutant 2012) (33) voire un « choc culturel » (Fournier et al 2014) (11) qui rompt avec le modèle dominant jusqu'ici exercé, marqué par une culture individuelle autonome. Sans formation initiale adaptée (Fournier et al 2014) (11), il s'agit alors pour des médecins généralistes (notamment sexagénaires) attachés à leur pratique libérale, d'accepter de modifier leur pratique (Dépinoy 2011) (13) .

Cela demande une maturation, du temps, et une connaissance mutuelle des professionnels de santé qui permet de construire ensemble. Cela a particulièrement été démontré dans le groupe I, en étant un élément clé d'une problématisation intermédiaire par lequel sont passés les professionnels de santé pour atteindre « par paliers » l'objectif d'écriture d'un projet de santé. Dans le groupe I, il était de fait difficile d'amener des acteurs qui ne se connaissaient pas à écrire un projet de santé de façon collective. C'est même l'injonction de passer par cette étape d'écriture, et le fait de se fédérer autour de thématiques puis de commencer à travailler en sous groupe qui a permis cette phase d'interconnaissance dont les professionnels avaient par ailleurs besoin. En ce sens le projet, de santé a tout autant été un moyen permettant aux professionnels de se rencontrer qu'une finalité autour de laquelle ils ont dû se mettre d'accord. Dans le groupe II, l'écriture du projet était aussi considérée comme un moyen de tester la faisabilité d'un travail pluriprofessionnel. L'écriture du projet de santé amène donc les professionnels de santé à se connaître, à échanger autour de pratiques et constitue par là-même tout autant une « condition *sine qua non* de réussite » (de Haas 2010) (19) qu'un point de départ à la construction d'une nouvelle culture.

Il s'agit, pour les professionnels de santé, du début d'un vaste chantier. Cependant des transformations sont déjà perceptibles dans les deux groupes : les professionnels se sont rencontrés et ont appris à se connaître alors qu'ils n'avaient jusqu'ici que peu d'échanges entre eux ; ils se sont constitués en association et ont échangé autour de thématiques de façon pluri professionnelle ; ils sont parvenus à élaborer un projet commun au-delà des enjeux de concurrence et de hiérarchie entre médecins et paramédicaux ; et ils se sont progressivement acculturés à être en interface avec une Ville, des équipes de quartier et des usagers, et se sont ouverts au champ de la prévention. Ces transformations ont été permises par leur engagement dans le processus, même si celui-ci pouvait être hésitant ou fragilisé par des interrogations concernant le projet immobilier, un flou persistant concernant des aspects logistiques (loyer, secrétariat, organisation de la continuité des soins...) ou par des incertitudes concernant leur place et leur rôle au sein de la future MSP (notamment pour les pharmaciens et paramédicaux). Même sans projet précis, sans expérience d'exercice pluriprofessionnel ni connaissances concernant les MSP, ils sont restés ouverts et réceptifs au projet, conscients des problématiques de santé du territoire, et implantés dans un quartier où ils ont choisi d'exercer.

Dans un contexte où les professionnels doivent ainsi apprendre à se connaître et se reconnaître, à travailler ensemble, mais aussi à passer du soin à la prévention, et passer d'une réponse à des demandes individuelles de patients à des projets s'adressant à la population (ex : santé des femmes), les besoins d'accompagnement s'avèrent d'autant plus prégnants que les transformations demandées sont importantes.

Il s'agit aussi d'assurer le soutien et l'accompagnement de l'ensemble des professionnels voulant s'engager dans cette voie, « l'ère du militantisme » de projets portés par des professionnels charismatiques (Lombrail 2014) (3) qui auraient su faire éclore une équipe malgré « l'accumulation parfois caricaturales d'obstacles » (Juilhard 2010) (17) semblant révolue.

De plus, dans le cas de l'écriture d'un projet de santé, les difficultés liées à cette étape de rédaction sont unanimement reconnues pour être fastidieuses (Juilhard 2010, Coutant Truffeau 2016 (10), Dépinoy 2011, Vuattoux Magnin 2009, Ménard 2013, Fournier et al 2014), malgré les bénéfices reconnus a posteriori (Fournier et al 2014) (11). Le projet de santé s'écrit « étape par étape, avec de la patience, du dialogue » (Ménard 2013) (16) et demande de chercher ensemble et d'inventer des réponses, ce qui justifie une certaine lenteur de mise en route et le fait que certaines réunions puissent sembler peu productives, la difficulté de passer des idées à leur mise en œuvre étant réelle.

- **Accompagner une municipalité dans la co-construction d'un projet avec des professionnels de santé libéraux**

La Ville, de son côté, fait également face à des enjeux importants.

Elle se retrouve en effet à co-construire un projet de MSP avec des professionnels de santé qui ont besoin de s'acculturer. Elle doit tenter de s'articuler avec des professionnels de santé qui sont, de façon plus marquée dans le groupe I, en train d'apprendre à se connaître. Même si le projet est perçu par les professionnels comme inconcevable sans l'investissement de la ville, ces derniers ont des difficultés à comprendre le rôle de la Mission Santé Publique, méconnaissant souvent le rôle que peut avoir une collectivité en matière de santé. La difficulté qu'ont les professionnels à saisir de façon claire le rôle de la Mission Santé Publique, dans le soutien qu'elle peut apporter en terme d'ingénierie de projet (à moins d'une présence concrète comme celle d'une interne) ou à plus long terme à se projeter dans les murs de la futur MSP avec la présence de partenaires de la Ville (CCAS), peut aussi témoigner du processus d'acculturation dans lequel ils sont pris. Sans idée précise des objectifs qu'ils souhaitent se donner dans un premier temps entre professionnels de santé au travers d'un projet de santé, l'articulation avec les souhaits de la Ville s'avère difficile. En ce sens, il s'agit pour une collectivité de respecter cette temporalité, même si elle peut parfois s'étonner du manque d'engouement des professionnels de santé qui semblent ne pas se saisir de l'opportunité d'une Ville soucieuse d'élargir la collaboration au-delà des questions immobilières et prête à déployer des moyens pour les aider.

Initialement, la Ville, à travers la Mission Santé Publique, pensait transmettre aux professionnels de santé les données dont elle disposait à travers les différentes études de diagnostics de besoins, faciliter la logistique d'écriture du projet de santé à travers l'accès à des salles de réunion, présenter aux professionnels de santé des partenaires associatifs de la prévention, organiser des temps pour que les professionnels puissent faire remonter leurs besoins aux élus (pas uniquement d'ordre immobiliers). Ils considéraient aussi que leur connaissance des territoires ciblés pouvait être complémentaire de celle des professionnels de santé. Quand la plupart de ces éléments ont pu être mis en place, la Ville s'est rapidement heurtée à une difficulté de dialogue avec les professionnels de santé autour du projet immobilier. Elle s'est retrouvée à juguler le mécontentement (groupe I) ou l'impatience (groupe II) des professionnels de santé, auprès de qui elle ne souhaitait pas perdre sa crédibilité. Or, étant elle-même confrontée à la complexité des circuits d'information en interne et préoccupée à promouvoir le projet de MSP comme une priorité du mandat auprès des différents services et directions municipales prises dans d'autres projets d'envergure, il lui était difficile d'officialiser des décisions qui étaient encore en cours de réflexion et non actées de façon définitive.

La logique souvent mise en avant stipulant que « les murs ne font pas une maison de santé » (Dépinoy 2011) (13) et que « le projet de santé fait la maison de santé et non pas l'inverse » (Autès, Dufay 2009) (34) permet aux professionnels de santé de passer dans un premier temps d'une problématique immobilière à celle de l'écriture d'un projet de santé. Néanmoins, la question immobilière ressurgit rapidement, et celle-ci a fait partie, tout au long de l'écriture du projet de santé, et pour les deux groupes, d'éléments de questionnement persistants auxquels ils n'obtenaient pas de réponses satisfaisantes. A partir du moment où il ne s'agit pas d'un projet privé et où la Ville alloue des fonds pour faire aboutir un projet immobilier, un rapport de force peut s'installer, la liberté des

professionnels de santé étant en effet remise en question, car devant composer avec les objectifs que s'est également fixés la Ville vis à vis du projet.

Dans ce contexte, l'accompagnement prend aussi tout son intérêt en se situant au centre « d'un jeu complexe d'acteurs, qui ont des intérêts et des motivations en tension » (Delanoe Offrey 2011) (35). L'accompagnement prend alors une dimension de traduction en ce sens qu'il permet de rendre intelligibles et d'amener à converger deux univers (Chabrol 2012) (36). Certaines divergences de valeurs et de croyances (Bourgeois 2015) ou de « représentations mutuelles parfois un peu figées ou archaïques des uns sur les autres » (Bourgeois 2015) (37)⁸⁴, peuvent aussi s'ériger comme des barrières à un engagement réciproque entre professionnels de santé et collectivité territoriale. L'accompagnement devient alors médiation, pour faciliter l'instauration d'un dialogue en position de neutralité (Bourgeois 2015) (37).

Ces dimensions d'accompagnement, de traduction, et de médiation, cherchent à rendre possible un engagement réciproque entre des professionnels de santé et une collectivité locale, à la faveur d'une réflexion territoriale (Bourgeois 2015) (37), au service de la construction d'un projet de santé de territoire (Dépinoy 2011) (13).

Accompagner en respectant la singularité des enjeux, du projet, mais aussi du processus

La comparaison des deux projets étudiés, dans leur processus de traduction et dans leur aboutissement au terme d'une année d'accompagnement, montre la pluralité des formes que peuvent prendre des projets de MSP en construction, alors même qu'ils disposent des mêmes ressources et du même accompagnement. Cela souligne qu'il ne peut s'agir que d'un projet « sur mesure » qui répond à un contexte et à des acteurs uniques (Autès, Dufay, 2009) (34) et doit suivre une voie singulière, résultant du processus de traduction et de ses ajustements. Les deux cas étudiés dans le cadre de ce travail sont de fait contrastés dans leur problématisation (à travers des choix de thématiques de travail variées et dans leur problématiques successives et intermédiaires) et des modes d'engagement des acteurs différents. Toute tentative de « copier-coller » une solution ou toute tentative de « plaquer un produit fini » (Vuattoux, Magnin 2009) (15) à travers un « modèle unique, labellisé et standardisé » (Autès, Dufay, 2009) (34) ne fait donc pas sens, ce qui rend la modélisation non souhaitable.

Le rôle de l'interne en santé publique dans ce projet

Les diverses dimensions d'accompagnement, de médiation et de traduction évoquées faisaient partie intégrante du rôle de l'interne en santé publique. Celle-ci les a, à sa façon, et de sa place et posture d'interne, progressivement intégrées et mises en œuvre sur un temps imparti au service de la construction du projet de santé et de son intégration dans une vision de santé publique (se voulant populationnelle, à l'échelle d'un quartier et ouverte sur la prévention et le médico-social).

⁸⁴ Propos issus des premières rencontres entre médecins libéraux et élus territoriaux tenues en 2010 en Île-de-France à l'initiative de l'association Élus, Santé Publique et Territoires.

Il existait aussi une dimension de production de connaissances scientifiques fondées sur l'accompagnement réalisé. L'intervention peut en effet être analysée comme « un processus de production de connaissances » (Bourgeois 2015) (12). Par le biais des réunions de travail et des rencontres successives, les professionnels de santé ont eu progressivement accès à une connaissance objectivée de leur situation commune : par exemple dans le groupe I, d'un constat que chacun faisait de façon isolée autour d'un manque de communication et de coordination interne (entre professionnels du groupe) et externes (avec les ressources du quartiers), est né un constat commun et partagé en groupe que cette coordination était à améliorer. Les modalités de préparation des réunions, à travers les questions de préparation auxquelles chacun des professionnels de santé répondaient et dont l'intervenant faisait la synthèse qu'il restituait en début de réunion, permettaient de faire un état des lieux des pratiques actuelles de chacun, qui devenaient une connaissance et une construction du groupe. Les comptes rendus qui devenaient une propriété du groupe pouvaient également augmenter leur réflexivité sur leurs pratiques et sur le projet en train de se faire. Par son intervention, le rôle du tiers intervenant peut donc produire de la connaissance et aider à faire produire cette connaissance par les acteurs, ce qui engendre une réflexivité chez les professionnels en les aidant à objectiver leur position et leur action (Bourgeois 2015) (12).

Ces connaissances qui émergeaient au fur et à mesure des rencontres ont pu être intégrées dans le travail d'accompagnement. Du constat d'une méconnaissance des acteurs du quartier, l'interne a par exemple cherché à mettre en lien les professionnels de santé du groupe I avec les compétences des chargés de projet de la Mission Santé Publique, qui étaient en mesure de leur présenter et de leur expliquer les ressources présentes sur leurs territoires en rapport avec les thématiques choisies dans le projet de santé. Un dossier de présentation des associations du quartier a pu aussi être distribué, et cela était aussi l'occasion d'encourager la visite de certaines de ces structures. Le fait d'être en stage dans un service qui avait à disposition des ressources et qui se saisissait de l'opportunité de pouvoir les présenter auprès des professionnels de santé libéraux, auxquels ils n'avaient habituellement pas accès de façon aisée, était d'une plus value non négligeable. Cela a particulièrement été le cas dans le quartier II, à travers le Réseau local de santé qui s'est saisi d'une réunion de plénière de fin d'année réunissant l'ensemble des acteurs du quartier pour inviter le médecin A à les découvrir. En cela, il s'agit donc bien d'un travail de médiation qui a été mené, qui permettait de faciliter les articulations entre la Mission Santé Publique et les professionnels de santé qui écrivaient leur projet de santé. Par ailleurs, du constat qu'ils ne se connaissaient pas, l'animation de réunions mensuelles leur a permis de s'exprimer sur des aspects variés de leur pratiques et de se connaître en construisant ensemble.

Accompagner en intégrant d'autres acteurs : l'ARS, les représentants des professionnels (URPS...), les facilitateurs (APMSL) et les usagers.

La présence de la Ville dans le projet a été préparée en amont du démarrage du projet dans une habileté et un dialogue avec d'autres acteurs incontournables tels que l'ARS, les

représentants des professionnels (URPS), et les facilitateurs (APMSL)⁸⁵. Même non interrogés directement dans le cadre de ce travail, ces acteurs interviennent de façon sous jacente mais non moins centrale dans le récit à chaque étape du processus de traduction. L'ARS en étant un acteur de l'organisation territoriale des soins de premier recours, amène les professionnels de santé et la Ville à entrer dans un processus balisé, avec des étapes recommandées à suivre pour être labellisé « maison de santé » et toucher des financements dédiés (NMR). Cela permet aux professionnels de se fédérer autour d'objectifs communs et de rechercher ensemble des solutions aux problèmes communs identifiés (problématisation, enrôlement). En intervenant au terme de ce premier processus de traduction à travers la validation d'un projet de santé, elle fait entrer, par son appui financier, les professionnels de santé dans un processus de traduction itératif en vue d'atteindre les critères NMR de façon progressive. Les URPS de leur côté, favorisent l'enrôlement de la Ville auprès des deux équipes de professionnels à travers l'aide à la mobilisation des professionnels de santé, et permet aussi aux professionnels de santé de s'enrôler dans le projet en les sensibilisant sur l'opportunité que constituent les MSP pour évoluer dans leurs pratiques.

Etant partie intégrante de l'institution motrice du projet qu'était la Ville en y étant interne, j'ai perçu la Ville comme étant un tiers important dans la rencontre et la mise en cohérence des acteurs locaux. Néanmoins l'interdépendance entre les acteurs (Ville / ARS / URPS) montre qu'ils partagent une position commune de « leadership de médiation » (Monneraud 2015) (38) au sein du projet en étant chacun des acteurs « qui par leurs actions s'imposent comme point de passage obligé dans une négociation située » (Monneraud 2015)⁸⁶.

La Ville accompagne aussi les projets de MSP en étant soucieuse qu'ils s'appuient sur un triptyque associant les professionnels de santé, la Ville et les habitants des territoires concernés. Elle amène de cette façon une préoccupation centrale pour la place des usagers très tôt dans le projet alors même que les professionnels écrivent leur projet. (Il arrive que des habitants ou des patients experts soient associés à la réflexion du contenu du projet de santé⁸⁷). Dans le cas du quartier II, l'articulation entre professionnels de santé et habitants du quartier est amenée à se poursuivre, au travers de la Ville qui se définit comme accompagnateur et facilitateur du groupe de collectif d'habitants qu'elle a créé avec l'Atelier Citoyen. Il s'agit là d'éléments présageant de critères de qualité des MSP en projets⁸⁸ alors que la démarche de participation des habitants n'est ni systématique ni obligatoire dans les MSP libérales.

La présence de facilitateurs sur la région qui répondent au besoin des professionnels de santé

⁸⁵ Le lien avec l'ARS ayant sans doute facilité l'aval des URPS.

⁸⁶ L'ARS pouvait se percevoir dans une posture de médiation entre les professionnels de santé et la Ville, quand la Ville pouvait se percevoir sur une position d'interface entre l'ARS et les professionnels de santé.

⁸⁷ Comme cela a pu être le cas à travers Mr Jean Luc Plavis patient expert (et Délégué général du Réseau National de Médiation Santé et Délégué à la communication et aux partenariats santé CISS Ile de France) qui a accompagné l'écriture du projet de santé de la MSP des Chênes de Suresnes inaugurée le 18 Janvier 2016.

⁸⁸ Une démarche qualité dans les équipes de MSP a été lancée avec la création d'un outil d'auto évaluation s'appuyant sur une « matrice de maturité » en soins primaires élaborée par la HAS en lien avec la FFMPs.

Suite à la validation du projet de santé, la construction du projet se poursuit et les professionnels de santé doivent avancer dans la concrétisation du projet de santé en vue d'accéder à des financements NMR. Pour mener à bien le travail pluriprofessionnel et les différentes étapes à traverser, les professionnels de santé ont besoin d'acquérir de multiples compétences et sont souvent en attente d'une aide (Fournier et al 2014) (11). Sur la région Pays de la Loire, ces besoins d'accompagnement sont confirmés par l'évaluation de la politique régionale menée par le Conseil Régional en faveur de la création des MSP. Cette étude, menée en 2015, met en avant divers besoins en ingénierie pour les MSP en projet dont celui d'aide à l'écriture du projet de santé et à sa concrétisation.

Le rôle moteur que peuvent avoir des structures telles que l'APMSL dans le développement des MSP de la région est ainsi souligné. Elles peuvent faciliter la structuration de l'accompagnement apporté aux projets de MSP en construction. Elles permettent aussi de capitaliser la variété des expériences régionales et le partage d'expérience et de connaissances autour de ce type d'exercice. Elles rendent possible le témoignage par des pairs eux-mêmes porteurs d'une expérience en groupe pluriprofessionnel. De nouvelles modalités d'accompagnement sont à ce titre proposées à partir de la rentrée 2016 par le biais d'ateliers d'écriture de projet de santé qui se feront en réunissant diverses équipes de professionnels de santé⁸⁹.

La réflexion initiée autour du « cas particulier nantais » sur l'accompagnement utile à ce type de projet pourrait être approfondie en la confrontant à d'autres expériences, en interrogeant notamment le point de vue de facilitateurs situés dans des institutions diverses (APMSL, ARS, sociétés de conseil, etc.) qui accompagnent de nombreux autres projets.

⁸⁹ Sur le territoire national, diverses initiatives tendent à se développer : une coopérative créée fin 2014 dédiée aux équipes regroupées de soins primaires (Facilimed) a pour objectif de mutualiser les services pouvant par exemple mettre à disposition un coordinateur de santé sur un temps partagé.. Certaines équipes régionales de la FFMPs ont aussi développé des programmes de facilitation dans le cadre de convention avec les ARS, menant des activités de conseil et d'expertise en menant un accompagnement de projet ou de leader.

VI CONCLUSION

A travers l'approche de la sociologie de la traduction, l'étude menée a permis de rendre compte des dynamiques développées entre deux équipes de professionnels de santé libéraux et une collectivité locale durant la phase d'écriture d'un projet de santé, première étape de l'élaboration d'un projet de MSP.

L'engagement dans cette étape marque le début d'un « parcours du combattant », dans un processus d'élaboration de MSP qui est lui-même décrit comme nécessitant « la foi du charbonnier »⁹⁰. Il s'agit d'un projet qui exige de la part des professionnels de santé « un engagement conséquent en temps et en énergie, sans que son aboutissement ne soit joué d'avance » (Juilhard et al. 2010) (17). Il s'agit donc « toujours d'un processus long et épuisant pour les professionnels impliqués » (Coutant, 2012) (33). L'écriture du projet de santé opère dès cette première phase du projet une sélection des professionnels de santé qui acceptent d'entrer et de rester dans cette dynamique collective (Fournier et al 2014) (11). Cela permet de souligner l'investissement des deux équipes de professionnels de santé qui sont parvenus à la validation de leur projet de santé.

Aussi bien dans son processus d'écriture que dans sa validation, l'écriture d'un projet de santé invite les professionnels à entrer dans un processus de traduction itératif, qui va occasionner des déplacements, au fil du projet et de l'évolution du contexte, à travers des « re-problématisations » successives. Les professionnels seront aussi amenés, au fur et à mesure de l'avancement du projet, à s'enrôler ou à enrôler de nouveaux acteurs, et à développer de nouvelles compétences qui seront autant de « défis » à relever (création d'une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), élaboration de protocoles, mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelles, développement de pratiques d'éducation thérapeutique, etc.).

Ainsi, à partir d'une première étape apparemment anodine d'« écriture » d'un projet de santé, de prime à bord vécue comme une injonction administrative par les professionnels de santé, ces derniers sont « embarqués » dans un véritable processus de transformation de leurs pratiques de soins de premiers recours. Les multiples enjeux et défis amenés par ces transformations, visant l'organisation d'une pratique collective pluri professionnelle, font du projet de santé un « outil » ou une « porte d'entrée » vers la « révolution des soins de premier recours » décrite par certains auteurs et encouragée par les pouvoirs publics. Par la « promesse » de s'engager à concrétiser un projet de santé de territoire, reposant sur une approche populationnelle, il s'agit aussi d'une opportunité pour les professionnels de s'engager dans des missions de santé publique (Bourdillon et al 2008) (39).

Dans le « cas particulier nantais », où les projets se montent en partenariat avec une collectivité engagée sur les thématiques santé et prête à mettre à disposition ses compétences et ses ressources, le contexte se montre favorable à la création de deux MSP. Ce processus nécessite cependant un partenariat fructueux entre la Ville et les professionnels de santé : si les compétences

⁹⁰ Bungener, Cahier du "Monde" n°22117 du 24 Février 2016 "La révolution feutrée des maisons de santé", p4 "Maisons de santé, le défi des soins coordonnés ».

en santé de la collectivité doivent être comprises et ses contraintes (liées notamment à son mode de fonctionnement) acceptées par les professionnels de santé, la collectivité, de son côté, doit gérer l'enjeu d'une véritable co-construction avec les professionnels de santé, prenant en compte leurs enjeux, au-delà des prérogatives liées aux politiques publiques menées.

Pour l'accompagnant, les tensions créées sont à comprendre et à gérer au fil du projet en étant à la fois en position d'interface, de traduction, et de médiation entre ces deux univers. Il est en interface de par sa position en «entre deux » ; traducteur pour rendre intelligibles les enjeux respectifs des deux parties ; et médiateur en facilitant l'instauration d'un dialogue mais aussi la mise en lien des ressources disponibles. Les réflexions à mener sur l'accompagnement utile à ce type de projet sont d'autant plus importantes à approfondir qu'il s'agit probablement d'un processus inéluctable par lequel de plus en plus de professionnels de santé de première ligne seront amenés à passer, dans des regroupements qui prendront la forme de MSP ou d'autres formes, afin de favoriser l'instauration d'une pluriprofessionnalité à même de faciliter l'exercice de soins primaires de qualité, adaptés aux besoins des populations et des territoires.

VII BIBLIOGRAPHIE

1. Baszanger I, Bungener M, Paillet A, éditeurs. Quelle médecine voulons-nous ? Paris, France: la Dispute; 2002. 249 p.
2. Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? Santé Publique. (21):7- 16.
3. Lombrail P. Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? Sci Soc Santé. 12 juin 2014;Vol. 32(2):97- 108.
4. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Rapport n°559 IRDES; 2014. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
5. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). sept 2014;(201). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>
6. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération. IRDES. août 2015;(211). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
7. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). IRDES. juin 2015 ;(210). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>
8. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de doctorat santé publique-sociologie. Université Paris-Sud 11. Laboratoire CERMES 3 2015. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/document>
9. Alam T, Gurruchaga M. Collectivités, Territoires et Santé - Regards croisés sur les frontières de la santé. L'Harmattan. Paris; 2015. 406 p.
10. Coutant D, Truffreau F. La médecine générale, une spécialité d'avenir. Des premières conventions médicales aux maisons de santé. Presses de l'EHESP. 2016.
11. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). sept 2014;(557). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>
12. Bourgeois I. Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural. Santé Publique. 24 août 2015;27(3):343- 51.
13. Dépinoy D. Maisons de santé: une urgence citoyenne. Paris, France: Éd. de Santé; 2011. 116 p.
14. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans

les services de santé. *Sci Soc Santé*. 1999;17(3):67- 94.

15. Vuattoux P, Magnin C. Une Fédération Régionale des Maisons de Santé : regards sur l'expérience franc-comtoise. *Santé Publique* 2009;21 Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-73.htm>

16. Ménard D. L'important c'est le projet ! janv 2013; *Pratiques, cahiers de la médecine utopique* (60): 63.

17. Juilhard JM. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris IGAS; 2010]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf

18. Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile de France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées. Thèse pour le doctorat en médecine. Université René Descartes. 2011. Disponible sur: <http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Leprette2011.pdf>

19. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier. 2010.

20. Baudier F, Clément M-C. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. *Santé Publique*. 2009;103- 8.

21. Raynaud J. L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable Montpellier 3; 2013. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2013MON30052>

22. Dubois V. Ethnographier l'action publique. *Gouv Action Publique*. 3 avr 2012;(1):83- 101.

24. Beaud S, Weber J. Guide de l'enquête de terrain. Paris: La Découverte; 2010.

25. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Volery I. L'analyse qualitative en santé. In: *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016. p. 165- 83. (Collection U).

26. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Collin; 2016. (Collection U).

27. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *Année Sociol* 19401948-. 1986;36:169- 208.

28. Akrich M, Callon M, Latour B. *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. Paris, France: Presses des Mines;; 2013.

29. Fassin D. L'anthropologie entre engagement et distanciation. *Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique*. *Vivre Penser Sida En Afr*. 1999;41-66.

30. Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. *Santé Publique* 200719(hs):53- 60.

31. Quivy R, Van Campenhoudt L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod; 1995.

32. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin; 2009. 345 p.

33. Coutant D. Contre les déserts médicaux, les Maisons de santé. *déc* 2012;(36).

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

35. Delanoe J-L, Offrey C. Maisons de santé puruprofessionnelles : acteurs et financeurs *Les enjeux*. oct 2011;(542):68- 70.

36. Chabrol F, Hunsmann M, Kehr J. Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation. *Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol.* 2 mars 2012 ;(7). Disponible sur: <https://socio-logos.revues.org/2629>
37. Bourgeois I. L'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux. Retour d'expériences d'interventions en santé publique par Isabelle Bourgeois. In: *Collectivités, territoires et santé.* L'Harmattan. 2015.
38. Monneraud L. Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? In: *Agir pour la promotion de la santé.* ERES; 2011. p. 77. Disponible sur: <http://www.cairn.info/agir-pour-la-promotion-de-la-sante--9782749214429-page-77.htm>
39. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique.* 1 déc 2008;20(5):489- 500.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 Principaux résultats de l'étude sur l'état de la santé des habitants du quartiers I et II sur la période du (01/07/2012 -01/07/2013)

Indicateurs de santé	Quartier I	Quartier II	Moyenne de la Ville
Taux de personnes en affection longue durée (ALD)	16%***	16%***	14%
Proportion brute de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans	27%***	26%***	13%
Taux d'enfants en surpoids	22%	22%	13%
Indicateurs de recours aux soins	Quartier I	Quartier II	Moyenne de la Ville
Soins de médecine générale			
Proportion de personnes de plus de 16 ans ayant eu au moins un recours dans l'année à un généraliste	82%***	76%***	79%
Proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (20h-00h ; 6h-8h)	8,1%***	8,8%***	5,7%
Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant eu recours à un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (20h-00h ; 6h-8h)	15%	19%	11%
Soins dentaires			
Proportion de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois	34%***	34%***	41%
Soins en ophtalmologie			
Proportion de personnes ayant consulté un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois	35%***	32%***	39%
Soins d'orthophonie			
Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste libéral au cours des 12 derniers mois	15%	10%**	15%
Soins d'orthodontie			
Proportion d'enfants de 6_15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois	19%***	17%***	24%
Recours au gynécologue			
Proportion de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des 12 derniers mois	21%***	22%***	29%
Recours au dépistage			
Proportion de femmes de 50-74 ans ayant effectué une mammographie en secteur libéral au cours des 24 derniers mois	53%***	56%**	62%
Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis en secteur libéral au cours des 24 derniers mois	31%***	32%***	38%

*** différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de 1 %^{***} ; 1% **

Légende : Les communes d'au moins 10 000 habitants sont découpées par l'Insee en Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique), territoires d'environ 2 000 habitants, qui constituent la maille de base en matière de diffusion de données statistiques infracommunales. Les Triris sont des regroupements d'Iris (trois le plus souvent). Selon le découpage géographique qui repose sur 28 territoires qui correspondent à des Triris, les quartier I et II d'étude font partie d'un triris.

*Professionnels de santé

HISTOIRE, GENESE DU PROJET

Pouvez-vous me raconter comment vous avez entendu parler du projet initialement ? Quel a été l'élément déclencheur pour rejoindre le projet ? Qu'est ce qui vous a mobilisé ?

☐ Rencontres, propos ou arguments ? Aviez-vous déjà envisagé d'intégrer une MSP avant d'entendre parler du projet ?

MOTIVATIONS, ATTENTES

Qu'attendez vous de ce projet des MSP ? Quels seraient les projets que vous souhaiteriez mettre en place ?

DYNAMIQUE DE GROUPE, PLURI PROFESSIONNALITE

Avez-vous le sentiment d'appartenir à un groupe ? Avez-vous le sentiment qu'un groupe s'est constitué ? Quels sont les éléments qui vous font dire cela (ou pas ?) Avez vous eu des difficultés à passer d'un travail individuel à un travail collectif ? Ou à respecter le caractère pluriprofessionnel du projet de santé ?

- Médecins : Quel est l'enrichissement pour vous d'être amené à rencontrer des professionnels paramédicaux depuis 1an ?
- Paramédicaux : Percevez vous votre place comme insuffisante dans ce projet en tant que professionnel para médical ?

IDENTIFICATION DES LEVIERS A UN TRAVAIL COLLECTIF

Avez-vous identifié des ressources/ des leviers sur lesquelles vous appuyer pour construire ce projet avec les autres professionnels de santé ?

☐ Sur quoi peut-on construire selon vous ? Quelles sont les manières de travailler qui permettent de construire ?

LEADERSHIP

Comment percevez-vous votre rôle en tant que leader ?

Quelles sont vos craintes actuelles par rapport à ce rôle de leader ?

Comment vous êtes vous retrouvé leader du projet ? Etait-ce votre souhait ? Comment voyez vous du coup votre rôle ? Quelles étaient vos craintes initialement ? Et finalement comment cela se passe til ?

OU Qu'attendez vous du médecin leader ?

CONDITIONS D'ECRITURE DU PROJET DE SANTE

Vous avez eu pour la plupart des difficultés à saisir l'intérêt de l'écriture d'un projet de santé. Qu'est ce qui fait que cela n'était pas forcément « logique » pour vous ? Avez vous finalement perçu l'intérêt d'écrire un projet de santé ?

Que pensez-vous des réunions menées jusqu'ici? (déroulement et animation des réunions) ? Qu'est ce que vous souhaiteriez changer ?

Qu'auriez vous à dire plus généralement sur les conditions d'écriture du projet de santé (le soir, bénévole...) ?

- ☐ Est ce que les conditions dans lesquelles s'effectue ce travail d'écriture (bénévole, le soir, ou le midi, sur du long terme...) constitue selon vous un danger pour mener à bien le projet ?
- ☐ En quoi le décalage de timing avec projet immobilier a-t-il pu être gênant ?

CONTENU DU PROJET DE SANTE

Que pensez-vous du contenu du projet de santé ?

- ☐ Que reste t-il à négocier / préciser selon vous ?
- ☐ A contrario qu'est ce qui vous paraît « solide » (où il existe un accord entre vous) ?
- ☐ Quel est le plus important pour vous dans ce projet de santé ? Et pourquoi ?
- ☐ Qu'est ce qui est moins important mais que vous avez mis pour « faire bien » ?

Sur quoi êtes vous d'accord ? Sur quoi êtes vous en désaccord ou indifférent ?

DEPLACEMENT, AJUSTEMENT, EVOLUTION

Dans votre cheminement, qu'est ce qui a évolué depuis 1 an ?

- ☐ Qu'est ce qui vous a fait évoluer ? (personnes, rencontres, arguments)

POSITIONNEMENT ACTUEL

Aujourd'hui, comment voyez-vous votre place en tant que (nom de la profession)?

COLLABORATION AVEC LA VILLE DE NANTES

Comment vivez vous la collaboration avec la Ville de Nantes ? (place de la ville de Nantes dans ce projet ?) Qu'avez vous compris du rôle de la Mission Santé Publique dans ce projet ? Qu'en attendez vous?

Sur quels points faut il être vigilant selon vous pour que la collaboration se passe « bien » ? Avez vous des craintes par rapport à cette collaboration ?

Si vous aviez des éléments à transmettre / à faire remonter à la Ville de Nantes pour la poursuite du projet, ce serait

DEGRE D'ADHESION

In fine, que pensez-vous de ce projet ? Quel est votre degré d'adhésion à ce projet ?

Quelles sont les conditions qui feraient que vous intégrerez le projet ou pas ?

***Mission santé publique**

AVIS POSITIONNEMENT

Quel est votre avis, que pensez-vous de façon générale de ce projet engagé avec les professionnels de santé ?

Quels aspects de la dynamique des professionnels de santé percevez vous ?

CHEMINEMENT, DEPLACEMENT

Comment avez vous cheminé depuis mai 2015 par rapport aux professionnels de santé ? (prise de conscience etc)

Sur quels points avez vous évolué dans la compréhension du fonctionnement et du point de vue des professionnels de santé par rapport à ce projet ?

- Qu'est ce qui vous a fait évoluer?

IDENTIFICATION DES LEVIERS ET DES RESSOURCES (points de convergence)

Quels sont les leviers/ ressources que vous avez pu identifier pour construire ce projet avec les professionnels de santé ?

- Sur quoi peut on construire avec eux?
- Ou quelles manières de travailler permettent de travailler avec eux?
- Avez vous repéré des points de convergence / des objectifs partagés entre vous?

AVANCEMENT

Qu'est ce qui selon vous avance malgré toutes les contraintes ?

PROJET DE SANTE

Que pensez vous du projet de santé tel qu'élaboré par les professionnels de santé ?

Quel est le plus important pour vous dans ce projet de santé ?

MEDECIN LEADER

Qu'attendez vous du médecin leader ?

DIFFICULTES

Quelles sont les difficultés auxquelles vous vous attendiez et celles auxquelles vous ne vous attendiez pas dans ce travail engagé avec les professionnels de santé ?

POUR LA SUITE

Comment voyez vous le rôle de la Mission Santé Publique (ou du Réseau Local de Santé) pour la suite de ce projet ?

Quels points de vigilance vous donnez vous ? (par rapport aux professionnels de santé ?)

Quelles pistes d'actions émergent de tout ce qui s'est passé avec les professionnels de santé depuis 1 an ?

*** Elus à la santé**

AVIS POSITIONNEMENT

Quel est votre avis, que pensez vous de façon générale de ce projet engagé avec les professionnels de santé ?

FORMAT DE LA MSP vs CENTRE DE SANTE

Par rapport au format de MSP, pourquoi ce format a été retenu plutôt que celui d'un centre de santé ?

Si cela était à la demande de jeunes médecins, seriez vous prêt à mettre en place un centre de santé ?

ENGAGEMENT DE LA VILLE SUR LES THEMATIQUES SANTE

La Ville de Nantes ne s'intéresse pas brutalement à la santé, il existe une cohérence, pouvez vous m'en dire un peu plus ?

CHEMINEMENT, DEPLACEMENT

Quelle évolution, cheminement des PS percevez vous depuis un an ?

PROJET DE SANTE

Que pensez vous du projet de santé en terme de contenu ?

DIFFICULTES

Quelles sont les difficultés auxquelles vous vous attendiez et celles auxquelles vous ne vous attendiez pas ?

POUR LA SUITE

Quels points de vigilance vous donnez vous pour la suite du projet ?

Annexe 3 Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

Caractéristiques des professionnels de santé du groupe I

Profession	Tranche d'âge	Sexe	Compétences particulières	Mode d'exercice	Ancienneté sur le quartier	Parcours professionnel
Médecin généraliste 1	Entre 50-60 ans	Homme	Acupuncture, médecin événementiel, Programmation neuro linguistique, analyse transactionnelle, méditation Diplôme Universtaire de Gynécologie	Médecin collaborateur du médecin 1 depuis 2013	Septembre 1995	A exercé seul pendant 15 ans
Médecin généraliste 2	Entre 30-40 ans	Femme			Depuis 2010	Ancienne remplaçante du médecin 1
Médecin généraliste 3	Entre 50-60 ans	Femme	Homéopathie, mésothérapie, sophrologie, PNL, Process Com, pharmacologie clinique, maître de stage Pharmacologie clinique	En cabinet d'associé puis 2002	Depuis 1986	Participation à des action de prévention sur la région, expérience professionnelle avec Médecin du Monde, membre actif d'un ancien réseau de soin. Membre actif d'un ancien réseau de soin.
Médecin généraliste 4	Entre 40-50 ans	Homme			Depuis 2002	
Médecin généraliste 5	> 60 ans	Homme	NS*	En cabinet d'associé Créneaux quoitidiens de consultation sans RDV.	Depuis 1996	A exercé en maison médicale.
Médecin généraliste 6	Entre 40-50 ans	Femme	Diplôme de Médecine préventive de l'enfance Médecine tropicale	Seule		
Chirurgien dentiste, Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale (S.Q.O.D.F.)	Entre 30-40 ans	Femme	Master 2 Recherche en Ethique Médicale. En cours de thèse de doctorat. Enseignante à l'Université de Nantes	Seule		Anciennement en cabinet d'associé Soins particuliers des patients handicapés
Pharmacien 1	Entre 50-60 ans	Femme	Directeur d'officine Nutrithérapie	Pharmacien titulaire d'officine	Depuis 1999	Exerçait en région parisienne avant d'arriver à Nantes
Pharmacien 2	Entre 50-60 ans	Homme	Directeur d'officine	Pharmacien titulaire	Depuis 1992	Impliqué au Conseil Régional de l'Ordre

			Formation en management	d'officine		des pharmaciens
Pharmacien 3	Entre 50-60 ans	Homme	Préparateur en pharmacie Diplôme Inter Universitaire en orthopédie, phytothérapie, homéopathie	Pharmacien titulaire d'officine	Depuis 2006	Ancien commercial.
Masseur kinésithérapeute 1	> 60 ans	Homme	NS*	A exercé seul pendant 31 ans	Depuis 1986	
Masseur kinésithérapeute 2	Entre 30-40ans	Femme	Diplôme Universitaire de rééquilibrage (équilibre et vertige des personnes âgées) Formation en respiratoire (asthme)	Exerce seule avec un assistant locataire. Exerce uniquement à domicile.		Ancienne associée dans un cabinet de kinésithérapeutes libéral
Sage femme	Entre 40-50 ans	Femme	Diplôme Universitaire de prise en charge des douleur du nouveau né / acupuncture en obstétrique/ gynécologie		Depuis 2011	A exercé pendant plus de 10 ans en milieu hospitalier. Ancienne infirmière.
Infirmière 1	Entre 30-40 ans	Femme	Cancérologie / Diplôme Universitaire de Soins palliatifs	Activité libérale (seule en cabinet)		Anciennement en collaboration
Infirmière 2	Entre 40-50 ans	Femme		Activité libérale		Reconversion professionnelle : a exercé pendant 10 ans en usine.

*NS : Non spécifié

Légende : Les professionnels exerçant ensemble figurent dans une même ligne du tableau.

Caractéristiques des professionnels de santé du groupe II

Profession	Tranche d'âge	Sexe	Compétences particulières	Mode d'exercice	Ancienneté sur le quartier	Parcours professionnel
Médecin généraliste A	Entre 40 -50 ans	Femme	NS*	En cabinet d'associé	Depuis 2002	Exerçait en cabinet médical en région Centre Val de Loire Membre du Département de Médecine Générale
Médecin généraliste B	Entre 30-40 ans	Femme			Depuis 2014	Jeune diplômée Activité bénévole à Médecins du Monde
Médecin généraliste C	Entre 30-40 ans	Femme	Diplôme inter universitaire IRégulation des naissances Et de médecine Préventive de l'enfant	En cabinet d'associé	Depuis 2013	Praticien attaché contractuelle (vacations au centre de planification familiale). Remplacements sur des consultations d'enfants en PMI Ancienne déléguée de promotion (internat)
Médecin généraliste D	Entre 30-40 ans	Femme	Diplôme universitaire de Gynécologie	Remplacement	Quitte le groupe en Septembre 2015	Ancienne remplaçante et collaboratrice du médecin A
Masseur-kinésithérapeute A	Entre 30-40 ans	Femme	Spécialisée en rééducation périnéo sphinctérienne et abdominale hypo-pressive et des enfants	Cabinet d'associés (4membres)	Depuis 2013	Ancienne membre d'un réseau bronchiolite. Membre d'une association prenant en charge les enfants présentant des anomalies de développement ayant une composante motrice.
Kinésithérapeute B	Entre 30-40 ans	Femme	En cours de formation sur les chaînes musculaires		Depuis 2014	Exerçait dans un autre cabinet proche de Nantes
Kinésithérapeute C	Entre 50-60 ans	Homme	NS*		Depuis 1985	Service de garde de kinésithérapie respiratoire (1996-2012)
Infirmière A	Entre 30 -40 ans	Femme	Formation en réflexologie plantaire		Exerce depuis 2009	A exercé en milieu hospitalier de nuit
Pharmacien A	Entre 50- 60 ans	Femme	Directeur d'officine	Pharmacien titulaire	Depuis 1986	Sur le quartier II depuis 30 ans

Annexe 4 La démarche de « Croisement des Savoirs et des Pratiques », menée sur le territoire I

La démarche de croisement des savoirs est issue de la méthodologie employée par ATD Quart Monde. qui se base sur une co-formation croisant les connaissances entre professionnels et personnes en grande difficulté sociale. La coexistence de trois types de savoirs (savoir universitaire, savoir professionnel et savoir issu de l'expérience vécue), permet de construire des solutions pertinentes pour lutter contre la misère⁹¹. La méthode comprend quatre étapes précises : 1) un travail croisé sur les représentations avec d'un côté les professionnels, de l'autre les personnes en difficulté ; 2) une confrontation des représentations ; 3) un travail d'écriture de récits d'expérience ; 4) l'analyse collective de ces récits, à travers plusieurs angles d'approche.

Les ateliers conduits ont permis aux habitants participant de s'exprimer successivement sur plusieurs thématiques:

- *Les représentations de santé, autour des questions suivantes:*
 - « La santé, c'est quoi? »
 - « Comment améliorer sa santé? »
- *La localisation souhaitée de la MSP*, en demandant aux participants de représenter sur une carte du territoire I la localisation souhaitable de l'équipement, en lien avec leurs propres pratiques et usages quotidiens du quartier.
- *Le contenu de la MSP, autour des questions suivantes:*
 - « Quels professionnels: médical et para-médical, institutions, associations, y voir représenter? »
 - « Quels éléments favorables ou défavorables à l'attractivité de la MSP »?
 - « Quelles conditions de cohabitation des services? »
- *L'intégration dans le quartier de la MSP:*
 - « Quelle architecture? »
 - « Quel environnement? ».

Synthèse des premiers résultats issus de la démarche de « Croisement des Savoirs et des Pratiques », menée sur le territoire I (issu du rapport final de l'EIS)

Les critères de localisation d'une MSPP sur le quartier

Deux des quatre groupes santé ont été interrogés sur la question des critères de localisation de la future MSP. Les participants des deux groupes « santé » ont mis en avant, sans différence majeure entre les deux groupes, les points suivants :

- La proximité du domicile des participants, (« près de chez moi! »).
- La proximité d'une station de tramway, mais aussi des places de stationnement pour un accès facile pour tous.
- La proximité d'une pharmacie.

⁹¹ Mouvement ATD Quart Monde. Les plus pauvres interrogent notre système de santé. Journée préparatoire du séminaire santé du Mouvement ATD Quart Monde. 2011. [En ligne] <http://www.atd-quart-monde.fr>

Globalement, l'ensemble des habitants interrogés seraient prêts à se rendre à une MSP située entre 10 à 20 minutes à pied, avec une moyenne de 15 minutes maximales.

Les attentes exprimées pour rendre la MSP attractive

Appelés à s'exprimer sur les éléments favorables ou défavorables à une attractivité de la MSP, qui leur donnerait envie de fréquenter ou pas la MSP, les participants des 4 groupes apportent des réponses globalement homogènes, qui font ressortir les aspects suivants:

- **La qualité de l'accueil** apparaît comme une priorité pour l'ensemble des groupes « adultes », exprimée avec des variations:
 - Un accueil efficace qui permet d'être convenablement conseillé, orienté, avec un service à taille humaine, la MSP ne devant ainsi « pas être un hôpital ».
 - La qualité de l'accueil par l'ensemble des professionnels: efficacité, patience, respect et bienveillance est déterminante.
 - L'attitude bienveillante des différents professionnels présents dans la MSP.
 - La qualité des espaces d'attente (endroit agréable, machine à café...).
- **Parmi les autres éléments d'attractivité, plus secondaires mais régulièrement évoqués, figurent :**
 - La qualité et la compétence des professionnels présents.
 - Les délais d'attente avant une prise en charge.
 - La proximité de la MSP (renvoyant à la question du choix de la localisation déjà abordée).
 - Et la qualité de l'environnement immédiat, la présence d'espaces verts, un extérieur attrayant mais discret.
- **Parmi les éléments qui contribueraient à ne pas leur donner envie de fréquenter la MSP**, on retrouve, exprimés sous un angle négatif cette fois, l'ensemble des points déjà évoqués : mauvais accueil, temps d'attente trop longs, manque de respect de la part des professionnels, éloignement et manque d'accessibilité de la MSP... On peut aussi relever la question des tarifs pratiqués (« dépassements d'honoraires »), et du risque de manque de discrétion.
- **Les éléments d'attractivité le plus régulièrement cités renvoient à une dimension ludique** : présence d'un espace de jeux, d'un espace d'attente agréable, avec par exemple des jouets et des livres ; accès à des activités dédiées aux jeunes, pouvant se dérouler au sein de la MSP ou en dehors (réunion sur le sport, réunion sur la prévention, sorties et spectacles...).
- Parmi les éléments défavorables à l'attractivité, le groupe « jeunes » pointe l'absence de jeux pendant l'attente, un bâtiment ou environnement immédiat pas propre ou sentant mauvais...

Les attentes en termes de services d'accompagnement de la part de la MSP

Les attentes en termes d'environnement immédiat de la future MSP

Interrogés sur la question de l'intégration dans le quartier, les participants ont formulé des recommandations relevant de l'architecture du bâtiment et de son environnement immédiat. Dans le cadre de l'EIS, nous mettons l'accent sur les propositions relevant de l'environnement immédiat:

- La MSP doit être « jolie, déstressante, agréable à vivre et ne pas ressembler à un hôpital ».
- La question des accès faciles au tramway et aux commerces alentour, déjà largement traitée, est évoquée.
- Autour de la MSP, beaucoup d'attentes expriment l'idée d'avoir un espace vert immédiatement accessible :
 - « un parc accessible à tous (handicapés, enfants, personnes âgées »), avec des éléments décoratifs et des espaces jeux pour les enfants, des zones réservées pour l'art, les discussions... ». Est aussi évoqué un « environnement verdoyant avec des

fleurs et des arbres », les espaces de détente et fonctionnels doivent être bien délimités avec des allées pratiques pour y circuler.

- De la verdure, des arbres,
- Du matériel urbain : bancs, tables à pique-nique, éclairages, jeux... pour en faire un espace de vie utilisable par tous.
- Il est proposé une clôture et une surveillance pour éviter les dégâts par les motos, pour protéger le matériel et les dossiers médicaux (idée d'un « portail sécurisé le soir et la nuit et une sonnette pour accès nocturne »).
- Enfin, il est aussi proposé que les habitants puissent participer à la mise en place de certains éléments.

Annexe 5 L'Etude Impact Santé (EIS) menée sur le quartier I

Démarche émergente en France, ce projet, était inscrit dans l'axe « Santé environnementale » du Contrat Local de Santé signé entre la Ville de Nantes, Nantes Métropole, l'Agence Régionale de Santé et la Préfecture. Elle a été confiée à un cabinet de consultant pour la réalisation d'une EIS dite intermédiaire (en opposition à rapide ou approfondie) d'une durée prévue pour six mois.

Issue du Consensus de Göteborg en 1999, l'EIS est définie de la manière suivante:

« Une combinaison de procédures, méthodes et outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ». Un document édité par l'INPES en 2015 ayant pour ambition de favoriser le développement de la pratique de l'évaluation d'impacts sur la santé (EIS), explique plus amplement que l'EIS est définie comme étant « une démarche qui permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et sur la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la composent. Elle vise à anticiper les effets positifs et négatifs d'une politique, d'un programme ou d'un projet dans une démarche de promotion de la santé incluant la réduction des inégalités de santé. Elle propose des recommandations aux décideurs pour l'amélioration des conditions d'environnements de vie tout en leur permettant d'atteindre leurs objectifs. Elle vise donc à éclairer la décision publique pour éviter les répercussions négatives sur la santé et maximiser les effets potentiellement positifs. L'EIS est une démarche prospective en soutien au processus décisionnel, en amont de la décision. Elle n'entrave pas le déroulement du projet ou de la politique mais doit intervenir suffisamment tôt pour permettre de l'enrichir. Une EIS n'est pas une évaluation d'une politique ou d'un projet déjà mis en œuvre ou uniquement une modélisation quantitative; ni uniquement une analyse de risques » .

L'EIS s'échelonne en cinq étapes principales : la sélection (opportunité ou non de réaliser une EIS), le cadrage (définition du périmètre, de la méthode), l'évaluation des impacts, la production de recommandations, et le suivi des recommandations. La phase de cadrage a été réalisée par une étudiante en stage à la Mission Santé Publique dans le cadre d'un master spécialisé à l'EHESP en analysant la plus-value ou non de la démarche de l'EIS pour mieux comprendre le phénomène des inégalités de santé et être en meilleure capacité d'y répondre.

Les analyses et recommandations issues de l'EIS sont présentées dans le rapport final édité par le cabinet de consultant en juillet 2016. La méthodologie employée mobilisait un atelier permanent du projet de renouvellement urbain (une réunion entière a été dédiée à l'EIS en avril 2016) ainsi qu'un atelier partenarial composé d'un noyau dur d'une dizaine de participants. L'atelier partenarial s'est mobilisé sur 3 séances (premier temps de travail sur le cadrage thématique de l'EIS, deux séances sur les effets attendus en terme de santé et bien être des habitants de l'intégration d'une MSP dans le projet de renouvellement urbain, et dernière séance pour que les participants émettent leurs propres pistes de recommandation, issus des travaux précédents). Une exploration des données probantes a

été menée par la suite sur six axes de recherches ciblés pour appuyer et compléter les pistes de réflexion qui ont émergé des débats. A partir de ces différents apports, l'évaluateur a pu formuler des recommandations autour de six axes (cf. encadré ci-dessous).

Les recommandations issues de l'EIS menée de Janvier à Juin 2016

Intégrer pour favoriser l'attractivité et la valorisation de la MSP, notamment en visant une mixité sociale des usagers

- Développer et pérenniser une offre attractive pour les praticiens partie prenante de la MSP (conditions financières d'accès aux locaux ; qualité des conditions d'exercice dans les locaux ; garantie d'une sécurisation de l'accès à la MSP (places de stationnement sécurisées, accès séparé...).
- Attirer différents publics d'usagers, pas uniquement les profils de ménages les plus précarisés :
- Valoriser par la qualité du bâtiment MSP et son environnement immédiat (qualité esthétique globale du bâtiment, exemplarité de la MSP sur les matériaux utilisés, le traitement des déchets, la circulation de l'air, bâtiment à énergie positive, façades "vertes"...; Qualité des aménagements et de l'entretien des abords immédiats, ainsi que des cheminements-clefs vers MSP : aménagement conçu pour prévenir des dégradations...)
- Aménager l'espace extérieur de proximité pour différents besoins (un espace vert à côté pour attendre les rendez-vous avec bancs, permettre aux enfants de jouer, cadre relaxant...).

Lutter contre le contrôle social, assurer la confidentialité des usagers de la MSP

- Entrée de la MSP donnant accès à des activités diversifiées (complémentaires en termes de prévention et/ou complètement différentes, espace événementiel / culturel, garde d'enfants) :
- Orientation de l'entrée « usagers » sur l'extérieur du quartier et/ou des rues fréquentées (à définir en fonction de la localisation précise finale).

Rendre lisible, agréable et sécurisée l'accessibilité à la MSP

- Sécurisation de l'entrée pour les professionnels (entrée séparée avec contrôle d'accès, stationnement sécurisé au sein du bâtiment...)
- Sécurisation de l'entrée pour les usagers (offre de stationnement sécurisée)
- Importance du chemin entre l'arrêt de tramway et l'entrée de la MSP: (signalétique, lisibilité et éclairage du trajet)
- Réfléchir à un réseau d'accessibilité pour les piétons et en circulations douces, en lien avec le développement de la trame verte, dans un rayon de 10 à 15 minutes autour de la MSP, y compris pour les mal voyants et personnes à mobilité réduite
- Accessibilité sociale (traductions, médiation sanitaire, accompagnement au sein de la MSP, aide à la compréhension des données administratives...)

Assurer la diffusion territoriale d'activités « santé et bien-être » sur le quartier à partir de la MSP

- Conception de la MSP comme lieu de ressources sur les activités santé et bien-être, y compris en orientant vers des professionnels de santé situé à l'extérieur du quartier; et lieu de promotion des activités physique sur le quartier, notamment pour les seniors.
- Création, à proximité de la MSP et avec indications signalétiques, de plusieurs parcours (parcours santé sportif sur la trame verte, parcours "nutrition" (tables gourmandes, jardins communautaires...))
- Encourager et développer des projets d'agriculture urbaine dans le quartier, par et pour les habitants (jardins collectifs intégrés à la trame verte : jardin sur balcon pour le

particulier, lieu de production sur toiture...)

Enclencher une dynamique partenariale territoriale : une MSP en réseau avec les autres équipements, services du secteur

Espace d'accueil et d'animation permettant des expositions et des événements portés par des acteurs extérieurs à la MSP...

Permanences d'associations sur différents sujets de santé publique

Faciliter l'accessibilité, depuis la MSP, aux autres services et équipements situés à proximité

- Lieu rendant la vie facile pour d'autres activités (offre de garde d'enfants temporaire pendant une consultation ...)
- Information et communication croisée entre la MSP et les autres équipements du quartier contribuant à la santé au sens large (par exemple : offres sportives, jardins ouvriers...)
- Coordination des acteurs locaux impliqués dans le repérage et le soutien aux personnes en souffrance psychique (bailleurs sociaux, services sociaux, gardiens...).
- Intervention d'acteurs associatifs pour la médiation sanitaire (problème de compréhension, maîtrise de la langue et du système de santé...)

Développer l'implication et la participation des habitants dans le projet MSP:

- Implication des usagers et des habitants dans les instances de pilotage de la MSP : par exemple, mise en place d'un « Comité des Usagers » amené à participer une fois par an à une réunion avec la collectivité et les professionnels impliqués dans la MSP :
- Développement d'actions sous l'égide la MSP favorisant le « vivre ensemble » entre les habitants (par exemple : ateliers-actions sur les nuisances de voisinage, le bruit de proximité au sein des immeubles....).
- Conduite régulière de diagnostics en marchant « santé/ bien-être » sur le quartier, associant des habitants volontaires, portés par la MSP.

Annexe 6 Avis de l'Atelier Citoyen (territoire II)

Dans le cadre de cet Atelier citoyen les participants ont été amenés à débattre autour des questionnements suivants :

- Qu'est ce qu'une maison de santé de quartier pour tous ?
- Demain, que trouvera-t-on, que fera-t-on dans la maison de santé?
- Quelle pourrait-être la place de chacun dans ce futur équipement?

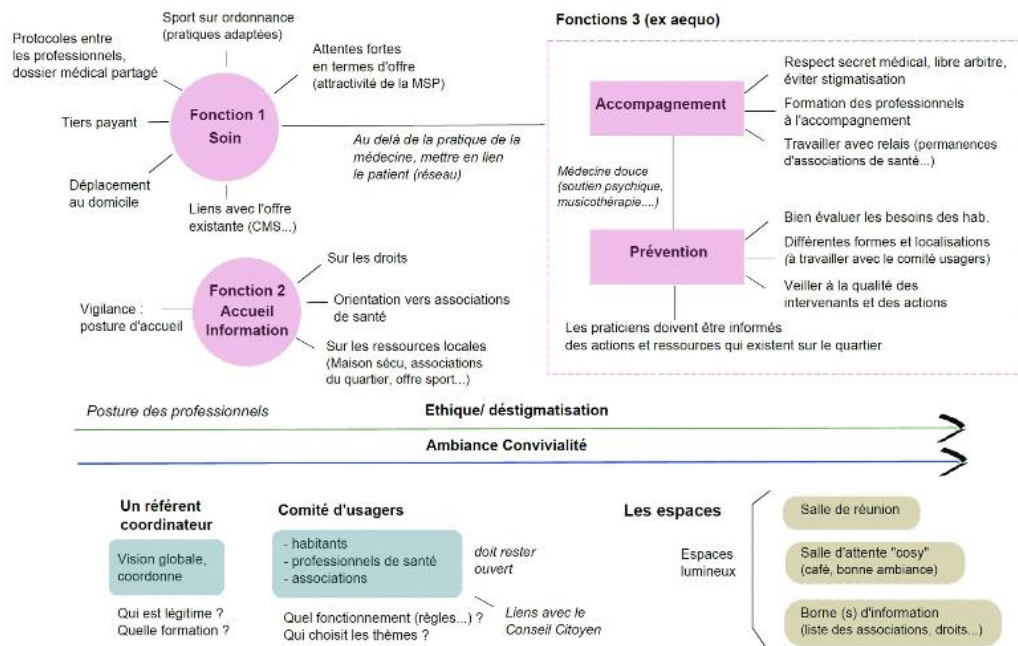
Vingt-cinq personnes ont participé à l'atelier citoyen sur la Maison de santé (A noter qu'un tiers d'entre elles avaient un engagement associatif bénévole en lien avec la santé (don du sang, association des usagers du CHU, Aides...). Les membres de l'atelier citoyen se sont réunis trois samedis matin pour échanger autour des questionnements posés par la collectivité. Une visite à la maison de santé d'Angers a été organisée le 22 avril avec une treize membres de l'atelier pour approfondir les missions possibles de l'équipement et observer comment les usagers et les professionnels de santé collaborent au quotidien.

L'avis citoyen a été donné le 18 Juin 2016, et 80 personnes dont des soignants du quartier II, des habitants du quartier intéressés, et les associations de proximité ont pu entendre et enrichir les préconisations de l'atelier.

Une grande partie des professionnels du groupe II étaient présent lors du lancement de l'Atelier Citoyen en décembre 2015 et lors de la restitution de l'Avis Citoyen aux élus en juin 2016.

Les ateliers conduits ont permis aux habitants participant de s'exprimer successivement sur plusieurs thématiques :

Des fonctions, des acteurs, des principes transversaux, des espaces



Annexe 7 Les 2 projet de santés du quartier I et II

Remarque : Certains éléments des projets de santé ont volontairement été retirés pour éviter une identification des structures et préserver l'anonymat des professionnels de santé. Le contenu de chacun des projets de santé a été respecté.

Projet de santé

Maison de santé pluriprofessionnelle quartier I

Abréviations utilisées

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CATS : Comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours

ARS : Agence Régionale de Santé

PEC : Prise en charge

FdR : Facteurs de Risque

IDE : Infirmiers Diplômés d'État

ETP : Education Thérapeutique du Patient

NB : L'emploi du « nous » dans l'écriture de ce projet de santé renvoie à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le projet de santé (incluant à la fois le corps médical et paramédical).

I. Contexte

Suite à la première réunion d'information concernant le projet de construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur le territoire I qui a eu lieu le 24 Juin 2014 dernier, un noyau de professionnels de santé libéraux intéressés par la démarche s'est peu à peu constitué autour du médecin 1, qui a pris connaissance du projet de construction d'une MSP sur le quartier. Nous nous articulons donc à une volonté politique de la Ville de Nantes d'implanter une maison de santé pluriprofessionnelle au cours du mandat (2014-2020) dans le quartier I, plus particulièrement dans le cadre d'une démarche globale de renouvellement urbain à l'échelle du quartier I (Projet I).

Nous exerçons pour la plupart d'entre nous de longue date sur le quartier I, quartier inscrit depuis 20 ans comme prioritaire au titre de la Politique de la Ville, et y sommes attachés. Le projet de maison de santé pluriprofessionnelle nous mobilise ainsi à plusieurs titres.

Ce projet nous semble être en premier lieu un moyen de rendre le quartier plus attractif pour les jeunes professionnels qui aspirent à un nouveau mode d'exercice. Ces derniers ne souhaitent en effet plus travailler dans des conditions alliant de fortes amplitudes horaires et un isolement des pratiques qui ne correspond plus à leur modalité de formation initiale. Le projet des maisons de santé pluriprofessionnelle pourrait donc être un moyen de proposer un nouveau mode d'exercice professionnel. Par le même processus, l'arrivée de nouveaux confrères permettrait soulager l'activité lourde et dense de consultations qui peut actuellement atteindre 50 patients par jour. Il nous est actuellement difficile de trouver des successeurs suite aux départs en retraite quasi simultané de 3 généralistes du quartier qui captaient une proportion importante de la population. Les médecins du quartier choisis par les habitants sont actuellement saturés et ne prennent plus de nouveaux patients, ce qui oblige les nouveaux arrivants à trouver un médecin plus loin hors du quartier. Ceci représente un frein à l'accès aux médecins objectivé par l'étude réalisée par l'ORS sur le recours aux soins. La MSP serait donc l'occasion de pérenniser notre goût pour le travail sur le quartier et d'attirer les jeunes générations de médecins dont l'ambition professionnelle correspond à ce projet.

Nous percevons aussi que la future maison de santé pluriprofessionnelle permettrait de pratiquer de façon plus collaborative entre nous en facilitant la communication entre différents professionnels qui pratiquaient jusqu'ici de façon isolée. La MSP serait en ce sens un bon moyen de contrer la sensation de solitude que nous pouvons parfois ressentir dans nos pratiques en tant que professionnels de santé libéraux, face à une population ayant un état de santé plus dégradé que la moyenne des Nantais. D'autres arguments d'ordre organisationnels ne sont pas non plus négligeables puisque la future MSP facilitera sans doute l'organisation des remplacements et permettra d'instaurer une meilleure permanence et continuité des soins sur le quartier.

Nous pensons aussi que l'exercice dans une MSP permettrait d'aborder des thématiques nouvelles au regard de nos pratiques actuelles, comme celle du médico-social ou de la prévention. A ce titre, nous

bénéficions de l'appui de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes pour faciliter le développement des liens avec les acteurs associatifs du quartier, pour enrichir le volet « prévention » de notre projet de santé.

Nous ne sommes pas non plus sans éprouver quelques craintes et inquiétudes à intégrer une MSP. La crainte de perdre notre autonomie d'exercice, ou encore des inquiétudes autour de la gestion administrative, ou bien des interrogations concernant les coûts que peuvent engendrer une telle structure ou celle de sa localisation resurgissent fréquemment dans nos discussions.

Nous nous sommes néanmoins lancés dans l'aventure de la pluriprofessionnalité, dans un premier temps autour de la rédaction du projet de santé de la future MSP, que nous avons voulu le plus possible adapté à la réalité de nos pratiques sur le quartier I. Celui-ci reste bien entendu évolutif, mais le projet de santé ci dessous reflète l'état actuel de nos réflexions à la date de début Janvier 2016.

II. Le diagnostic santé du territoire

Un ensemble de trois études vient étayer le diagnostic territorial de santé du territoire I, qui compte aujourd'hui près de 20 000 habitants répartis entre la Ville de Nantes et de Saint Herblain. Il s'agit :

- d'une étude visant à montrer une vue d'ensemble de **l'état de santé** des habitants du quartier, réalisée en X par l'ORS Pays de la Loire, l'Assurance Maladie, et la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, qui mesure notamment certains indicateurs de recours aux soins à l'échelle des territoires.

- de l'étude diagnostique concernant la **démographie médicale** sur le territoire I réalisée par l'ORS Pays de la Loire en 2014.

- de l'étude sur les **freins à l'accès aux soins** au sein du quartier I de Nantes, réalisée à la demande de la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes.

- Les indicateurs de santé établis par la Mission Santé Publique dans le cadre de la **démarche d'Observation de la santé des enfants scolarisés** de Septembre 2009 à Juillet 2014.

a) L'étude sur l'état de la santé des habitants du quartier

Cette étude, menée sur la période du 01/07/2012 au 30/06/2013, met en avant d'importantes inégalités de santé entre les nantais résidant dans les quartiers défavorisés de la Ville, tel que celui du quartier I par rapport au reste de la ville.

VUE D'ENSEMBLE DE L' ETAT DE SANTE DES HABITANTS DU QUARTIER I

Mortalité prématurée : de fortes disparités par rapport à la moyenne nantaise

On observe sur le quartier I une surmortalité prématurée (avant 65 ans) supérieure de 60% à la moyenne nantaise. Cet excédent de décès concerne quasi exclusivement des hommes, qui connaissent une mortalité prématurée supérieure de 15 % à la moyenne nationale.

Des maladies chroniques fréquentes

Le taux de personnes en affection longue durée (ALD) est plus élevé parmi les habitants du quartier I par rapport à la moyenne de la métropole nantaise (16 % contre 14 %).

Maladies cardio-vasculaire et diabète

Les bilans de santé réalisés par la mission Santé Publique de Septembre 2009 à Juillet 2014 dans le cadre de la démarche d'Observation de la santé des enfants scolarisés montrent que sur le quartier I le taux des enfants en surpoids est significativement supérieur à la moyenne nantaise (22 % contre 13 %).

Le rapport de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS)⁹² rejoint ce constat en montrant que les résidents des ZUS sont plus fréquemment en surpoids (+6,3 points par rapport aux autres quartiers) ou obèses (+3,1point).

COUVERTURE MALADIE : des disparités de recours aux soins

On note une proportion brute de bénéficiaires de la **couverture maladie universelle complémentaire CMU-C** parmi les moins de 65 ans plus élevée dans les quartiers I par rapport à la métropole nantaise (25% contre 13 %).

Le taux de destinataires d'une **attestation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** y est aussi en moyenne plus élevée (5 % contre 2,1 %).

RECOURS AUX SOINS

82% des habitants du quartier âgés de plus de 16 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un généraliste libéral, soit une moyenne proche de celle de l'agglomération nantaise. Cependant on note un recours plus fréquent que la moyenne de la Métropole aux généralistes **en dehors des horaires d'ouverture des cabinets** (20h-minuit et de 6h à 8h) particulièrement pour les consultations des moins de 16 ans (15% contre 9% à Nantes métropole).

⁹²

http://publications.onzus.fr/rapport_2014

Le tableau ci-dessous situe le recours aux soins sur le quartier I par rapport à la moyenne de la métropole nantaise.

Soins de médecine générale	Quartier I	Nantes métropole
Proportion d'habitants de plus de 16 ans ayant eu au moins un recours dans l'année à un généraliste	82 %	79 %
Recours aux généralistes en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (20h-00h ; 6h-20h)	8,1 %	5,7 %
Soins dentaires		
Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste libéral au cours des 12 derniers mois	29 %	36 %
Taux d'élèves de CE2 ayant « au moins deux caries non soignées »	9 %	6 %
Recours à l'ophtalmologiste un peu plus faible que la moyenne de l'agglomération		
Proportion standardisée de personnes ayant consulté un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois	35 %	39 %
Recours des 6-10 ans aux soins d'orthophonie proche de la moyenne d'agglomération		
Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste libéral au cours des 12 derniers mois	15 %	16 %
Recours au gynécologue		
Proportion standardisée de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des 12 derniers mois	22 %	29 %
Recours au dépistage		
Proportion brute de femmes de 50-74 ans ayant effectué une mammographie en secteur libéral au cours des 24 derniers mois	54 %	62 %
Taux de participation du cancer du col de l'utérus	31 %	38 %

Données spécifiques au recours aux soins sur le quartier I par rapport à la moyenne de la métropole nantaise

b) Eléments de diagnostic concernant la démographie médicale sur le territoire I

L'offre de soins sur le territoire I (2014)

18 médecins généralistes libéraux sont installés sur le territoire I, il s'agit d'une densité inférieure à la moyenne de la métropole (71/100 000 habitants contre 93/100 000 habitants pour Nantes métropole). Parmi les 18 médecins, 3 sont à mode d'exercice particulier (2 acupuncteurs et 1 allergologue) et tous exercent en secteur I sauf un des médecins.

Autres professionnels de santé libéraux de premier recours

En ce qui concerne les autres professionnels de santé libéraux de premier recours, on compte :

- ☐ 6 pharmacies. Il existe 1 officine pour 3500 habitants dans le quartier I contre 1 pour 2800 en ce qui concerne la métropole nantaise.
- ☐ 4 IDE et un centre de soins infirmiers
- ☐ 20 masseurs kinésithérapeutes
- ☐ 8 dentistes (densité : 38/100 000 habitantsVS 75 pour Nantes métropole)

L'offre libérale de soins « spécialisées » sur le territoire élargi I

Elle comprend :

- ☐ Médecins spécialistes : 1 cardiologue, 1 gynécologue médical, 5 pédiatres (2 en secteur 1), 2 dermatologues (1 en secteur 1), 1 ophtalmologiste, 1 stomatologue.
- ☐ 2 laboratoires d'analyse médicale
- ☐ 8 orthophonistes
- ☐ 1 pédicure podologue
- ☐ 1 psychologue

c) Enquête sur les freins à l'accès aux soins sur le quartier I

Sur la période de mai 2012 à février 2013, 671 personnes ont été enquêtées soit 248 professionnels de santé / 423 habitants, afin d'identifier et mieux comprendre les freins à l'accès aux soins des habitants du quartier I.

Le report ou le renoncement aux soins semble toucher tous les types de soins. L'étude montre néanmoins que l'absence de complémentaire santé augmente le non recours et notamment pour les 3 catégories suivantes :

- 1) l'ensemble du secteur dentaire (soins et prothèses),
- 2) les médicaments non remboursables mais aussi les médicaments remboursables,
- 3) l'optique, les consultations médicales généralistes et les consultations médicales spécialistes.

Ont été plus particulièrement identifiés comme facteurs de risques et d'inégalité les freins financiers, l'absence de complémentaire santé, et le sentiment de honte à solliciter l'aide d'un travailleur social chez des personnes qui sont en plus très éloignées de la prévention avec un état de santé nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

En effet, 68% des personnes interrogées ont dit reporter ou renoncer aux soins pour des problèmes d'argent. Viennent ensuite, la peur des résultats pour 20% des raisons invoquées, et les problèmes de langue pour 10%. Se surajoutent à ces difficultés, un droit complexe et mal connu, des effets de seuils et des ruptures de droits à chaque date de renouvellement des dossiers de CMU-C par exemple, et à chaque changement de situation de la personne. Cette réalité impacte directement la perception et le rapport à la santé et à la maladie des habitants. Ces derniers considèrent que la santé est importante mais qu'elle n'est pas une priorité en comparaison avec les difficultés de la vie quotidienne. Toutefois face à ces obstacles, l'étude a démontré une dynamique très positive sur le quartier I, grâce à des professionnels qui s'adaptent, s'interrogent sur l'avenir, et grâce à des habitants et des associations dynamiques et pleins d'idées.

II. Etude faisabilité et d'opportunité

Une étude de faisabilité a été réalisée, avec la collaboration de l'ARS des Pays de la Loire, les URPS et du CATS. La réalisation de celle-ci est en effet propre à la démarche recommandée dans l'élaboration des maisons de santé pluriprofessionnelles au niveau national. Celle-ci visait entre autre à analyser les points de convergence et de divergence concernant des propositions communes dans le cadre du projet de santé et de mettre en lumière les forces et les faiblesses concernant l'intérêt d'un regroupement.

Parmi les 26 répondants à l'enquête à la date du Juin 2015 (comprenant 4 médecins généralistes ; 1 médecin spécialiste ; 1 infirmier ; 4 Masseurs Kiné ; 3 chirurgiens dentistes ; 3 Pharmaciens ; 1 orthophoniste ; 1 orthoptiste ; 2 sages femmes ; 1 biologiste), 12 professionnels se voient potentiellement intégrer la Maison de santé :

*7 professionnels au sein de la maison ou pour y faire des vacations (3 médecins, 2 Kinés, 2 pharmaciens) ,

*5 professionnels pour y faire des vacations (2 dentistes, 1 infirmier, 1 sage femme, 1 orthoptiste)

A la date du X, les professionnels intéressés sont : (ce tableau n'a pas valeur d'engagement mais a l'avantage de montrer les intentions de chacun, dans l'attente d'avoir de plus amples renseignements notamment sur la localisation de la future MSP) (tableau retiré)

III. Création d'association loi 1901 « MSP I »

Une association type loi 1901 a été créée lors d'une assemblée générale constitutive le X Juin 2015. La déclaration à la préfecture de Loire Atlantique a été réalisée et l'association apparaît officiellement au journal officiel de la République Française depuis X (cf annexe). L'association compte à la date du 22 Décembre 2015 24 adhérents dont : 6 médecins généralistes, 1 médecin biologiste, 1 orthodontiste , 1 chirurgien dentiste, 4 infirmiers, 5 pharmaciens, 1 sage femme, 2 kinésithérapeutes , 2 orthoptistes, 1 orthophoniste. Le bureau de l'association est constitué de la façon suivante :

Président	Médecin 1
Vice président	Kinésithérapeute1
Trésorier	Médecin généraliste 3
Secrétaire principal	Pharmacie 3
Secrétaires adjoints	Médecin 2, 3 et 6 Sage femme Ostéopathe
Siège social	Cabinet du médecin 1

L'association est créée pour la durée de l'élaboration du projet et pourra perdurer une fois les structures ouvertes mais ne constituera pas la forme juridique du regroupement

IV. Méthdologie d'écriture du projet de santé

Dans l'optique de rédiger le projet de santé, des réunions collectives ont été organisées au rythme d'une rencontre mensuelle depuis le mois de Juin 2015. La synthèse de ces réflexions a été réalisée par une interne de santé publique, en stage à la mission santé publique de la mairie de Nantes. Un compte-rendu était diffusé systématiquement aux membres et adhérents de l'association.

- 23 Juin : Assemblée générale constitutive de l'association, « MSP I»
- 1^{er} Septembre : Rencontre avec la direction départementale et régionale de l'ARS pour préciser le contenu attendu du projet de santé.
- 12 Octobre : Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique « Améliorer la communication entre professionnels de santé ».
- 30 Novembre : Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique du médico-social.
- 14 Décembre : Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique du diabète et de l'obésité ainsi que de la santé mentale et de l'accompagnement parental et de l'enfant.

V. Projet professionnel

Organisation des lieux d'exercice

Le projet actuel prend plutôt la forme d'une MSP multi sites, privilégiant différents modes d'exercice et permettant notamment la réalisation d'éventuelle vacation pour les médecins généralistes qui souhaiteraient garder leurs locaux.

Gestion du personnel

Le nombre de professionnels de santé à envisager dans les 5 ans à venir est une réelle préoccupation pour nous en tant que professionnels de santé. Nous avons conscience du fait que la MSP est le mode d'exercice d'avenir pour les nouveaux diplômés, et souhaiterions prévoir à l'avance les locaux pouvant accueillir les nouveaux professionnels intéressés par la démarche.

Modalités d'intégration des nouveaux médecins intéressés

Une des modalités d'intégration des jeunes médecins intéressés à laquelle nous avons pensé, serait de réaliser tour à tour des remplacements de chacun des médecins généralistes engagés dans la MSP, ce qui permettrait au futur postulant de s'imprégner des différentes pratiques des médecins.

VI. Permanence et continuité des soins

Le tableau ci-dessous (Tableau I) présente la permanence des soins assurée actuellement par les médecins. On peut y voir notamment que le médecin 3 consulte dès 8h le lundi matin et que le médecin 5 fonctionne sans RDV notamment les après midis. 5 médecins/6 consultent déjà le samedi matin.

En ce qui concerne l'organisation de la permanence et de la continuité des soins, tous les scénarios sont possibles à condition que la charge de travail soit répartie équitablement entre tous. Il n'existe pas encore de consensus à l'heure actuelle entre médecins, mais le débat est engagé, sur la base notamment de l'expérience du médecin 5 en maison médicale.

Permanence des soins

En tant que médecins, nous restons très conscients du fait que dans l'état actuel du nombre de médecins engagés dans le projet de la MSP, la permanence des soins sera raisonnablement difficile à assurer en l'état. La patientèle du quartier serait donc soignée en priorité. La permanence des soins ne se fera donc pas sans l'ambition affichée de recruter 2 ou 3 médecins supplémentaires à temps complet. De la même façon, notre activité étant déjà saturée, la nécessité qu'il y ait des remplaçants nous semble primordiale.

Gestion des consultations non programmées

L'expérience en maison médicale du médecin 5 semble la plus pertinente pour le moment, bien qu'elle nécessite encore un consensus commun (quelques créneaux par semaine étaient réservés à l'accueil des soins non programmés). L'organisation se fera entre médecins pour permettre ces créneaux.

Continuité des soins

Bien que des créneaux soient réservés pour l'accueil spécifique des urgences dans nos planning de médecins, nous n'effectuons plus de garde depuis 2003, et la permanence des soins est assurée à 80 % par SOS médecins (très peu de patients consultent au Centre d'Accueil et de Permanence des Soins). Nous serions plutôt partant pour gérer en priorité nos propres patients en tant que médecins référents (sauf bien entendu en cas d'urgence vitale). Nous pensons que les secrétaires doivent être formés à la régulation des urgences, et chaque médecin devrait dans l'idéal garder quelques créneaux supplémentaires pour l'accueil des urgences au sein de la MSP (sans visite à domicile).

Prise en charge des petites urgences

Un lieu de soins primaires (en cas de nécessité de sutures, brûlures ou chute...) nous semble nécessaire dans une structure telle que la MSP.

Secrétariat

Le Cabinet des médecins 1 et 2 dispose actuellement d'un secrétariat téléphonique (qui prend les RDV, scanne les courriers, ainsi que les biologies) et un secrétariat sur place quand le secrétariat téléphonique n'est pas assuré. Ils sont dotés de la messagerie médicale électronique sécurisée Apicrypt

(payant) qui permet de centraliser les courriers au sein d'un dossier informatisé. **Le cabinet du médecin 3 et 4** dispose d'une secrétaire à plein temps jusqu'à 19h. Ils continuent de recevoir les courriers papiers, mais la secrétaire scanne tout pour informatiser ces informations (biologie et courrier). **Le médecin 5** fonctionne par choix et habitude, sans secrétariat, ce qui a l'avantage pour lui de pouvoir juger de l'urgence d'une situation, connaissant ses propres patients. **Le médecin 6** ne dispose pas non plus de secrétariat actuellement par choix.

Pour une première étape, tant qu'il n'y a pas de fonctionnement effectif au sein d'une maison de santé, il nous semble plus raisonnable de garder chacun notre propre fonctionnement. Dans une deuxième phase, lorsqu'un travail collectif dans un même lieu sera rendu possible, la mutualisation du secrétariat s'avérera probablement nécessaire entre médecins. Le financement de ce secrétariat commun (qui ? à hauteur de combien ?) est en cours de discussion.

Accueil

Il nous paraît important qu'il y ait une présence d'un agent d'accueil au sein de la MSP, distinct du travail classique d'une secrétaire de prise de RDV, afin de pouvoir orienter les patients

Tableau I : Permanence des soins actuelle assurée par les médecins (retiré)

VII. Projet de santé

Les priorités de santé que nous percevons au regard des données de l'Observation de la santé des Nantais sur le quartier I et de nos pratiques sont :

- La prise en charge des facteurs de risques cardio vasculaires, et plus particulièrement le diabète et l'obésité,
- La prise en charge des problématiques de malnutrition,
- Le maintien des personnes âgées à domicile,
- La prise en charge des addictions (et plus particulièrement le suivi patients toxicomanes),
- La santé des femmes (incluant les problématiques de violence conjugale),
- L'accompagnement à la parentalité (ou guidance parentale),
- La santé mentale,
- La prise en charge des lombalgies chroniques.

Nous avons choisi dans un premier temps de traiter et d'approfondir prioritairement trois thématiques : la première celle de la prise en charge des facteurs de risques cardio vasculaires (plus particulièrement du diabète et de l'obésité), la deuxième celle de la santé mentale et de l'accompagnement parental et la troisième de l'accès aux soins et aux droits.

Coopération interne

Difficultés et besoins actuels en terme de coopération entre les différents professionnels de santé

Il existe en effet plusieurs limites concernant les différents moyens actuels de communication.

Pour les **médecins** il s'agit du fait que nous ne nous voyons pas assez. Les occasions de nous côtoyer sont rares. Les modalités de partage d'information actuels oscillent entre des moyens « écrits » passant par des **courriers, ou des ordonnances** que nous essayons de rendre au maximum exhaustifs afin de maximiser l'échange d'information ou bien par des moyens plus indirects de communication comme par le biais des **formations médicales continues, des entrevues informelles** (pauses café, entre 2 consultations...) ou bien par l'intermédiaire du **patient** lui-même, avec le risque que le message soit déformé. Ainsi, beaucoup d'entre nous ressentent le besoin de se voir davantage entre médecin du même cabinet mais également entre médecins de quartier pour parler collégialement des patients sur des temps de travail dynamiques et productifs. Actuellement, le manque de temps et l'absence de timing adapté pour échanger autour des patients n'est pas satisfaisant et certains d'entre nous souhaiteraient prendre davantage le temps de contacter les autres professionnels.

Les **kinésithérapeutes** font également remonter le besoin de retour et d'échange avec d'autres professionnels notamment médicaux. Le fait d'être rarement en possession des antécédents des patients est également signalé (ce à quoi sont d'accord les médecins).

Les infirmiers font remonter de façon similaire le manque d'accès aux données médicales, et aux résultats biologiques. Des délais longs entre le retour à domicile et la réception des comptes rendus d'hospitalisation sont signalés par l'IDE 1. Un autre problème signalé est aussi celui du lexique utilisé entre les différents professionnels.

En ce qui concerne les **pharmaciens**, ils font remonter le besoin de contacts directs avec les médecins et les IDE même après fermeture des secrétariats. Ces derniers sont également en demande d'une plus grande précision quant au matériel prescrit (ordonnance vague parfois avec une indication peu claire)

Nécessité d'avoir Système d'information partagé

Globalement, il existe une attente commune d'avoir davantage de liens avec les différentes professions. Nous exprimons unanimement le besoin d'avoir un **système informatique commun partagé**, qui aurait l'avantage d'être sécurisé, que les professionnels exerçant notamment au domicile des patients pourraient consulter « de n'importe où » et qui puisse intégrer les différents examens (par exemple échographie, monitoring pour les sages femmes). Une fois le projet de santé validé, nous comptons sur l'assistance à la maîtrise d'ouvrage proposée par le GCS e-santé, en lien avec l'ARS des Pays de la Loire, pour préciser le projet d'informatisation.

Etape intermédiaire

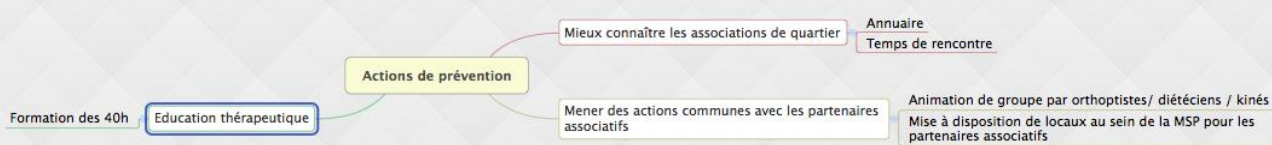
Dans l'attente de la mise en place de ce système d'information partagé, nous avons convenu :

- * de nous retrouver de façon pluriprofessionnelle 1 fois par mois, sur un créneau horaire qui convienne au maximum de professionnels concernés, pour faciliter la communication entre les différents acteurs (transmission d'information, échange de pratique)⁹³ ;
- * de mettre en place un dossier patient « de liaison » (gardé par le patient) dans lequel on trouverait les différentes coordonnées des intervenants, leurs rôles auprès du patient, les ordonnances des traitements en cours...;
- * de créer un annuaire de « contacts d'urgence » confidentiel (09) et un annuaire téléphonique commun figurant également les différentes adresses mail ;
- * de nous transmettre les antécédents majeurs des patients à la demande.

Nous pensons que ces différents moyens favoriseront une connaissance mutuelle entre professionnels avant la mise en place de la future MSP. Ainsi, nous sommes convaincus du fait que la future MSP permettra d'améliorer la qualité des soins, par le fait de pouvoir communiquer directement entre professionnels, et de faciliter la coordination interprofessionnelle en permettant des échanges d'avis et des interpellations réciproques.

⁹³ Le médecin 3 et 4, anciennement engagés au sein d'un réseau X, ont déjà vécu l'expérience des réunions de concertation autour d'un patient. Il s'agissait de réunions menées avec la présence de médecin (de centre de soins ou hospitaliers), psychiatre /psychologue et assistante sociale. Ces réunions étaient organisées grâce à un coordonnateur souvent entre 12h et 14h dans le cabinet d'un des médecins et étaient financées par l'ARS. La communication d'éléments concernant le patient était rendue possible par l'adhésion des patients au réseau. Les patients eux mêmes pouvaient être présents lors de ces réunions. La plus value de ces réunions était qu'elles permettaient d'apaiser les tensions et de mieux comprendre pourquoi « ça n'avance pas ».

Diabète / obésité



Organisation de la pluriprofessionnalité autour de la prise en charge des patients diabétiques / obèses

Difficultés / besoins par rapport à la pratique actuelle

Manque de coordination dans le cadre des patients pluripathologiques et des prise à charge à domicile

L'importante charge de travail ainsi que nos plannings respectifs discordants, font que nous rencontrons des difficultés à nous coordonner au sein de nos pratiques.

Ceci se traduit concrètement dans le parcours de soin du patient car il est difficile d'arriver à orienter les patients d'un professionnel à l'autre. Dans le cas plus particulier des patients polypathologiques, chaque professionnel prescrit de son côté sans concertation médicale alors que celle-ci serait nécessaire surtout lorsqu'il y a nécessité de réaliser des adaptations thérapeutiques. Ceci rend encore plus difficile l'instauration d'un suivi régulier en particulier chez les patients obèses.

Cette difficulté de coordination se traduit aussi dans la prise en charge des patients à domicile. En effet, les IDE libéraux rencontrent des difficultés du fait de l'absence de protocoles d'aide à l'adaptation des traitements et absence d'objectifs glycémiques. Une meilleure coordination entre les ordonnances sorties de CHU et les prises en charge de soins à domicile serait utile du point de vue des infirmiers libéraux.

Barrières de la langue/ différence culturelle

Nous rencontrons également des difficultés d'explications des traitements et/ou des instruments de mesure (lecteurs ...) dues à des barrières de langues. Nous percevons qu'il serait aussi nécessaire de nous adapter aux différentes habitudes alimentaires selon les origines ethniques.

Précarité et modes alimentaires

La situation de précarité dans laquelle se trouvent certains patients rendent encore plus nécessaire l'importance des conseils diététiques à prodiguer, mais leur situation ne leur permet pas toujours une prise en charge optimale.

Nos pistes pour améliorer ces problématiques de coordination

Par rapport au manque de coordination rencontré dans le cadre des patients pluripathologiques et des prise à charge à domicile, nous avons pensé à différentes pistes à mettre en place dans la future MSP :

② **L'organisation de réunions de concertation autour d'un patient** présentant une problématique particulière (notamment pour que les différents acteurs aient les mêmes objectifs par rapport au patient) nous paraît primordial, et souhaiterions que ces réunions puissent être organisées par un coordonnateur dans le meilleur des cas.

❑ **La présence d'un dossier commun informatisé** entre les différents professionnels améliorerait l'accessibilité et la mise en commun / mutualisation des informations (CR d'examens, consultations, modifications thérapeutiques, carnet de glycémie en ligne ...)

❑ **L'élaboration de protocoles de soins communs**, (pour que chacun soit au fait des objectifs de glycémie à atteindre) ainsi que de prescriptions types permettrait de mieux coordonner les pratiques.

❑ **Une meilleure coordination avec les actions déjà menées par les pharmaciens** serait souhaitable à travers la communication aux différents professionnels de santé des divers types de matériel disponibles à la pharmacie ou des diverses possibilités de dépistages réalisés en pharmacie. La formalisation de temps d'éducation des patients lors de la 1^{ère} délivrance d'appareils de mesure ou encore la démonstration des auto tests glycémiques par le pharmacien, nous paraît intéressante.

❑ **Une meilleure coordination de sortie CHU et ville** : Nous souhaiterions que le médecin traitant puisse être prévenu en cas de sortie d'hospitalisation (surtout le vendredi soir) avec des protocoles d'adaptation clairs. En effet, très souvent le patient est équilibré à l'hôpital, et son diabète se déséquilibre rapidement dans la « vraie vie ».

Par rapport aux barrières de la langue et de différence culturelle, nous pensons qu'il serait judicieux :

de mener des **formations communes entre soignants et habitants** dans le but de travailler et croiser mutuellement nos représentations. Les représentations du patient atteint de maladie chronique peuvent en effet entrer en conflit avec celles des soignants. En plus de la difficulté habituelle à comprendre qu'une maladie chronique (par exemple l'hypertension artérielle) nécessite un traitement chronique contrôlant la tension artérielle sans pour autant la guérir (celle-ci pouvant même récidiver à l'arrêt du traitement), il y a nécessité de s'adapter à la culture des patients. Il existe donc à notre sens tout un champ de possibilité de formation des habitants, mais aussi des professionnels de santé . La méthode de croisement des savoirs utilisée par ATD Quart monde, va bientôt être menée sur le quartier I en Janvier 2016 par des consultants rattachés à la mission santé publique. Nous sommes de fait intéressés pour connaître et mieux comprendre ce qu'attendent de nous les habitants du quartier.

Il nous semble aussi intéressant d'adapter certaines actions du réseau diabète à des populations spécifiques, sur des thématiques telles que «comment concilier ramadan et santé (diabète de type2) ». La réalisation d'une plaquette sur le diabète notamment au moment du ramadan traduit en français et en arabe, et l'animation de réunion pré ramadan seraient également très utiles.

Le fait d'avoir la présence d'un interprète pour reconstituer un bon historique nous semble important.

D'autres pistes nous semblent aussi intéressante à mentionner dans l'instauration d'un travail efficace en pluriprofessionnalité comme :

- ❑ La **délégations de certaines tâches aux IDE** comme celle de l'équilibration de l'insuline ;
- ❑ L'**organisation de consultations dédiées avec plusieurs professionnels** (ex :médecins-pédicures-podologues)
- ❑ **La mutualisation de matériel** (par exemple appareil de mesure IPS pour dépister les artériopathies)
- ❑ **L'organisation d'un temps d'enseignement** des pharmaciens pour les médecins et les IDE.

- ❓ **Formation pluriprofessionnelle commune :** Comment prolonger en ambulatoire des temps d'enseignement du service d'endocrinologie ?

Coordination externe autour de la thématique diabète / obésité

Les interlocuteurs avec lesquels nous sommes actuellement en lien dans nos pratiques en ce qui concerne la prise en charge de patients diabétiques ou obèses sont :

Etablissements de santé	CHU (service endocrinologie hôpital de jour et de semaine, consultation pied diabétique, consultation troubles trophiques et vasculaire, sages femmes du Suivi Intensif des Grossesses) CH La Tourmaline
Cliniques	
Médecins spécialistes du « second recours »	Endocrinologues, ophtalmologistes, cardiologues, néphrologues, rhumatologues, psychiatres, chirurgiens vasculaires...
Acteurs ambulatoires	Médecins généralistes, IDE, Infirmiers, Pharmaciens, HAD, Sage femme, Pédicure/podologue de l'école de pédicure podologie. Nous faisons peu appel à des diététiciennes du fait du non remboursement de leurs soins en libéral (ou bien en passant par le Réseau MC 44 où les diététiciens peuvent être réglé par le réseau).
PMI	
Services sociaux ou médico-sociaux	
Associations	Sport pour Tous

Les modalités d'échanges actuels passant plutôt par mails, téléphone, fax ou courriers, nous voyons réellement l'intérêt de la future MSP pour faciliter la coordination externe et l'entrée en contact avec les professionnels de santé.

Actions de prévention (activité physique et alimentation)

Abord des thématiques de Nutrition dans nos pratiques actuelles

Les médecins abordent régulièrement les thématiques de l'activité physique et de l'alimentation en conseils associés lors de la délivrance de traitement ou bien plus particulièrement lors des consultations trimestrielles de suivi du diabète. Pour les pharmaciens il est plus rare d'aborder ces thématiques. Les sages femmes peuvent parfois évoquer ces questions lors de la réalisation de monitoring. Pour les autres professionnels ces discussions peuvent avoir lieu de façon informelle, mais nous ressentons globalement un manque de temps lors des consultations pour aborder ces questions.

Les supports disponibles sont rares mais nous pouvons nous appuyer sur des plaquettes de fiches repas, ou des plaquettes thématiques sur le sport, ou encore en remettant le livret d'information et de suivi du patient diabétique réalisé par la CPAM de Loire Atlantique.

La mise à jour de nos connaissances se fait par le biais de ressources telles que le site internet de l'Association Française des Diabétiques, le site internet mangerbouger.fr, ou encore en s'appuyant sur le

Programme National Nutrition Santé ou bien la documentation SOPHIA (service d'accompagnement des maladies chroniques de l'Assurance Maladie).

Méconnaissance des actions et des partenaires favorisant l'activité physique des personnes

Par méconnaissance des associations de quartier, nous n'entretenez que peu de lien avec les associations proches du domicile des patients ou avec d'autres structures d'accompagnement. Hormis le programme SOPHIA de la CPAM ou bien des Ateliers passerelles animés par le Comité Départemental Sport pour Tous, nous orientons donc assez peu vers les partenaires associatifs.

Nos souhaits

- ❑ Nous souhaitons **mieux connaître les structures associatives** vers lesquelles orienter nos patients. La visualisation de courtes vidéos de présentation de leurs actions, ou au mieux un temps de rencontre avec ces associations serait la bienvenue. Il nous semble pertinent de débiter la réalisation d'un **annuaire** spécifique, qui répertierait des contacts de quartier autour du diabète (intervenant médicaux et accompagnants associatifs dans le quartier) pour être en mesure de recommander quelques actions sportives plus spécifiques de la personne soignée.
- ❑ A terme, nous souhaitons que la future MSP puisse être un lieu où les **associations du quartier** puissent nous solliciter pour engager des **actions communes** (par exemple pour des cours de cuisine adaptés aux particularités culturelles). La création de convention avec certaines d'entre elles pourrait être l'occasion de mener des activités coordonnées entre professionnels qui souhaiteraient intervenir dans certaines associations ou inversement. Nous comptons sur la dynamique du **Réseau Local de Santé du quartier I** (en lien avec la Mission Santé publique de la Ville de Nantes) et de ses partenaires associatifs pour développer davantage les actions de prévention en direction des personnes les plus éloignées de la prévention.
- ❑ Nous souhaitons être en possession de plus d'outils adaptés à la population soignée (brochures en **plusieurs langues**, ou encore avoir à disposition des **affiches**).
- ❑ Enfin, nous nous proposons de tenir des actions spécifiques propres à nos différentes professions :
 - **Les orthoptistes** pourraient réaliser des séances d'informations auprès des patients sur différentes thématiques (information sur les dangers du diabète sur la rétine, informations à transmettre dès la petite enfance pour des enfants pré obèses en surcharge pondérale avec des parents eux mêmes obèses et ou diabétiques). Ces séances d'informations nous semblent d'autant plus pertinente depuis la fermeture du Réseau X, et ces temps d'informations pourraient également avoir lieu dans les milieux scolaires pour permettre aux enseignants de mieux détecter certains signaux d'alerte.
 - **Les diététiciens** pourraient également être en mesure d'animer des groupes autour des thématiques nutrition ou bien des réunions de formation globale sur le quartier.

- **Les kinésithérapeutes** qui reçoivent les patients pré diabétiques ou diabétiques pourraient aussi envisager de créer des groupes de sports dans les cabinets de kiné, ou des activités sportives encadrées.

Education thérapeutique du patient (ETP)

Pour le moment 4 professionnels parmi nous semblent être intéressés par la démarche éducative. Il s'agit notamment de 2 pharmaciens (pharmacie 3 et une autre pharmacie) qui réalisent déjà 2 entretiens par an par patients dans le cadre d'un accord signé avec l'Assurance Maladie en 2013, d'un médecin généraliste (médecin 2) et d'une infirmière (IDE 1). Ils seraient potentiellement intéressés pour se former à l'éducation thérapeutique (40h). L'utilisation de la cuisine de la Maison des habitants et des citoyens est discutée pour y animer des ateliers autour de l'alimentation.

Santé mentale

Accompagnement

parental et de l'enfant

Organisation de la pluriprofessionnalité

Difficultés / besoins par rapport à la pratique actuelle

DETECTER: Importance du repérage précoce des signes évocateurs de troubles psychiatriques chez l'enfant ou trouble de la parentalité

- Troubles de la parentalité

En tant que relation première qui permettra au sujet de se construire, la qualité du lien parent/enfant est primordiale. L'objectif est donc de prévenir l'apparition de dysfonctionnements, tant au niveau de l'enfant qu'au niveau des parents.⁹⁴

- Troubles psychiatriques de l'enfant

La détection précoce de certaines pathologies mentales nous semble primordiale, plus particulièrement pour dépister les troubles psychiatriques chez les enfants. Les pharmaciens peuvent facilement repérer de façon précoce des situations par exemple d'enfants hyperactifs (qui se roulent par terre en officine), les parents se confiant facilement aux pharmaciens. Les officines sont donc des lieux privilégiés pour repérer ces situations.

- Violence conjugale

Les femmes battues en parlent également aux pharmaciens (cas de séquestration, de maltraitance physiques et psychologiques, voire de viol)

ORIENTER: une fois le repérage effectué, à qui transmettre les informations ? (Méconnaissance du réseau et manque de protocole)

Malgré une relative facilité à repérer les situations de difficultés sociales, nous nous heurtons au problème de l'orientation, à savoir vers qui orienter ces patients ? Comment agir ? Souvent par méconnaissance des acteurs autres que les professionnels de santé (ou bien du fait d'être des professionnels plutôt de second recours), en cas de pathologies psychiatriques nous renvoyons le plus souvent vers le médecin traitant et le laissons gérer. Il n'est pas non plus rare de voir des orientations tardives vers l'orthophoniste alors qu'une intervention précoce serait nécessaire pour l'enfant.

ALERTE La problématique des signalements

Il n'est pas rare en tant que professionnel de santé d'avoir à faire face à la nécessité de réaliser un signalement (soit en faisant une information préoccupante à la cellule départementale de recueil des

⁹⁴Cet objectif rejoint directement le Projet Educatif de territoire 2014-2020 mené par la Ville de Nantes, dans l'objectif qu'il a de vouloir favoriser la réussite éducative en réduisant les inégalités, en valorisant les enfants et en associant leurs familles (en valorisant notamment les compétences parentales dans la réussite des enfants). La Ville de Nantes, en tant que membre du réseau français des Villes-Santé de l'OMS, développe également des actions innovantes accompagnant la parentalité par le biais d'une Mission famille (conférences ateliers rencontre pour répondre aux questions des parents / mise en place de lieux d'accueil enfants-parents...) à la quelle nous souhaiterions nous associer.

informations préoccupantes, soit en appelant le procureur pour enlever l'enfant face à un parent en déni, soit en appelant le service social des urgences). Pour contourner l'écueil de perdre de vue l'enfant et sa famille après un signalement, certains médecins généralistes trouvent un prétexte pour envoyer l'enfant aux Urgences ou en Urologie puis appellent le confrère pédiatre pour qu'il fasse le signalement s'il le juge nécessaire.

TRAITER Un manque d'efficacité dans la prise en charge du patient

Les difficultés que nous percevons du point de vue de la prise en charge des patients toxicomanes sont le fait que les patients ne voient que le psychiatre sans suivi de médecin généraliste, ainsi que les problèmes d'observance de traitement (interruption / oubli / refus de prescription).

Coordination externe

Pour la prise en charge des enfants

- ☐ Service de pédopsychiatrie 2 du CHU de Nantes (centre psychothérapeutique X) (lien téléphonique)
- ☐ Centre médico psycho pédagogique X
- ☐ Pédopsychiatres libéraux (par courriers)
- ☐ Ecoute pour adolescents au centre ville
- ☐ Les Apsyades(lien téléphonique) pour enfants et adolescents
- ☐ Urgences médico psychologiques
- ☐ Psychologues scolaires
- ☐ RASED (réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté)
- ☐ Assistante sociale

Nous avons souvent du mal à avoir un premier recours rapide de la pédopsychiatrie du secteur où les délais sont très longs, ainsi que pour joindre le centre X, sans passer par les Urgences médico-psychologiques.

Pour la prise en charge des adultes

- ☐ Service de Psychiatrie 5 du CHU (par fax pour demande de RDV)
- ☐ CMP X (par fax pour demande de RDV)
- ☐ Urgences médico-psychologiques
- ☐ Psychologue ; psychiatres libéraux (par courriers)

.

Pour les problématiques de sevrage

- ☐ Espace Barbara
- ☐ Centre d'Addictiologie à l'hôpital St Jacques
- ☐ Gastro-entérologues des Nouvelles Cliniques Nantaises.

En cas de violence faite aux femmes

- ❑ CMP du secteur
- ❑ SOS inceste
- ❑ SOS violence aux femmes
- ❑ Service victimologie du CHU à St Jacques,
- ❑ Appartements d'urgence,
- ❑ Urgences Gynécologiques du CHU avec une prise en charge spécifique par psychologue.

La prise en charge par le CMP du secteur est difficile, car il faut d'abord leur faxer une lettre, et ensuite ils voient s'ils accordent ou non une consultation. Le recours aux psychologues est plus rares, surtout pour des troubles psychologiques réactionnels (décès d'un proche par exemple) car non remboursés, même si souvent très utile. Le recours aux psychothérapies peut être effectué soit par la constitution d'un carnet d'adresse (édité par l'URPS) depuis des années ou à partir un annuaire récent de psychiatres qui décline les spécialités pratiques chez les psychiatres repérés. Par ailleurs, les échanges avec le CHU restent difficiles (leurs courriers arrivent plusieurs mois après, ce qui empêche une prise en charge optimale du patient – notamment quand ils sont pris en charge par un interne, qui change).

Nos souhaits

Mieux DETECTER

Nous souhaiterions avoir de bons réflexes de dépistage chacun à notre niveau. La mise en place de guides pour aider au repérage des besoins ou encore de protocole de dépistage de troubles psychiatriques (ex : CAT enfant précoce, faire d'emblée le test?) pourraient s'avérer utiles à cet effet.

Mieux ORIENTER

La pluri-professionnalité (orthophonie, psychologue, sophrologue) est sûrement très intéressante pour mieux orienter les patients (savoir par exemple s'il faut envoyer l'enfant au pédo-psychiatre par la suite).

Le fait de créer un **annuaire d'interlocuteurs ressources** (médicaux, et des accompagnements associatifs sur le quartier) qui recenserait les intérêts particuliers de chacun, permettrait aussi d'orienter les patients vers les « bons » praticiens en fonction de leurs intérêts et de leurs spécialisations (ex : orthophoniste différente en fonction de si il s'agit de la prise en charge d'un patient autiste, ou si il s'agit des suites d'AVC). Un coordinateur de la MSP pourrait tenir à jour l'annuaire des correspondants, et s'occuper d'orienter le patient et de suivre son parcours (noter les RDV prévus, avec qui et quand, pour s'y retrouver).

Nous souhaitons instaurer des **temps d'échange de pratique** sur notre façon de travailler, pour mieux connaître les champs d'action des autres professionnels, et savoir plus précisément qui s'intéresse à quoi et avec quelle technique (Ex : types de rééducation, intérêt pour les troubles du langage ou les problématiques familiales...). Des **réunions thématiques** animées par différents corps de métiers (psychologues, orthophonistes...) seraient aussi intéressantes. Une mise à jour des connaissances des acteurs de terrain sur pathologie psychiatrique par le biais de formation serait utile.

Une prise en charge psychologique de proximité, accessible à tous, peu onéreuse : un pôle « psy » (psychologue, pédopsychiatre, CMP)

Notre but serait de permettre aux familles vulnérables qui ne feraient pas d'elles-mêmes la démarche d'aller vers une structure de soin, d'accéder à un soutien psychologique. La prévention des troubles de la relation parents-enfant est à encourager mais suppose une prise en charge psychologique de proximité, peu onéreuses et accessible à tous. Nous nous proposons de conseiller, d'orienter les familles, et proposer un soutien /un accompagnement afin d'éviter que les problèmes s'installent et provoquent des souffrances psychologiques. Nous dirigerons ces familles vers le psychologue au sein de la MSP à qui nous expliquerons les faits et les plaintes. L'installation d'un psychologue rompu aux différentes thérapies brèves pourrait donc être très utile, dans l'idéal avec une vacation de pédo- psychiatre. Nous aimerions que le psychologue organise des actions préventives aussi bien collectives qu'individuelles en faveur des enfants et familles en difficulté. Une annexe de CMP enfants surtout et adulte aussi dans les locaux de MSP serait également souhaitable.

Mener des réunions de concertations pluriprofessionnelles pour enfants (et parents difficiles)

Une des forces de la future MSP serait de pouvoir instaurer des réunions de concertation avec les acteurs de santé du territoire. Ceci permettrait de pouvoir partager ses inquiétudes et de se faire aider en cas de questionnement. L'amélioration de la coopération et de la coordination externe éviterait le nomadisme des patients et permettrait d'améliorer leur observance en les replaçant dans un cadre.

Logiciel informatique

Le partage des données via un logiciel informatique commun, avec l'accord du patient, qui permettrait notamment de vérifier certains mésusage de médicaments.

Protocoles pluri professionnels

En ce qui concerne le processus de construction des protocoles, nous avons pensé à repérer des cas mal gérés en amont, et ce, « dans le vide », sans discuter d'un patient particulier ; dans l'objectif de repérer après un certain temps, un panel de situations délicates. Ce premier temps permettrait d'élaborer des « fiches conseils » en rapport avec ces cas, pour alerter sur certains signes nécessitant une prise en charge, et d'élaborer également des protocoles de prise en charge pluriprofessionnels. Dans certains cas, il sera probablement nécessaire de créer des partenariats pour que certains servent de référent pour un travail en synergie au sein de la MSP et que le patient une fois « étiqueté » ait un « parcours » de soins avec ceux qui s'intéressent plus spécifiquement à son problème et prennent l'habitude de gérer ces patients-là ensemble. Ceci pourrait aboutir avec ensuite mise en place de consultation spécialisée, mieux connaître certaines associations, et effectuer des travaux de relation avec le CHU ou autres structures psy pour avoir des retours écrits.

Exemples de protocoles : Délivrance des médicaments aux patients psychotiques

Les pharmaciens signalent un besoin de formalisation et/ou d'écriture de protocole concernant les **refus de délivrance** auxquels ils sont parfois confrontés face à des ordonnances avec des durées dépassées. Il existe un besoin de fluidifier la communication médecin-pharmaciens concernant les médicaments pour lesquels un suivi « strict » de l'ordonnance est nécessaire, afin que les pharmaciens ne soient pas mis en porte à faux (tous les jours / tous les matins / toutes les semaines (et non à la demande des patients psychotiques)).

Actions de prévention

Place de la prévention dans nos activités de soignants autour de l'accompagnement de l'enfant et de la parentalité

Le développement de l'enfant, sur tous les plans : « médical » (allergies, ventilation, troubles ORL, apnées), hygiénique, comportemental, nutritionnel, scolaire, sportif... fait partie intégrante de nos pratiques. Il arrive que soit évoqué et discuté la place des filles et des femmes au sein de certaines consultations. Nous mettons également dans les salles d'attente des dépliants d'information sur le problème de la violence faite aux femmes.

Méconnaissance des partenaires associatifs

Nous connaissons très peu les partenaires présents sur le quartier, à quelques exceptions près comme pour le Bureau d'aide aux victimes, X, la Santé scolaire (fiches succinctes de communication entre nous), ou encore l'Ecole des parents et le Relais Accueil Petite Enfance.

Nos souhaits

Il nous semble important d'identifier les partenaires existant en dehors du parcours de soins et de rencontrer des associations de quartiers non liées aux soins, comme par exemple : des ateliers théâtre, yoga, méditation, club théâtre pour éviter la désocialisation du patient. Nous souhaiterions donc avoir une vision plus claire des différentes propositions existantes. Un temps de rencontre avec ces différents partenaires serait la bienvenue.

En parallèle, des ateliers pratiques pourraient être organisés sur place au sein de la MSP par des associations de quartier autour de la thématique de la petite enfance, ou de la relation parents-enfants.

Acces aux soins

Difficultés des patients : freins financiers, méconnaissance des droits, complexité des démarches administratives, période d'attente d'ouverture des droits

Difficultés des soignants : temps consacré à la vérification des droits des assurés, difficulté à percevoir les honoraires, manque de coordination avec les partenaires sociaux



Permanence de travailleurs sociaux du CCAS, Antenne CPAM, présence d'interprète, entraide entre habitants (comité d'usager), réunion de concertation, dossier informatique commun

Freins à l'accès aux soins et aux droits des habitants du quartier I

Freins financiers des patients et leurs conséquences

Une grande majorité d'entre nous s'accorde à citer les freins financiers des patients comme étant un frein majeur à l'accès aux soins. Ces derniers entraînent de la part des patients des craintes de nature multiples.

Tout d'abord une crainte des médicaments non remboursés (ou déremboursés), ce à quoi sont plus particulièrement confrontés les pharmaciens, les patients refusant ces médicaments alors que ces derniers seraient nécessaires. Une crainte des appareillages non remboursés est également perçue par les masseurs-kinésithérapeutes. Plus généralement, la crainte des actes mal remboursés de type optique, dentisterie, ou de soins en pédicure-podologie est notée par les médecins.

La crainte des dépassements d'honoraires éprouvée par les patients, crée une certaine « auto censure » dans la pratique des médecins généralistes ce qui les amène à orienter ou diriger les patients vers une consultation sans dépassements d'honoraires, même si celles-ci se font rares à Nantes pour les **spécialistes libéraux de second recours** (notamment dermatologues, ophtalmologistes, gynécologues, rhumatologues, chirurgiens, urologues). Les patients se retrouvent très souvent à réaliser des soins et des consultations en **milieu hospitalier** qui se retrouve ainsi (selon nous) à gérer les patients non solvables, parlant mal français, et ayant le plus retardé le recours aux soins.

Le manque de **mutuelle complémentaire**, ou bien le mauvais remboursement des frais dentaires et optiques (même avec la couverture Mutuelle) renforce ces problématiques, plus particulièrement pour celles ou ceux qui auraient dépassé le plafond de la CMU. Est également signalée une impossibilité de réaliser le tiers payant avec certaines mutuelles en ce qui concerne les auxiliaires médicaux.

Les patients méconnaissent leurs droits

Le manque d'informations ou l'information mal comprise conduit certains patients à ne pas bénéficier de leurs droits ou à les perdre. Certains comportements de nos patients nous conduit parfois à lire cette méconnaissance davantage sous le regard d'une négligence, qui serait à notre sens tout à fait en mesure de monter un dossier.

Difficultés partagées par les professionnels de santé et les patients : des démarches administratives lourdes et complexes

Nous ressentons unanimement un sentiment de complexité concernant les démarches administratives à effectuer. Il est ainsi très fréquent de voir des patients perdus dans les démarches à effectuer pour bénéficier de leurs droits. La complexité ressentie concernent aussi bien les démarches à effectuer pour **obtenir la CMU que pour reconduire ces droits**. Ceci vient empiéter la qualité de la prise en charge en allongeant considérablement les délais de prise en charge (de 1 mois contre 8 à 15 jours). Il nous semble y avoir différentes explications : manque de temps, négligence, oubli carte vitale, complexité des démarches, jargon administratif etc. Cette complexité concerne également la prise en charge de

certain type de maladies professionnelles ou accidents de travail : remplir, déposer les formulaires, toucher les indemnités journalières....

Lorsque la reconduction des droits est effectuée, des problèmes inhérents à la **période d'attente d'ouverture des droits** peut aussi être observée : celle-ci étant longue, certains patients ne prennent qu'une partie (voire ne se soignent pas) dans l'attente de leur attestation de droits. Le médecin 2 s'interrogeait plus spécifiquement sur les solutions qui pourraient permettre de mieux juguler cette période d'attente.

Dans tous les cas, ces différentes difficultés impactent la pratique des soignants d'autant plus qu'une grande majorité de la patientèle reçue est bénéficiaire de CMU ou d'AME. Les pharmaciens évoquent particulièrement les nombreux **temps consacrés à la vérification des droits des assurés** et ayants droits (appel CPAM, site AMELI, mutuelles...). Pour d'autres, il s'agit plutôt de **difficultés pour percevoir les honoraires**, particulièrement lorsque les dossiers ne suivent pas toujours les changements de situation ou de caisse d'affiliation, ou pour les « hors-circuits » qui n'ont pas fait la démarche pour toucher la CMU et qui font que le soignant ne touche pas le ticket modérateur. Plusieurs médecins déclarent donc réaliser fréquemment des actes gratuits « en évitant de trop y penser ». Cependant, si les généralistes acceptent par habitude la gratuité de l'acte de consultation, ils restent conscients du fait que le patient sera pénalisé s'il consulte un spécialiste, ou s'il doit réaliser des examens complémentaires type radios, prise de sang ou s'il doit se procurer des médicaments. Quand le contexte social apparaît difficile, l'orthodontiste fournit les matériels pour l'hygiène dès qu'elle repère que celle-ci est mauvaise et qu'il y a des non-dits de la part du patient (certains patients ne peuvent pas acheter le matériel d'hygiène nécessaire, et une fois le premier kit usé n'osent pas le dire). Les infirmiers rejoignent ce constat, réalisant parfois des soins gratuits, avec une interrogation persistante autour de la légitimité à arrêter les soins pour autant.

Il nous semble également y avoir des difficultés inhérentes au fonctionnement de la CPAM, les **délais de remboursement** (pour le 100 % maternité dans le cas des sage femmes) pouvant s'élever jusqu'à 3 mois, avec une difficulté à avoir un interlocuteur unique à la CPAM sans discours contradictoire. Les orthoptistes dénoncent également ce sentiment d'être « à la merci de la CPAM » en ce qui concerne les remboursements CMU. Des insatisfactions sont ressenties concernant la non visibilité des remboursements AME (sur le site AMELI professionnel, les paiements AME n'apparaissent pas) et la difficile traçabilité des dossiers AME non 44.

Concernant le **tiers payant**, une discussion /ou une mise à jour autour du tiers payant intégral pour les patients bénéficiaires de l'aide complémentaire santé (ACS) sera nécessaire. Il nous semble aussi rencontrer des lourdeurs administratives et comptables autour du tiers payant.

Probablement pour éviter ces nombreuses embûches, nous sommes confrontés à certains **spécialistes** (surtout dentistes) qui **refusent** clairement les patients CMU, AME.

Difficulté à obtenir un RDV avec médecin généraliste ou un spécialiste

Il existe très peu de médecin généraliste qui acceptent de nouveaux patients sur le quartier (2 médecins généralistes sur 6 parmi ceux intéressés par le projet MSP prennent encore de nouveaux

patients). Ceci pourrait expliquer que lorsque les délais s'allongent, les personnes ont tendance à avoir recours à SOS médecins. Les délais de RDV particulièrement longs avec les spécialistes créent également un mode de gestion « dans l'urgence » des problématiques de santé qui évoluent de manière chronique. Ceci peut aussi créer un zapping médical (changement fréquent de médecins).

Difficulté de compréhension du mode de fonctionnement général du système de soin

Les médecins généralistes font régulièrement face à des difficultés liées à une méconnaissance du mode de fonctionnement général du cabinet (comme le fait de prendre RDV par téléphone, certains patients en venant même à pousser la porte du cabinet pour entrer), ainsi que pour le respect des refus des visites à domicile de la part des médecins (hormis les personnes handicapées ou personnes très âgées).

Manque d'information sur l'implantation et l'existence des professionnels de santé

Le pharmacien a un grand rôle dans l'aide à la recherche des professionnels de santé, il peut en effet fournir une liste au patient (« si vous cherchez un kiné, allez voir un pharmacien »).

Absence de difficulté

Ces différentes problématiques ne sont pas l'apanage de tous les professionnels, car certains d'entre nous ne rencontrent pas de difficultés particulières de prise en charge des patients CMU, AME. Le kinésithérapeute¹ précise ainsi que les dossiers sont a priori mis à jour lors de la consultation car ses patients viennent en effet sur prescription médicale. Quant pharmacien², il précise rencontrer que peu de soucis administratifs car lorsque les patients se présentent à l'officine, les droits de sécurité sociale sont ouverts et dans le cas contraire la vérification peut s'effectuer en direct sur le site AMELI.

Coordination interne et externe

Manque de coordination

Avec les partenaires sociaux actuels

Nous avons de façon générale un lien très ponctuel voire une absence de lien avec le secteur social. Pour la grande majorité d'entre nous, il n'existe donc pas de lien spécifique régulier et pas ou peu de travail en réseau et une absence de communication sur le terrain.

Quand ce lien a lieu, il s'agit de quelques rares contacts avec des acteurs du **CMS**, ou bien du **CHU** essentiellement. Les assistantes sociales étaient en général contactées pour des problématiques financières et de logement, ou pour refaire les papiers de CMU, AME ou 1/3 payant (ou encore dans le cas des orthoptistes pour des prestations extralégales pour l'achat de matériel lunettes, loupes ...). D'autres acteurs comme la **PASS** du CHU ou médecin du monde (pour les situations complexes de patients sans papiers), ou encore de la **PMI** (pour les enfants et les adolescents en danger ou en difficultés) ou bien de la **CLIC** (pour les personnes âgées isolées sans aidants pour réaliser les démarches) ont pu être contactés.

Entre professionnels de santé

Nous mettons aussi en avant le manque de visibilité concernant les démarches déjà amorcées, avec très souvent une impossibilité d'avoir un retour des professionnels sur les démarches déjà entreprises auprès des patients. Globalement, ceci crée un **manque de connaissance du parcours administratif du patient**. L'intérêt d'un dialogue plus approfondi entre les différents intervenants est d'autant plus mis en avant pour la prise en charge (médicale) initiale et le dépistage de certains patients migrants. Celle-ci s'avère actuellement difficile pour les médecins : ces patients n'ayant pas de dossiers médicaux, et une prise en charge « type » ou « standardisée » n'existant pas. Le suivi de ces patients s'avère donc difficile et les « **perdus de vue** » sont nombreux.

Nos souhaits

Présence permanente ou régulière (vacation) d'acteurs sociaux au sein de la MSP

La présence d'acteurs sociaux au sein de la MSP fait unanimité, et « l'**antenne CCAS** » proposée par la Ville de Nantes avec **présence d'assistante sociale** est vivement acceptée par le groupe de travail. En effet, il n'y a pas mieux, selon nous, qu'un échange de visu afin de résoudre les difficultés administratives en lien avec la santé et de manière transversale vers les autres aspects des droits sociaux. Ainsi, cette présence permettrait de mieux répondre aux difficultés des habitants sur le quartier, par une meilleure information et aide concernant les démarches administratives telle que l'ouverture de droits, le renouvellement de la CMU (un rappel automatique 1 mois avant la fin des droits est évoqué), le rassemblement des documents à fournir à la CPAM, les subtilités lors de changements de situation (ayant droit, concubin...), ou encore pour le remplissage de formulaires type accident de travail ou maladie professionnelle. Des **séances d'information**, ou encore la mise à disposition de brochures d'information sur les aides sociales disponibles pourrait aussi faciliter les démarches. Les soignants eux mêmes sont intéressés par cette présence pour mieux s'informer en tant que professionnel en cas de questionnement. La **présence d'interprètes** pour contrer les difficultés de compréhension serait aussi à prévoir, les incompréhensions liées aux différences de langues et de compréhension fine du français écrit étant fréquente.

Une antenne CPAM

Le manque d'une antenne CPAM dans le quartier est également exprimé. Plusieurs médecins soulignent de fait l'utilité de la mise en place d'une borne de mise à jour des cartes vitales, avec la possibilité également d'avoir un accès facilité aux services internet de la CPAM (tout le monde ne maîtrisant pas le numérique).

Entraide entre habitants

Le médecin 4 observe que certaines communautés maîtrisent bien l'accès aux droits sociaux du fait d'une entraide interne, et souhaiterait encourager ce type de démarche. Le médecin 5 voit également que les personnes vont voir l'imam pour se renseigner, ou demander à la voisine de les accompagner. L'organisation d'un comité d'usager, à l'image de la MSP des Hauts de Saint Aubin d'Angers pourrait

permettre ce genre d'action. Le médecin 3 précise malgré tout la nécessité de garder un espace propre aux soins pour garantir la qualité des soins procurés.

Proximité et centralisation des éléments de prise en charge à la fois médicale/sociale/psychologique

Le souhait de travailler en étroite collaboration tant sur le plan social que sanitaire est souhaité, mais également du point de vue de la prise en charge psychologique. La présence de psychologue et/ou pédopsychiatre s'avèrerait en effet très utile pour nous professionnels de santé. La centralisation de ces 3 éléments (médico-psycho-social) nous semble d'autant plus importante que certains patients ne se déplacent pas/peu, n'ont pas de téléphone, et sont perdus face aux différents intervenants.

Meilleure coordination entre professionnels de santé

Nous souhaitons également améliorer le travail de coordination entre professionnels de santé, ceci dans le but d'avoir accès ou connaissance sur les droits ouverts et actuels des patients. Une idée de dossier "commun" où les problématiques sociales seraient notées avec le nom des intervenants chargés du dossier (+ N° de tel) est évoquée par la sage femme libérale) afin de gagner du temps et d'éviter de refaire les démarches avec d'autres personnes. La nécessité de mener des réunions de concertation autour d'un patient reste valable dans ce contexte.

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Nous souhaitons poursuivre les modalités actuelles de formation continue à savoir pour les médecins 4 journées de formation présentielle par an rémunérées (DPC) avec autant de formation **Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale** que souhaité.

Un souhait commun est de laisser des temps pour permettre aux professionnels de suivre des formations (congrès professionnel, séminaire, journée nationale, soirées de formation sur différents thèmes...) et de mener des actions internes de formation pluriprofessionnelle (par exemple sous le format groupe de pair).

Chaque profession a ses spécificités de formation. Par exemple pour les **orthodontistes**, le DPC est en place mais pas vraiment utilisé car les thèmes ne sont pas adaptés à l'orthodontie faciale. Des RMM organisées par le réseau sécurité naissance pour **les sages femmes** libérales sont en cours de développement. **Les pharmaciens** suivent des formations agréées DPC par le biais des UTIP et des journées d'Enseignements Post Universitaires.

Il serait aussi judicieux de prévoir un abonnement de la future MSP à des revues médicales et paramédicales.

ACCUEIL de l'étudiant / RECHERCHE

Tout professionnel de santé de la futur MSP fait le choix d'accueillir des étudiants même si il n'est pas actuellement maître de stage.

- Le médecin 3 est actuellement maître de stage et reçoit des internes de médecine générale de 3ème cycle. Le médecin 1 et le médecin 4 ont été maître de stage et sont prêts à reprendre cette activité d'encadrement dans le cadre de la MSP, moyennant quelques journées de formation à réaliser pour obtenir à nouveau la maîtrise de stage universitaire et pourquoi pas encadrer des thèses de médecine.
- **Les sages femmes** ont obligation de formation des futures consœurs. La sage femme reçoit de ce fait 1 à 2 fois par ans, des étudiantes sages femmes.
- **Les kinésithérapeutes** n'accueillent pas actuellement d'étudiants mais seraient prêts à le faire (cela nécessiterait la signature d'une convention avec l'école).
- **Les pharmaciens** n'ont pas d'obligation à accueillir des étudiants (étudiants en pharmacie ou apprentis pour la formation de préparateurs), mais seraient également partant pour le faire (cela

nécessiterait la signature d'une convention entre l'ARS et la faculté de Pharmacie et la possession d'une maîtrise de stage universitaire).

- **Les dentistes** peuvent être maître de stage. Il n'y a pas d'actualité pour l'orthodontie concernant les possibilités d'accueil d'étudiant, même si le Collège National Universitaire d'orthodontie commence à en parler. (Auparavant tous les étudiants en orthodontie étaient formés à mi-temps au CHU et travaillaient à côté, aujourd'hui ils sont à plein-temps hospitalier, sans stage prévu en libéral, mais les lacunes commencent à apparaître, et l'idée de stages en cabinet se développe).
- **Les orthophonistes** peuvent également recevoir des étudiants après demande à l'ARS et une des orthophonistes des o serait prête à accueillir un étudiant.
- **Les IDE libéraux** ont également possibilité de recevoir des étudiant aussi sur la base d'une convention tripartite (sur la base du volontariat).

RECHERCHE

L'orthodontiste est actuellement en cours de réalisation d'une thèse d'université.

Conclusion

Bien que celui-ci soit encore évolutif, nous avons résumé dans le tableau ci-dessous une vue globale du projet de santé, tel que nous le voyons actuellement.

Vue globale du projet de santé (évolutif)

Thématiques	Objectifs opérationnels	Actions	Moyen
Diabète, obésité	Organiser le travail pluriprofessionnel	Travailler en pluriprofessionnalité	- Réunion de concertation pluriprofessionnelle mensuelle - Coordination médecins-pharmaciens : matériel disponibles en pharmacie, dépistage en pharmacie, formalisation délivrance appareil auto mesure, démonstration des auto test glycémique - Consultations dédiée à plusieurs professionnels Ex : médecins-pédicures-podologues - Délégation de tâches IDE (équilibre insuline)
		Partager l'information	Dossier commun informatisé
		Harmoniser les pratiques	- Protocoles de soins communs - Formation commune pluriprofessionnelle
		Partager, mutualiser le matériel	Ex : Appareil de mesure IPS
	Adapter l'offre de soins aux spécificités de la population		- Formation commune soignant-habitant - Concilier ramadan et santé (diabète de type2) - Présence interprète / plaquette traduit en arabe
	Améliorer la coordination externe	Fluidifier la coordination CHU-ville	Elaborer des protocoles d'adaptation de sortie d'hospitalisation

	Organiser des actions de prévention (alimentation et activité physique)	Prévention Iir Mieux connaître les associations de quartier et organiser des actions de prévention en lien avec les associations de quartier	• Temps de rencontre • Annuaire
		Prévention IIIr Assurer une offre en éducation thérapeutique	• Formation 40h
Accès aux soins et aux droits	Améliorer la coordination externe avec les partenaires sociaux	Construire un lien spécifique et régulier avec le secteur social	• Permanence AS du CCAS • Antenne CPAM • Présence interprète
	Améliorer la coordination entre professionnels	Mieux connaître le parcours administratif du patient	• Espace où noter problématiques sociales (système d'information et en attendant dossier)
	Contrer la complexité des démarches administratives	Encourager l'entraide entre habitants	• Organiser un comité d'usager
	Créer un pôle médico-psycho-social	Centraliser la présence d'AS, psychologues, médecin	• Organiser vacation d'un pédo psychiatres • Recruter un psychologue

Projet de santé
Maison de santé pluriprofessionnelle
II

I. Contexte

Suite à la première réunion d'information concernant le projet de construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur le territoire II le 13 Janvier 2015 dernier, un noyau de professionnels de santé libéraux intéressés par la démarche s'est peu à peu constitué autour du médecin A. Le médecin A avait en effet elle-même déjà alerté la Ville de Nantes sur la nécessité de mettre en place des locaux plus adaptés pour exercer sur ce quartier afin d'y pérenniser la présence de professionnels de santé. De façon concomitante, sa rencontre avec le président de l'APMSL l'avait encouragée à intégrer la dynamique actuelle de mise en place de maison de santé pluriprofessionnelle. Ainsi, nous nous articulons à une volonté politique de la Ville de Nantes d'implanter, au cours du prochain mandat 2014-2020, une maison de santé pluriprofessionnelle dans le quartierII, plus particulièrement dans le cadre d'une démarche globale de renouvellement urbain à l'échelle du quartier.

Les professionnels de santé exerçant sur ce quartier sont peu nombreux et en tant que professionnels de santé sensibilisés aux problématiques de ce quartier prioritaire, le projet de maison de santé pluriprofessionnelle nous mobilise à plusieurs titres.

Il existe tout d'abord une urgente nécessité à trouver des locaux adéquats pour continuer à exercer de façon sécurisée et pérenne sur ce quartier. En effet, le micro quartier II a la particularité de regrouper des personnes précaires ayant un état de santé plus dégradé que la moyenne des nantais, et qui ont de surcroît des difficultés à sortir du périmètre réduit du quartier. La population vieillissante du quartier renforce ces constats. Comme le confirme les résultats de l'enquête citoyenne de II, les habitants font bien ressortir que les délais de RDV chez les médecins généralistes sont trop longs, et que le non remplacement des généralistes pendant les congés, ou à l'occasion de leur départ en retraite, rend difficile l'accès aux soins.

L'attrait pour le travail en pluriprofessionnalité est aussi un de nos principaux moteurs car il permettra de faciliter les échanges entre professionnels (y compris les échanges informels plus simples et plus rapides), de réaliser un travail en équipe, et in fine nous pensons que ceci permettra d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients, tout en redynamisant nos pratiques. La future MSP viendra sans doute aussi alléger la lourdeur du travail en solitaire. Y concourront le fait de pouvoir partager les locaux, le matériel (donc une diminution des charges), et la facilitation des remplacements pour participer à une meilleure permanence et continuité des soins.

Parmi nos motivations à intégrer ce projet, nous mentionnons également le fait que la future MSP nous permette de vivre notre intérêt commun pour la prévention en ayant la possibilité de dégager du temps pour travailler avec d'autres acteurs de terrain. La future MSP permettra aussi la présence

d'acteurs sociaux au sein des locaux qui nous paraît incontournable (comme la permanence d'assistante sociale).

Nous ne sommes pas non plus sans éprouver quelques craintes et inquiétudes à intégrer ce projet. Les coûts engendrés par les locaux pour certains, ou la crainte de perte de la patientèle dont on commence à gagner la confiance, en font partie. L'infirmière s'inquiète quant à elle de l'actuelle difficulté de communication avec les autres IDE libérales du quartier. Tous ces éléments, joints à l'impérieuse nécessité, notamment pour les kinésithérapeutes, d'intégrer de nouveaux locaux aux normes, resurgissent fréquemment dans nos discussions. Nous imaginons à l'heure actuelle plutôt le format d'un « multi site » rattaché à une « maison mère ».

Nous nous sommes néanmoins lancés dans l'aventure de la pluriprofessionnalité, dans un premier temps autour de la rédaction du projet de santé de la future MSP, que nous avons voulu le plus possible adapté à la réalité de nos pratiques sur le quartier II. Celui-ci reste bien entendu évolutif, mais le projet de santé ci dessous reflète l'état actuel de nos réflexions à la date de début Janvier 2016.

II. Le diagnostic santé du territoire

Deux études viennent étayer le diagnostic territorial de santé du territoire de II, qui compte aujourd'hui près de 25 000 habitants dont 9300 en zone sensible (ZUS). Il s'agit :

- de l'étude X réalisée en 2009 et en 2014 par l'ORS Pays de la Loire, l'Assurance Maladie, et la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes, qui mesure notamment certains indicateurs de recours aux soins à l'échelle des territoires.

- de l'étude diagnostique concernant la **démographie médicale** sur le territoire II réalisée par l'ORS Pays de la Loire en 2014.

- Les indicateurs de santé établis par la Mission Santé Publique dans le cadre de la **démarche d'Observation de la santé des enfants scolarisés** de Septembre 2009 à Juillet 2014.

a) Principaux résultats de l'étude sur l'état de la santé des habitants du quartiers

Cette étude, menée sur la période du 01/07/2012 au 30/06/2013, met en avant d'importantes inégalités de santé entre les nantais résidant dans les quartiers défavorisés, tel que celui du quartier II par rapport au reste de la ville.

VUE D'ENSEMBLE DE L' ETAT DE SANTE DES HABITANTS DU QUARTIER II

Mortalité prématurée : de fortes disparités par rapport à la moyenne nantaise

On observe sur le quartier II une surmortalité prématurée (avant 65 ans) supérieure de 14 % à la moyenne nantaise. Cet excédent de décès concerne quasi exclusivement des hommes.

Des maladies chroniques fréquentes

Le taux de personnes en affection longue durée (ALD) est plus élevé parmi les habitants du quartier II (16%) par rapport à la moyenne de la Ville de Nantes.

Maladies cardio vasculaire et diabète

Il n'existe pas de données nantaises spécifiques au quartier II, mais le rapport de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS)⁹⁵ montre que les résidents des ZUS sont plus fréquemment en surpoids (+6,3 points par rapport aux autres quartiers) ou obèses (+3,1point).

Par ailleurs, les bilans de santé réalisés par la mission Santé Publique de Septembre 2009 à Juillet 2014 sur 10 068 élèves montrent que 22 % des enfants scolarisés en CE2 sont en surpoids ou obèses (moyenne Nantes 13%).

COUVERTURE MALADIE : des disparités de recours aux soins

On note une proportion brute de bénéficiaires de la **couverture maladie universelle complémentaire CMU-C** parmi les moins de 65 ans plus élevée dans les quartiers IIa (26%) et IIb (19%) par rapport à la Ville de Nantes (13%).

Le taux de destinataires d'une **attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** y est aussi en moyenne plus élevée (IIa) (IIb) par rapport à la Ville de Nantes (2,1%).

RECOURS AUX SOINS

83 % et 89 % des habitants du quartier IIa et IIb, âgés de plus de 16 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un généraliste libéral, soit une moyenne proche de celle de la Ville de Nantes. Cependant on note un recours plus fréquent que la moyenne de la ville aux généralistes **en dehors des horaires d'ouverture des cabinets** (20h-minuit et de 6h à 8h) particulièrement pour les consultations des moins de 16ans (IIa 8,8 %/ IIb 7,9 % contre 5,7 % Villes de Nantes). Le tableau ci-dessous situe le recours aux soins sur le quartier par rapport à la moyenne de la Ville de Nantes.

95 http://publications.onzus.fr/rapport_2014

Soins de médecine générale	Ila	Ilb	Ville de Nantes
Proportion d'habitants de plus de 16 ans ayant eu au moins un recours dans l'année à un généraliste	83 %	89 %	79 %
Recours aux généralistes en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (20h-00h ; 6h-20h)	8,8 %	7,9 %	5,7 %
Soins dentaires			
Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste libéral au cours des 12 derniers mois	25 %	31 %	36 %
Taux d'élèves de CE2 ayant « au moins deux caries non soignées »		12 %	6 %
Recours à l'ophtalmologiste un peu plus faible que la moyenne de l'agglomération			
Proportion standardisée de personnes ayant consulté un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois	32 %	36 %	39 %
Recours des 6-10 ans aux soins d'orthophonie proche de la moyenne d'agglomération			
Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste libéral au cours des 12 derniers mois	10 %	11 %	16 %
Recours au gynécologue			
Proportion standardisée de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des 12 derniers mois	22 %	27 %	29 %
Recours au dépistage			
Proportion brute de femmes de 50-74 ans ayant effectué une mammographie en secteur libéral au cours des 24 derniers mois	56 %	54 %	62 %
Taux de participation du cancer du col de l'utérus	32 %	36 %	38 %

Données spécifiques au recours aux soins sur le quartier II par rapport à la moyenne de la Ville de Nantes.

b) Eléments de diagnostic concernant la démographie médicale sur le territoire II

L'offre de soins sur le territoire II à la date du 24 Juin 2014

On compte 23 médecins généralistes sur le territoire « élargi » (14 sur le quartier II). Il s'agit d'une densité très faible de médecins généralistes libéraux (57 pour 100 000 habitants contre 93 pour Nantes métropole) mais qui s'élève à la moyenne de la métropole sur le territoire élargi.

Autres professionnels de santé libéraux de premier recours

En ce qui concerne les autres professionnels de santé libéraux de premiers recours, on compte :

- 7 pharmacies (dont 5 sur le quartier II). Il existe 1 officine pour 3500 hts contre une pour 2800 Nantes métropole.
- 10 IDE dont 8 sur le quartier II et un centre de soins sur le quartier.
- 18 kinés dont 12 sur le quartier II.
- 17 dentistes dont 2 âgés de 60 ans et plus et 1 entre 55 et 59 ans, densité de 69 pour 100000 hts contre 75 Nantes métropole.

L'offre libérale de soins « plus spécialisées » sur le territoire élargi II comprend :

- 1 rhumatologue (secteur 1)
- 1 gynécologue médical (secteur 1)
- 3 laboratoires d'analyse médicale
- 8 orthophonistes
- 4 pédicures podologues
- 8 psychologues

L'offre libérale de soins « spécialisées » sur le territoire élargi II

Elle comprend :

- Médecins : 1 rhumatologue (secteur 1); 1 gynécologue médicale (secteur 1)
- 3 laboratoires d'analyses médicales
- 8 orthophonistes (2 sur le quartier II)
- 4 pédicures-podologues (aucun sur le quartier II)
- 8 psychologues (7 sur le quartier II)

III. Etude de faisabilité et d'opportunité

Une étude de faisabilité visant à recueillir nos souhaits et craintes concernant le projet de MSP a constitué la deuxième étape du projet. Cette étude a été réalisée et restituée aux professionnels de santé par le technicien 3 de la Mission santé publique de la mairie de Nantes le 10 Juin 2015, en présence du médecin accompagnateur du CATS.

Le profil des 21 répondants à l'enquête était constitué de 21 libéraux exclusifs (7 médecins généralistes, 1 médecin spécialiste, 5 IDE, 3 kinésithérapeutes, 1 pharmacien, 2 chirurgiens dentistes, 2 orthophonistes).

Professionnels intéressés pour intégrer la Maison de santé

Parmi eux, 18 professionnels se voyaient potentiellement intégrer la Maison de santé :

- ☐ 4 pour exercer sur le site (2 médecins, 1 kinésithérapeute, 1 IDE)
- ☐ 8 pour y faire des vacations (3 IDE, 1 orthophoniste, 1 dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 pharmacien, 1 biologiste)
- ☐ 6 au sein de la maison ou pour y faire des vacations (4 médecins, 1 IDE, 1 orthophoniste)

A la date du 7 Octobre 2015, les professionnels intéressés sont : (tableau retiré)

IV. Création d'une association loi 1901

Une association type loi 1901 a été créée lors d'une assemblée générale constitutive le 23 Juin 2015. La déclaration à la préfecture de Loire Atlantique a été réalisée et l'association apparaît officiellement au journal officiel de la République Française depuis le x Septembre 2015. L'association compte à la date du 22 Décembre 2015 16 adhérents dont :

- 5 médecins généralistes
- 1 médecin biologiste :
- 1 infirmière
- 3 pharmacies
- 1 orthophoniste
- 1 psychologue psychanalyste
- 1 sage femme
- 3 kinésithérapeutes

Le bureau de l'association est constitué de la façon suivante :

Président	Médecin A
Vice président	Kinésithérapeute A
Trésorier	Pharmacien A
Secrétaire principal	IDE A
Siège social	Anonymisé

L'association est créée pour la durée de l'élaboration du projet et pourra perdurer une fois les structures ouvertes mais ne constituera pas la forme juridique du regroupement.

V. Projet de santé

Méthodologie d'écriture du projet de santé

Des réunions collectives avec les acteurs intéressés par le projet ont été organisées au rythme d'une rencontre tous les mois depuis le mois de Juin 2015 afin de rédiger le projet de santé. La synthèse de ces réflexions a été réalisée grâce à l'appui d'une interne de santé publique, en stage à la mission santé publique de la mairie de Nantes. Un compte-rendu était diffusé systématiquement aux membres et adhérents de l'association.

23.06.2015	Assemblée générale constitutive de l' association II
25.08. 2015	Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique du diabète
08.09.2015	Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique de la santé des femmes
13.10.2015	Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique de l'accès aux soins et aux droits des habitants du quartier
03.11. 2015	Poursuite de la réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique de la santé des femmes • en présence de Cap santé Plus 44 ; UGOMPS et une association de quartier
17.12.2015	Poursuite de la Réflexion pluriprofessionnelle autour de la thématique du diabète sur le versant prévention (alimentation et activité physique) • en présence du chargée de projet nutrition à la mission santé publique de la Ville de Nantes, ainsi que de l'adjoint technique régional au sein de la Fédération Française Sport pour Tous.

Nous avons eu l'occasion d'assister à d'autres réunions comme :

- **La rencontre des associations de quartier par le biais d'une réunion organisée par le réseau local de santé du quartier II** le 5 Juin dernier. Nous avons pu y rencontrer de nombreux acteurs de quartier (anonymisé)
- Par ailleurs nous avons pu assister au **lancement de la démarche participative des habitants** autour du projet de maison de santé pluriprofessionnelle.
- Le Médecin A a participé à la **4ème journée régionale des Pôles et Maisons de santé des Pays de la Loire** organisé par l'APMSL .

VI . Projet professionnel

Spécificités de formation des professionnels (anonymisé)

Gestion du personnel

Le cabinet du Médecin A dispose actuellement d'une secrétaire. Celle-ci est présente actuellement de 10h45 à 12h30 et de 14h30 à parfois tard le soir, par attachement au cabinet et pour sécuriser les médecins ou internes stagiaires quand il restent seuls. Mme B se positionnerait comme remplaçante dans le cadre de la MSP. Les médecins envisagent de recruter une secrétaire à plein temps, éventuellement investie de nouvelles missions, en relation avec les autres membres du pôle, telles que la gestion commune du matériel et des rendez vous de tous, la gestion d'un standard commun ou des dossiers informatiques.

Organisation des lieux d'exercice

Dans la mesure où tous les professionnels intéressés par le projet de la maison de santé pluridisciplinaires ne souhaitent pas ou ne pourront pas se « délocaliser », un pôle de santé avec différents lieux satellites autour d'une maison mère paraît plus adapté pour ce projet.

VII. Projet de santé

Au regard des données de l'Observatoire de la santé, les priorités de santé perçues par les professionnels de santé interrogés sont :

- * La santé des femmes du point de vue de leur santé sexuelle, de leur suivi obstétrique, et autour de la thématique des violences conjugales
- * La prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires : et en priorité le diabète
- * La prise en charge des conduites addictives
- * La santé des enfants et des jeunes
- * Le développement de l'accueil social des populations vulnérables
- * L'amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire

Les professionnels ont choisi de traiter et d'approfondir prioritairement deux thématiques : la première celle de la prise en charge des facteurs de risques cardio vasculaires (plus particulièrement du diabète), la deuxième celle de la santé des femmes au sens large.

Permanence et continuité des soins

Le principe d'ouverture de la maison de santé pluridisciplinaire de 8h à 20h du lundi au vendredi ainsi que le samedi matin de 8h à 12h a bien été entendu par l'ensemble des professionnels, et les médecins se sont réunis pour commencer à organiser d'ors et déjà de façon commune cette permanence de soin.

Les médecins comptent en effet prendre un secrétariat téléphonique commun entre 8h et 9h30, 12h et 14h30, 18h et 20h. Leurs secrétariats actuels sera complété par des services de secrétariat téléphoniques particulièrement le samedi matin, pour dispatcher les consultations en fonction des présences. Pour le moment l'accueil physique ne sera pas possible avant 8h30-9h.

A compter du mois de Mai, Médecin A sera disponible jusqu'à 20h les lundis et jeudis, Médecin B le mercredi et vendredi et le Médecin C le mardi. Pour le samedi les médecins organiseront (à partir du mois de mai également) un roulement pour alterner une présence pour les besoins urgents. Les patients de leurs cabinets respectifs seront orientés sur le cabinet de "permanence" cela également pour voir si les patients du cabinet du médecin A se déplacent ou non (au lieu d'appeler SOS médecins) et vice-versa.

Gestion des soins non programmés

Actuellement au sein des cabinets médicaux, plus de 2 ou 3 créneaux sans RDV sont pris quotidiennement. Les professionnels entendent se mettre d'accord sur la notion ou le degré d'urgence, pour gérer ces consultations non programmées. Une nécessité d'être strict et de limiter ces plages est souhaitée. Une formation de la secrétaire médicale et d'une infirmière sera probablement nécessaire pour gérer le flux des urgences accueillie.

Pour les urgences de 8h à 9h et entre 12h et 14h30, et pour les samedis matins, les médecins établiront entre eux un planning mensuel, à adapter lorsqu'ils seront plus nombreux. En effet, ceci ne pourra raisonnablement se faire qu'en présence de 2 ou 3 médecins supplémentaires à plein temps au sein de la MSP.

Modalités de remplacement

Une discussion a été amorcée autour du médecin référent et des médecins de substitution, le mieux étant de laisser le choix au patient. Un remplaçant commun serait utile et probablement à voir, sachant qu'il faudrait au minimum 2 médecins de permanence.

Etat actuel de la permanence des soins assurée par les médecins au 21 Janvier 2016 (retiré)

Santé des femmes

Organisation de la pluriprofessionnalité

Nous avons à cœur de faire de la future MSP un lieu convivial où les femmes puissent être écoutées, informées et aidées sur les problèmes de santé qu'elles rencontrent. Cette thématique étant assez peu travaillée dans les quartiers prioritaires comme le nôtre, la future maison de santé pluriprofessionnelle constituerait une opportunité pour poser la question de la santé des femmes comme prioritaire, d'autant que celle-ci semble fédérer l'ensemble des professionnels.

Améliorer le suivi des grossesses et du post-partum par un travail pluriprofessionnel coordonné

Il s'agirait de créer une « filière grossesse » en coordonnant le travail des médecins et des sage femmes pour le suivi des grossesses et du post-partum. Du fait que de nombreuses femmes consultent très tardivement alors que la grossesse est déjà bien engagée ou bien parce que la découverte de la grossesse est souvent tardive, il nous semble indispensable d'instaurer un travail coopératif et coordonné avec une ou deux sage-femmes sur le quartier pour améliorer le suivi des grossesses. En effet, le fait d'avoir un autre interlocuteur en cas de grossesse nous semble être d'une **plue-value** non négligeable. Les femmes enceintes pourraient en effet avoir la possibilité d'échanger avec une sage femme expérimentée, et avoir un second regard sur la situation. Nous estimons également qu'un suivi réalisé par une sage femme est valorisant pour une femme, d'autant plus que très souvent la PMI est surchargée. Nous pensons par ailleurs que le fait de pouvoir exposer aux femmes les différentes possibilités de suivi et de moyens humains pour réaliser le suivi de grossesse serait un gage de qualité dans le cadre d'une MSP.

Nous avons commencé à réfléchir à une organisation et une précision des rôles respectifs entre médecins et sage femme sur les thématiques suivantes :

- **L'entretien pré natal** : Le fait de pouvoir avoir un **retour des entretiens pré nataux** réalisé notamment par les sages femmes constituerait en effet une plue-value pour les médecins. (Actuellement, les médecins adressent plutôt les femmes à la maternité de référence pour la réalisation de ces entretiens).
- **Suivi des grossesses à domicile** : Un **suivi rapproché à domicile par une sage-femme** est souvent nécessaire pour se rendre compte de l'environnement des femmes, et pour pouvoir les rassurer (surtout lorsqu'il s'agit d'une première grossesse, ou que les femmes sont isolées loin de leur propre famille, ou qu'elles ne parlent pas français).
- **La préparation à l'accouchement**

En ce qui concerne le suivi des grossesses, nous avons également pensé à :

- Créer des **protocoles d'examens paramédicaux** (biologie /imagerie) pour un suivi conjoint entre médecins et sage femmes. Il manque actuellement un échographiste sur le quartier, le cabinet de radiologie ayant fermé récemment et n'étant plus actuellement aux normes, et les sages femmes ne réalisant pas d'échographie dans leur cabinet.
- Réaliser des **consultations répétées dès l'annonce de la grossesse** : une avec le médecin, une deuxième rapidement avec un médecin ou sage femme, réaliser la consultation prénatale précoce, un bilan social en découlant si besoin avec un travailleur social puis embrayer sur un suivi plus classique ou adapté au diagnostic médico social +/- psychologique du patient.
- Créer un **carnet de grossesse** à destination des patientes pour leur permettre de visualiser et d'anticiper les examens et les consultations. Ceci permettrait également de mieux coordonner les actions entre les différents professionnels. L'outil est en cours de construction.
- Nous mettre en lien avec un endocrinologue, afin d'améliorer le **suiti des grossesses à risque** et notamment du diabète gestationnel.

- **Suivi du post partum**

Le **suiti à domicile** revêt pour nous un caractère d'autant plus primordial dans la période du post partum qu'elle permet une prise en charge au plus près des patientes. Actuellement, la sage femme vient 2 fois par semaine dans le micro quartier II pour des suivis à domicile avec une sage femme de la PMI.

Un des problème actuel dans le suivi des femmes dans la période du post partum (avec très souvent des sorties précoces à J2-J3) provient de la multiplicité des intervenants sans suffisamment de communication et de coordination entre eux. Nous nous retrouvons parfois en difficulté pour savoir ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire notamment en terme de suivi. Un **suiti protocolisé de grossesse et du post partum** permettrait de rendre le suivi plus cohérent et continu.

Nous constatons également une méconnaissance des habitantes des possibilités de prise en charge pendant la période du post partum. Nous pensons qu'un travail en coordination avec les sages femmes en association avec les kinésithérapeutes serait donc utile notamment pour la **rééducation périnéale** dans les 6 semaines suivant la naissance de l'enfant. Les sages femmes n'étant plus autorisées à prescrire les **rééducations abdominales**, la coordination avec les kinésithérapeutes s'avère intéressante sur ce point.

Il est également nécessaire que le plus grand nombre de femmes puissent bénéficier de **conseils adaptés en contraception** durant cette période.

Développer l'activité gynécologique

Le médecin C souhaiterait mettre en place la possibilité d'**IVG médicamenteuse et de son suivi en ville**. Elle constate en effet qu'il existe beaucoup de demande lors de ses vacations, mais peu de demande spontanée lors de son activité de consultation en ville, par manque d'information des femmes sur cette possibilité. La réalisation d'IVG médicamenteuse en ville nécessiterait bien entendu de faire une demande à l'Assurance Maladie pour l'approvisionnement de médicament et l'écriture de protocole, mais aussi et surtout d'étudier la mise en place d'un climat favorable pour les femmes (ex : une secrétaire formée, un échographiste bienveillant etc). La construction d'un plateau technique en partenariat avec le CHU qui permettrait la **pose de dispositif intra utérin DIU sous anesthésie en milieu ambulatoire** serait également intéressante à envisager.

La place des sages femmes dans les **activités de suivi gynécologiques** est également intéressante (la sage femme étant diplômée d'un DU de gynécologie). Ceci aurait l'avantage que les médecins puissent adresser les patientes vers les sages femme notamment pour la réalisation des frottis (pour lesquelles les patientes ne reviennent souvent pas consulter le médecin) et aussi d'informer que ce type de suivi par une sage femme est possible et a l'avantage de se sentir plus à l'aise que dans un cabinet médical. La sage femme peut également intervenir sur les questions de contraception.

Par ailleurs, le regroupement de plusieurs médecins permettrait d'investir de façon plus aisée dans l'achat de matériel comme des **tables de gynécologies confortables**, ou bien d'un **stérilisateur adapté** avec matériels stérilisables.

S'adapter aux origines culturelles et religieuses des patientes

Nous faisons parfois face, dans notre activité de soignants, à des difficultés que nous pensons en partie liées aux différences culturelles et religieuses des patientes. Les tabous et réticences aux actes nous semblent fréquents, et l'acceptation de la contraception reste difficile. De plus, la non maîtrise du français rend nécessaire la présence du père qui ne permet pas d'évoquer en consultation des questionnements typiquement féminins de cette période. Enfin, la prise en charge du diabète gestationnel en période de ramadan reste difficile. Nous souhaiterions donc instaurer la **présence d'interprètes voire de médiateurs** au sein de la MSP.

Améliorer la prise en charge des situations de violence conjugale

Nous éprouvons des difficultés à avoir un temps suffisant pour parler des difficultés conjugales et familiales en consultation et surtout pour trouver des solutions pour des patientes pas toujours francophones et en situation légale, et qui, de plus, se trouvent très souvent en situation d'urgence. Nous souhaiterions donc établir un **partenariat plus étroit avec les associations d'éducation et de lutte contre les violences conjugales** (SOS femme etc) afin de pouvoir confier plus facilement certaines patientes victimes ayant déjà fait le premier pas de parler. L'établissement d'un lien plus direct et concret pourrait aider à confier plus facilement ces femmes. Le fait de renforcer la présence de différents acteurs

dans le pôle de santé (telle qu'une **permanence du CMP** 1 à 2 fois par semaine, ou par la mise en place d'une **permanence d'écoute** (vacation de psychologue /psychiatre au sein de la MSP).

Maltraitance du nouveau né / isolement des familles

Nous pensons qu'une prise en charge pluriprofessionnelle permettrait également d'éviter certaines situations à risque de maltraitance du nouveau né ou d'isolement de la famille et d'entourer au mieux les femmes les plus à risques de troubles de la parentalité.

Besoins de connaissance et de remise à niveau

Les kinésithérapeutes, non directement impliqués dans la prise en charge de problématiques propres aux femmes, expriment leur besoin de remise à niveau de leur connaissance afin d'être en mesure de pouvoir donner quelques conseils utiles à leur niveau. Ils ciblent différentes thématiques comme les différents modes de contraceptions, la dépression post-partum (*comment la mettre en évidence ? quel suivi proposer ?*), le diabète gestationnel . De la même façon pour les femmes en situation de violence conjugale pour savoir vers qui les orienter et mieux connaître les structures d'urgences et d'accompagnement. Nous souhaiterions donc organiser des temps de formation et d'échange de pratique de façon régulière avant même la constitution de la MSP.

Coordination externe

Les coopérations actuelles

Les acteurs de soins avec lesquels nous sommes actuellement en lien concernant la thématique santé des femmes sont :

- ✓ La PMI, qui détache la seule sage femme du quartier II
- ✓ Les urgences gynécologiques du CHU
- ✓ La Clinique Jules Verne ;
- ✓ La Clinique Brétéché ;
- ✓ Le Réseau "Naître ensemble" ;
- ✓ Les médecins spécialistes gynécologues ;
- ✓ Le laboratoire d'analyse médicale Biolance, anonymisé
- ✓ Le Cabinet de radiologie le plus proche (anonymisé)
- ✓ Le Centre Beauséjour.

Les coopérations envisagées

* CCAS : Nous souhaitons mettre en place la **présence d'assistante sociale du CCAS telle que proposée par la Ville de Nantes.**

* Cabinet de sage femmes (anonymisé)

Actions de prévention autour de la thématique santé des femmes

Activités de prévention intégrées à notre pratique

En ce qui concerne les actions de prévention, nous souhaiterions :

- **Améliorer le recours au dépistage** par mammographie par frottis cervico-vaginal, et des IST ;
- Mettre en place des **consultations anonymes pour les mineures** désireuse de contraception (inspirées du PASS contraception) Ces consultations pouvant également être pluridisciplinaires au besoin.

Dans un premier temps, il nous paraît intéressant de commencer à harmoniser les messages destinés aux patients, par le biais par exemple de questions à poser systématiquement aux patients ou encore par le fait de conseiller certaine consultation. Une meilleure information des patients est également souhaitée en passant notamment par la **distribution de petits prospectus simples** comme des fiches de prévention / information (alimentation, écho, acide folique, allaitement).

S'appuyer sur les actions existantes dans le quartier et les initiatives passées

Un travail concernant le diagnostic sur l'accès à la santé et à l'information des femmes résidentes dans le quartier prioritaire II a été réalisé par une étudiante infirmière en stage pendant 10 semaines à la mission santé publique de la mairie de Nantes. Ce travail nous a été restitué le mardi 3 Novembre 2015 en présence de 2 partenaires : CAP Santé Plus 44, et l'UGOMPS. Cette réunion nous a notamment permis de prendre connaissance des missions allouées à ces différentes structures mais aussi de s'enquérir des expériences et initiatives passées. Ces partenariats nous semblent d'autant plus important que nous éprouvons souvent un manque de temps pour mener ces actions malgré notre volonté de bien faire. Il nous semble à cet effet important de connaître les ressources et de nous appuyer davantage sur les associations et leurs expertises.

Formation d'habitants relais

Lors de cette réunion de restitution, le médecin coordonnateur de la structure Cap Santé Plus 44 a notamment présenté l'expérience de formation des personnes relais (qu'il s'agisse d'hommes, de femmes, d'associations ou encore de personnes individuelles type « habitants »). La mission de ces personnes relais n'était pas de réaliser le travail d'information à la place de la structure mais de leur donner suffisamment d'informations claires et précises pour pouvoir orienter les habitants qu'ils étaient amenés à rencontrer vers les bonnes personnes et également de réaliser des actions (comme par exemple de dépistage de cancer) avec l'appui de Cap Santé +. Cette initiative avait été réfléchie avec l'aide d'autres partenaires (Mission santé publique, La Ligue contre le cancer) pour chercher des solutions afin d'améliorer la participation au dépistage du cancer du sein chez les personnes résidents en quartiers prioritaires, détentrice d'AME ou de CMUc, chez qui une participation moindre avait été signalée par la CPAM.

Ce projet a donc été financé par la CPAM, et a débuté en 2009, et s'est arrêté en 2012 après une année de flottement en 2011. Pour le médecin coordinateur de Cap Santé Plus 44, la dynamique peut très vite se réactiver car les différents partenaires ont l'avantage de se connaître. Nous souhaiterions nous joindre à sa volonté de « donner un second souffle au projet », d'autant plus que nous connaissons bien le secteur géographique.

Organisation d'après midi santé des femmes

L'association Casse Ta Routine a également eu l'occasion de travailler la question de la santé des femmes. L'UGOMPS et CAP santé Plus 44 ont été à cette occasion sollicités pour animer des après midi « santé des femmes ». En effet, l'Ugoms peut intervenir à la demande de groupe d'habitants, ou d'associations, sur les quartiers prioritaires, pour aborder collectivement, des sujets intimes voire tabous, sur les questions de santé sexuelle, qu'elles n'osent parfois pas aborder lors des consultations avec leur médecin généraliste. Ces interventions, parfois très ludiques, peuvent être organisées en co-animation avec l'association Cap santé +, qui aborde plus spécifiquement les questions des dépistages du cancer du sein et du cancer colo-rectal. Ces après midis, qui rassemblaient parfois plus de 25 personnes, semblent s'être révélées très bénéfiques pour les participants. Bien que ces réunions se déroulaient en groupe, des

sujets intimes étaient évoqués par les femmes, l'attitude des médecins (sur le ton du jeu, et de l'humour) facilitant l'expression et la liberté de parole. Ces réunions avaient encore l'avantage de mélanger plusieurs générations (femme de 25 ans qui expliquaient des choses à leur mère), et de pouvoir aborder des questions pas toujours possible d'évoquer en consultation par manque de temps. Cette expérience semble avoir été très riches également pour les professionnels de santé, qui ont également beaucoup appris de ces temps-là, « notamment sur le tissu associatif ». Nous avons donc pour projet dès la rentrée 2016 de réinstaurer ces après-midis.

Améliorer la visibilité de l'existant pour améliorer la collaboration partenaire / professionnels de santé / institutions / habitants

Nous partageons de façon unanime avec les partenaires rencontrés, le manque de visibilité sur le « qui fait quoi » par territoire. Ce manque de visibilité fait qu'il est actuellement difficile de mettre chacun en lien et peut donner lieu à des redondances, lié à un manque de « réseautage » suffisant. L'idée d'élaborer un **annuaire de personnes ressources** a été évoqué.

Prise en charge du diabète

Cette thématique a été choisie du fait de sa transversalité, et du fait qu'elle avait l'avantage de rassembler l'ensemble des professions réunies pour écrire le projet de santé, et qu'elle répondait de surcroît à une problématique importante du quartier.

La plupart d'entre nous sommes de ce fait confrontés très régulièrement à la prise en charge des patients diabétiques. Les **kinésithérapeutes** sont par exemple engagés dans la prise en charge des facteurs de risques cardio- vasculaires notamment en réalisant des séances de réadaptation à l'effort ou bien de rééducation pour la reprise des activités des mouvements de la vie quotidienne, pour les transferts. Ils effectuent des accompagnements pour la perte de poids, et le reconditionnement à l'effort. Quant aux **IDE**, elles réalisent de l'éducation auprès des patients pour augmenter leurs compétences d'auto soins (ex : Apprendre à se servir du matériel de dosage d'insuline/ faire des injections / remplir les carnets de suivi et adapter les posologies selon protocole du médecin / vérifier l'état des pieds).

Besoins et difficultés actuels de prise en charge par rapport aux patients diabétiques

Besoin de l'appui de spécialistes : Dans le cas de certains patients diabétiques n'ayant pas de professionnels de santé attitrés et qui viennent d'apprendre qu'ils sont atteints de pathologie diabétiques, les médecins avons besoin d'avoir soit l'appui de spécialistes **endocrinologues (par exemple sous le format de consultations avancées)**, soit d'échange de pratiques avec d'autres collègues pour améliorer la prise en charge de ces situations.

Besoin de l'appui de paramédicaux : Le besoin de **pédicure podologue / diététicien** est souligné (surtout par les kinésithérapeutes qui réorientent souvent vers des soins de pédicure-podologie).

Besoins de formation/ remise à niveau : Des besoins de formation sont également évoqués par les kinésithérapeutes par rapport à la prise en charge des patients diabétiques auxquels ils ne sont pas confrontés de façon directe. (Quand faut-il appeler le médecin ? Peuvent-ils enlever le pansement ou pas ? etc). Certains médecins évoquent également le besoin de maîtriser davantage le traitement par insulinothérapie.

Organisation de la pluriprofessionnalité autour de la prise en charge des patients diabétiques

Réunions de concertation pluriprofessionnelle

Des difficultés de coordination, naît la **nécessité de se rencontrer dans le cadre de réunions pluriprofessionnelles** où nous pourrions échanger autour des cas plus complexes (par exemple de patients à qui on vient d'annoncer un diabète) et où il serait également propice de se mettre d'accord sur la fourchette de glycémie attendue.

Protocoles pluri professionnels

Nous avons pensé à l'élaboration de plusieurs protocoles : **un protocole de prise en charge autour des urgences** (hypoglycémie etc) et un protocole de **prêt de matériel** d'auto mesure tensionnelle à mettre en location en pharmacie.

Système d'information partagé

Le dossier médical partagé permettrait également de connaître les objectifs fixés pour le patient diabétique de façon plus précise. Une meilleure formalisation **sur ordonnance des objectifs de glycémie attendus**, afin que les pharmaciens (mais aussi les IDE) puissent être en mesure de l'expliquer aux patients. En d'autres termes, de fournir des ordonnances plus détaillées, porteuses de plus d'informations. Ce dossier permettrait de tracer également si les patients sont venus ou non en consultations.⁹⁶

Consultations IDE et diététicienne sur place

L'intérêt pour les patients diabétiques serait d'avoir la possibilité de bénéficier de **consultations infirmières et diététicienne sur place**.

Améliorer le suivi des patients diabétiques

Un questionnaire est partagé autour des RDV « pris à la place des patients », le patient étant moins responsabilisé si la prise de RDV est faite par la secrétaire, et ayant tendance à ne pas se présenter. Des **rappels SMS** pourraient être utiles dans ce cadre.

Coopération médecin-pharmacien

Il s'agirait d'améliorer la communication médecin-pharmacien, pour répercuter certaines attentes de patients non satisfaits, ou qui restent dans l'incompréhension de certaines règles qui leur ont été données. Les pharmaciens souhaiteraient un retour de la part des médecins de ce qui n'a « pas été reçu 5/5 », afin de redonner quelques conseils diététiques. Actuellement, dans leur pratique, les pharmaciens

⁹⁶Un des systèmes informatiques utilisé et apprécié actuellement par le Médecin C est le CHORUS International Cross Talk. Il est labellisé niveau 2 par l'ASIP. En attendant la rédaction d'un cahier des charges par le GCS e-santé, est évoqué la mise en place d'un standard téléphonique commun.

donnent quelques RDV ponctuels pour vérifier l'utilisation du matériel ou pour réaliser des démonstrations de façon informelles de matériel, lorsque le patient vient avec le sien.

Formation

Pour répondre à la demande des kinésithérapeutes, en attente de formation sur la thématique du diabète, et dans le but également de favoriser les échanges de pratiques entre différentes professions, le médecin D soulève l'idée de mise en place **de « mini-formation » autour de questions basiques pour uniformiser le discours des différents professionnels au sein de la MSP**. Mr Moreau propose également aux kinésithérapeutes de participer aux rencontres organisées par les laboratoires au sein de la pharmacie.

Ces différentes mesures, permettraient de commencer à mieux travailler de façon collaborative autour des recommandations de base concernant la pathologie diabétique et d'assurer un meilleur suivi de ces patients.

Coopération externe

Liens actuels avec les structures

1. Le CHU, dans le cadre d'hospitalisation
2. La clinique Saint Augustin, plus particulièrement pour la prise en charge du diabète gestationnel.
3. Ecole de pédicure podologie qui propose des prestations moins onéreuses (notamment pour les patients diabétiques à un stade inférieur de neuropathie stade 2 et donc non remboursés, ainsi que pour la prise en charge des semelles orthopédiques)
4. Pour les soins ophtalmologiques : la clinique Saint Augustin ; un cabinet d'ophtalmologiste (anonymisé) (secteur 1) réactif pour les urgences et à x également (anonymisé)
5. Le réseau Diab44 (intégré dans le nouveau réseau MC44)
6. Le programme d'accompagnement SOPHIA de l'Assurance Maladie, les patients étant appelés pour participer aux réunions.

Liens futurs à tisser

Une possibilité évoquée est également de demander à un professionnel et un étudiant de l'école de se déplacer une fois par semaine au cabinet / MSP pour effectuer des soins de podologie.

Une coordination avec les séances collectives d'éducation thérapeutique menées par l'association « Accompagnement Soins et Santé » serait également à développer.

Activités de prévention

La place de la nutrition au sein de nos pratiques

Nous abordons régulièrement voire souvent les thématiques de l'activité physique et de l'alimentation au sein de nos pratiques. Les occasions sont les suivantes : lorsque la question du **poids** se pose (occasion de prise ou perte de poids, surpoids ; lors de la prise en charge et du suivi des **maladies chroniques** (diabète, HTA, arthrose...) ; lors d'une **1ère rencontre** avec le patient ; lors de la réalisation de **certificat de sport** ; et dans d'autres situations (post accouchement, ostéoporose, lombalgies chroniques...).

Ces thématiques sont abordées, **soit sous le format d'un repérage** le plus souvent par les médecins en posant la question au patient de sa pratique régulière de l'activité physique ; **soit sous forme de conseils** qui peuvent être donnés aux patients : des conseils sur l'hygiène de vie / sur le fait d'avoir une activité appropriée / ou en entamant des discussions autour de l'alimentation si le professionnel sent que celle-ci n'est pas équilibrée ; **soit davantage avec le levier de la motivation** : en parlant de l'intérêt de pratiquer une activité physique (en insistant sur les bienfaits physique et sur le moral), ou bien en encourageant la marche lorsque le patient semble réticent.

Nous considérons que **l'activité physique fait partie intégrante du traitement** même si il est parfois difficile de faire passer cette idée aux patients, qui consultent le plus souvent dans l'attente d'une prescription médicamenteuse (dans le cas des médecins généralistes) ou bien dans l'optique de diminution des douleurs par des massages (dans le cas des kinésithérapeutes). Nous insistons malgré les fréquentes réticences des patients, sur les retentissements positifs que peuvent avoir la pratique régulière d'une activité physique (en club ou au quotidien) et une alimentation équilibrée (ex : diminution de la douleur, équilibration du diabète...).

Le Médecin C s'est outillée lors de sa formation sur l'entretien motivationnel organisé par le CREPS en Novembre et Décembre 2015 pour s'entraîner à repérer les situations où ce dialogue peut s'instaurer, et **saisir l'occasion pour remotiver** les personnes en les écoutant jusqu'au bout. Médecin C nous a à ce titre tenu au courant de quelques initiatives régionale (Plan régional Sport Santé bien être 2013-2016 ; mise en œuvre de la labellisation de club « sport santé » en Pays de la Loire ; Dictionnaire du sport à l'usage des maladies chroniques disponible début 2016 ; projet collaboratif WIKI DPC).

Actions actuelles de prévention organisées autour du diabète en pharmacie

Tout le long du mois d'octobre, la pharmacie Moreau propose des **dépistages avec des kits**. Ce dépistage pourrait être proposé de façon plus systématique à toutes les personnes à risques lors d'**organisation de Journée du diabète**, où des dépistages sont possibles pour ceux qui pensent être concernés.

Les personnes / structures vers lesquelles nous orientons actuellement les patients

Actuellement, lorsque nous repérons un besoin en terme d'amélioration de l'alimentation ou de l'activité physique chez nos patients, nous renvoyons ces patients plutôt vers des **soignants** (type diététiciens, nutritionnistes voire kinésithérapeutes si besoin), ou vers le programme Sophia de la CPAM, ou encore **vers des associations sportives** (type club de marche pour personnes âgées). La réorientation vers le Réso Diab n'est pas systématiquement effectuée. Très souvent, par manque de connaissance des partenaires, le patient n'est pas réorienté pour travailler ces thématiques.

En effet, l'état actuel de nos connaissances en terme de partenariat est le suivant : (anonymisé). Nous souhaiterions donc avoir de plus amples informations sur ces structures en organisant des temps de rencontre avec ces partenaires afin de mieux les identifier et orienter nos patients en leur laissant des coordonnées / et supports (en veillant à distinguer ce qui relève du marketing et ce qui est vrai pour la santé).

Les actions des partenaires associatifs auxquelles nous souhaitons prendre part

Nous avons pris connaissance de certaines initiatives existantes ou prises sur le territoire lors d'une réunion de travail organisée le 17 décembre en présence du technicien 5 et du comité départemental Sport pour Tous.

Les Ateliers organisés par le comité départemental Sport pour Tous

Les ateliers ont lieu à X, le mercredi pour les enfants en surpoids. Actuellement, un groupe d'une quinzaine d'enfants semble s'être constitué grâce notamment au réseau d'infirmières scolaires qui adresse aussi des enfants vers ce programme tout au long de l'année. Nous pensons que le gymnase de X serait probablement géographiquement trop loin pour envoyer des enfants en surpoids, qui ont déjà du mal à sortir du quartier. Mais cette proposition nous semble malgré tout intéressante à relayer par des flyers laissés à disposition et à organiser sur le quartier.

Si nous parvenons à réunir un groupe d'enfants, il serait possible, avec le soutien d'un financement, de faire venir un éducateur sportif de Sport Pour Tous pour animer des pratiques sportives, en créant par exemple une animation en cycle extérieur qui permettrait de se rapprocher du micro quartier II. Pour l'année scolaire à venir 2016-2017, nous souhaiterions travailler collectivement à un projet de mise en place du dispositif des ateliers passerelle spécifiquement sur II, en lien avec le réseau local de santé de II et le service de Santé Scolaire.

Diabet 'action

Diabet'Action est un programme éducatif de remise en forme adapté qui permet de faciliter et d'améliorer l'accès des pratiques sportives aux personnes diabétiques (majoritairement diabétique de type 2). Le programme dure 3 mois dans le but de remobiliser et d'accompagner les personnes jusqu'à

inscription à des sports de droits communs, les frais ne dépassent pas les 30 euros (le reste étant financé en partie par l'ARS).

Il est prévu de mettre en place sur Nantes le Diabète'action cette année, en lien avec le Réseau Diab. Comme pour les ateliers passerelles l'enjeu est de constituer un groupe. Le calendrier et le lieu ne sont pas encore fixés. Aussi il est convenu que chacun puisse le proposer d'ores et déjà aux patients diabétiques de type 2 et ils seront sur liste d'attente. Dès qu'un nombre suffisant de personnes sont inscrites, le cycle se mettra en place. Nous souhaitons nous joindre à cette initiative en participant à la constitution d'un groupe d'adultes diabétiques en relayant l'information auprès de nos patients.

Education thérapeutique du patient (ETP)

La pharmacienne A réalise d'ores et déjà des **consultations d'éducation thérapeutique en officine** sur le diabète et les questions alimentaires : des RDV santé sont proposées aux patients diabétiques 2 fois une demi heure dans l'année. Elle perfectionne régulièrement ses connaissances concernant la démarche éducative en participant notamment aux journées organisées par l'IREPS de Nantes. Elle compte par le biais du DPC entreprendre une formation en éducation thérapeutique pour les patients diabétiques.

L'infirmière, a pour projet en 2016 d'intégrer le protocole ASALEE en lien avec le Médecin A. La thématique de l'ETP y sera donc abordée dans le cadre de la formation des 200h propre au protocole ASALEE et sera donc propice à l'animation de séance d'ETP par une IDE au sein de la maison de santé. Une rencontre avec la structure « Accompagnement soin et santé » lui a également permis de prendre connaissance des actions d'ETP déjà réalisée sur le quartier.

ACCES AUX SOINS et aux droits

Freins à l'accès aux soins des habitants

Les freins à l'accès aux soins et à la prévention que nous percevons selon notre expérience sont :

- * **Les freins financiers**, qui expliquent des reports ou des renoncements aux soins ;

- * Le fait de se soigner (ou « la santé » de façon générale) qui **n'est pas une priorité** en tant que telle pour les personnes du quartier, ce qui peut expliquer que le rapport aux soins est souvent uniquement le fait de situations urgentes ;

- * **La barrière de la langue** ;

- * Les **différences culturelles** qui peuvent exister au niveau de l'approche de la maladie et de la prévention ;

- * Le **manque d'informations concernant l'accès aux droits** (par exemple le renouvellement de la CMU-c tous les ans etc)

- * Le **problème de garde des enfants** qui peut freiner certaines consultations chez le médecin plus particulièrement pour les femmes;

Nos difficultés

La difficulté à exercer un suivi

Une des difficultés rencontrée est celle d'assurer un suivi adéquat des personnes en précarité. Soit les personnes ne reviennent pas reconsulter, soit le RDV est manqué sans information préalable du médecin. Ceci peut créer une certaine frustration dans notre pratique et la sensation de ne pas agir avec efficacité.

Complexité de la prise en charge

Le médecin B, ayant réalisé un semestre d'internat dans la structure Médecins du Monde a bien conscience du fait qu'il ne s'agit pas d'un simple fait de manque de couverture sociale, et qu'une approche plus globale est nécessaire : lorsque le problème de couverture sociale est réglé se surajoute par exemple le problème de logement etc. Actuellement, il n'a pas ou peu de partenariat engagé avec d'autres structures, mise à part les dossiers récapitulatifs de la PASS du CHU qui nous sont transmis.

La barrière de la langue

Le médecin B, a actuellement la possibilité de réaliser des consultations en langue turque. Pour enrichir cette offre, une subvention permettant de faire venir un traducteur de l'ASAMLA serait à engager.

Une forme particulière d'exercice à laquelle il faut consentir

Actuellement nous ne pratiquons pas de dépassement d'honoraires, acceptons les AME, pratiquons le 1/3 payant, et nous montrons arrangeant en encaissant les chèques en paiements échelonnés etc Les kinésithérapeutes ont parfois le sentiment de devoir responsabiliser davantage les personnes par rapport à certains avantages que peut donner la CMU-C⁹⁷. La problématique de la démographie médicale dans le quartier II, amène également les pharmaciens à réaliser un nombre d'avance et de dépannage qu'ils considèrent comme « anormaux ».

Ces considérations soulignent la nécessité que les futurs professionnels qui s'installent dans la maison de santé le fassent de leur plein gré. La mise en place de vacation de spécialiste qui réaliserait des consultations avancées au sein de la MSP, ne pourra pas échapper à ce constat lié à la situation sociale de la population soignée dans le quartier. En effet, actuellement, les refus de soins de certains spécialistes en raison de la couverture médicale des patients ne sont pas rare. Les futurs professionnels de la MSP ne pourront donc pas « être là par hasard » mais devront choisir d'exercer dans ce type de quartier.

Nos propositions / souhaits

Aide aux démarches administratives

Pour le pharmacien A, il existe une carence d'interlocuteurs ayant la possibilité de répondre aux questions administratives des habitants du quartier. La fermeture de l'**antenne de sécurité sociale** à X qui fonctionnait bien ne permet plus de donner des conseils d'ordre administratifs de façon satisfaisante. La situation du quartier devrait davantage être prise en compte à travers la mise en place d'une structure d'aide permanente.

Nous souhaiterions établir par la même occasion une meilleure coordination entre médecins et assistantes sociales, l'activité de ces dernières semblant aujourd'hui très chargée sur le quartier.

Un premier lieu d'accueil et d'écoute des personnes avant l'aide aux démarches administratives

Nous souhaiterions avant tout mettre en place un premier **lieu d'accueil et d'écoute** des personnes, avant même la phase de rendez-vous et de prise en charge par des travailleurs sociaux (assistante sociale etc). En effet, nous constatons dans notre pratique que nous avons tendance à proposer certaines démarches administratives alors qu'il ne s'agit pas du « bon moment » pour la personne pour débiter ces démarches. Ce premier temps d'accueil et d'écoute aurait donc l'avantage de respecter davantage la temporalité des personnes (ne pas décider à leur place) et de rendre plus accessible le premier contact avec les professionnels, avant d'avoir un temps d'écoute administrative.

Méconnaissance des droits : assurer une meilleure information

⁹⁷ Il s'agit également d'une des difficultés que les kinésithérapeutes ont rencontré dans le recrutement d'un 4^{ème} collaborateur, car le fait de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires n'est pas très attractif d'un point de vue financier pour favoriser l'installation d'un nouveau confrère.

Notre souci est de clarifier les démarches à la fois pour les patients mais aussi pour nous-mêmes en tant que soignants. Dans l'optique de répondre au sentiment récurrent des habitants de ne pas être sûr d'avoir réunis tous les documents justificatifs, nous proposons d'élaborer une **liste de documents nécessaire** à la constitution d'un dossier CMU-c à rassembler, ainsi qu'une liste rassemblant l'ensemble des lieux d'informations utiles pour les patients afin de faciliter les démarches. L'amélioration de l'information autour des droits de santé pourrait également se réaliser au détour de réalisation d'outils adaptés à la population du quartier flyers (à l'image des flyers distribués par l'Assurance maladie sur la pathologie diabétique).

Répondre au sentiment de complexité dans les démarches et au sentiment de stigmatisation par la mise en place d'un système de parrainage

Nous sommes favorables à l'idée de la **pair-aidance**, à travers un habitant « **parrain** » qui 3h par semaine pourrait orienter et aider les démarches d'un autre habitant du quartier en difficulté. Ceci pourrait soulager certains sentiments de honte ou de stigmatisation éprouvés par les habitants à ne pas savoir lire l'intitulé des documents etc Médecin B évoque également le principe mis en place par l'association Médecin du Monde, qui forme des personnes relais ou « **médiateurs sanitaires** » qui sont des personnes issues d'une communauté et qui deviennent référente. Le postulat étant qu'il est plus facile d'aller vers des médiateurs sanitaires que d'aller dans une association pour les personnes. Ceci se trouve dans les attentes des habitants du quartier ayant répondu à l'enquête citoyenne de II, menée par la Mission Santé Publique à l'occasion du lancement de l'atelier citoyen le 8 décembre 2015 dernier.

La présence d'un **comité d'usager** au sein de la MSP nous semble donc être un levier pour soulager la complexité des démarches administratives à effectuer pour l'ouverture des droits. Nous avons en effet la volonté avec le médecin A de faire de la maison de santé un lieu accueillant où puisse être présent un lieu d'accueil quotidien. La démarche enclenchée par le Réseau Local de santé de II concernant l'animation d'**ateliers citoyens** à partir de Février 2016 (première étape dans la participation des habitants par rapport au projet de maison de santé pluriprofessionnelle) nous semble à ce titre importante pour favoriser la participation des habitants du quartier et que nous puissions mutuellement nous approprier l'idée de la présence d'un comité d'usager, comme le montre le témoignage de la Maison de santé des Hauts de Saint Aubin d'Angers.

Accueil de l'étudiant, recherche

Le médecin A est actuellement maître de stage et reçoit des internes en médecine générale de 3ème cycle pour des Stages Autonomes en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés. Le médecin C serait partante pour recevoir des internes. Le Dr D, plus jeune dans la profession, préfère accueillir dans un premier temps des externes (étudiants en médecine en 2ème cycle)

Les kinésithérapeutes n'accueillent pas actuellement d'étudiants mais seraient prêts à le faire (cela nécessiterait la signature d'une convention avec l'école).

Les pharmaciens n'ont pas d'obligation à accueillir des étudiants, mais seraient également partant pour le faire (cela nécessiterait la signature d'une convention tripartite entre l'ARS et la faculté de Pharmacie et la possession d'une maîtrise de stage universitaire)

Les IDE libéraux ont également possibilité de recevoir des étudiant aussi sur la base d'une convention tripartite (sur la base du volontariat).

Conclusion

Bien que celui-ci soit encore évolutif, nous avons résumé dans le tableau ci-dessous une vue globale du projet de santé, tel que nous le voyons actuellement.

Vue globale du projet de santé 7 janvier 2015

Thématiques	Objectifs	Actions	Moyen
Santé des femmes	Améliorer le suivi des grossesses et du post partum	Instaurer un travail pluiprofessionnel coordonné	Suivi des grossesses *Travail coordonné médecin-sage femme : consultation prénatale précoce, entretien pénatal, 1ère consultation de grossesse, préparation à l'accouchement, suivi à domicile * Lien avec endocrinologue pour PEC diabète gestationnel * Autres : -Protocoles d'examens para-médicaux (bio/imagerie) pour suivi conjoints grossesse médecin/sage femme -Créer un outil commun de suivi (carnet de suivi de grossesse, brochures, affiches....) Suivi du post partum * Travail coordonné kiné-sage femme pour rééducation périnéale et abdominale *Mise en place de protocoles pour repérer et éviter les suivis multiples *Renforcer l'information autour de la contraception en post partum
		Développer l'activité gynécologique	-IVG médicamenteuse en ville - Plateau technique en lien avec le CHU pose de DIU - Investir pour achat de matériel adapté (tables de gynécologie, stérilisateurs...)
		Adapter la pratique à culture des habitantes	-Présence d'interprètes (via ASAMLA ?)

		Améliorer la prise en charge des situations de violences conjugales	Renforcer la présence de différents acteurs dans le pôle de santé (Vacation psychologue, psychiatre/ Permanence de travailleurs sociaux (AS) / Permanence d'écoute (SOS femme ou CMP)/ Créer des staff à vocation social) Créer un partenariat plus étroit avec les associations d'éducation et de lutte contre violence conjugales Formation, échange de pratiques autour des structures d'urgence et d'accompagnement
		Formation pluriprofessionnelle	-Formation / Echanges de pratiques entre professionnels sur modes de contraception, dépression post-partum, diabète gestationnel
	Organiser des activités de prévention	Activités de prévention intégrées à nos pratiques	- Améliorer le recours au dépistage (mammographie, FCV, IST...) - Consultations anonymes pour les mineures désireuses de contraception (proche du PASS contraception)
		S'appuyer sur les actions existantes dans le quartier et les initiatives passées	- Réactiver la dynamique de formation des habitants relais sur le quartier (avec CAP Santé Plus, Ligue contre cancer, Mission Santé Publique) -Organisation d'après midi santé des femmes (avec UGOMPS, Cap Santé Plus) -Créer un annuaire de personnes ressources
Prise en charge du diabète	Développer un travail pluri professionnel autour de la prise en charge du diabète	Renforcer la pluri professionnalité	-Recruter un pédicure podologue intéressé (ou créer un partenariat avec les écoles de pédicures podologie pour créer des temps de consultation) -Recruter un diététicien intéressé -Avoir l'appui d'endocrinologues -Créer des consultations IDE et diététicienne sur place

		Améliorer la coordination entre acteurs	-Réunions pluriprofessionnelles pour échanger autour des cas complexes -Protocoles de PEC autour des urgences (hypoglycémie...) / Protocole intégrant le prêt de matériel d'auto mesure tensionnelle à la pharmacie -Mise en commun des objectifs de glycémie fixés sur dossier médical partagé et en attendant par le biais des ordonnances -Coopération médecin-pharmaciens pour améliorer le suivi des patients diabétiques (repérer les patients en difficultés (ex :difficultés d'utilisation de matériel)
		Formation pluriprofessionnelle	-Pour les médecins (insulinothérapie, découverte de diabète) par des échanges de pratique ou des liens avec endocrinologues -Pour les kinésithérapeutes (quand faut-il appeler le médecin ? Enlever le pansement ou pas ? etc)
	Organiser des activités de prévention	S'appuyer sur les actions existantes dans le quartier et en créer	-Poursuivre l'organisation de journée de dépistage du diabète au sein de la pharmacie proposé à toutes les personnes à risques (au mois d'Octobre) Alimentation -Proposer des semaines « nutrition équilibrée » -Mise en lien avec les activités proposées au marché X Activité physique -Mise en place d'ateliers passerelle sur II en lien avec Sport Pour Tous, réseau local de santé II et Service de santé scolaire -Aider à la constitution d'un groupe Diabet'action sur II (en lien avec Sport pour Tous)

		Développer des activités d'éducation thérapeutique	Poursuivre les consultations d'éducation thérapeutique en officine sur le diabète et les questions alimentaires Animation de séance d'ETP par IDE (protocole ASALEE) (auto surveillance de la glycémie, injection insuline, conseils sur l'alimentation) ± en lien avec Accompagnement Soins et Santé
Accès aux soins et aux droits	Répondre à la problématique de la méconnaissance des droits	Améliorer l'accès à l'information	-Enrichir le quartier de la présence d'une structure permanente permettant de répondre aux questionnements des habitants (antenne CPAM) -Elaboration d'outils d'informations (flyer / liste de documents nécessaires à la constitution d'un dossier de CMU-c...)
	Aider aux différentes démarches administratives	Aider à la prise de RDV pour établir un premier contact	-Mise en place d'un premier lieu d'accueil et d'écoute des personnes avant la phase de RDV et de prise en charge par des travailleurs sociaux (respecter ce temps)
		Répondre au sentiment de complexité dans les démarches et au sentiment de stigmatisation	-Mise en place d'une pair aidance à travers l'aide d'un habitant « parrain » au sein d'un comité d'usager qui pourrait venir en aide par rapport aux différentes démarches administratives à effectuer.
	Créer des liens / coordination avec les acteurs		-Assurer une meilleure coordination avec l'action des assistantes sociales du quartier

Titre de Thèse : L'aide à l'écriture du « projet de santé » de deux maisons de santé pluriprofessionnelles nantaises. Tensions et traductions mises en évidence au cours de l'accompagnement par une interne en santé publique.

RESUME

Contexte : A Nantes, des besoins de santé et des problèmes d'offre médicale identifiés sur deux quartiers amènent la municipalité et les professionnels de santé à collaborer. Dans un contexte national et régional favorables à l'émergence de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), la Ville choisit d'inscrire deux projets de MSP au mandat municipal. En lien avec l'ARS et des représentants des professionnels de santé (URPS, APMSL), la Mission Santé Publique de la Ville s'engage à soutenir le projet dans un esprit de co-construction avec les professionnels de santé, le projet immobilier étant à la charge de la municipalité. Une interne en santé publique en stage à la Mission Santé Publique se voit confier, pendant une année, l'accompagnement de deux équipes de professionnels de santé dans l'écriture de leur projet de santé, première étape d'un projet de MSP.

Méthode : Sur chaque quartier, durant la phase d'écriture des projets de santé qu'elle accompagne, l'interne en santé publique mène une étude comparative des dynamiques développées entre l'équipe des professionnels de santé et la collectivité locale. A travers plusieurs méthodes de recueil de données complémentaires (observation participante, comptes rendus municipaux, entretiens semi dirigés auprès de professionnels de santé, d'élus municipaux et de professionnels de la Ville), il s'agissait de décrire et de confronter les processus par lesquels passent ces deux groupes d'acteurs durant cette phase cruciale du projet, en s'appuyant sur le cadre théorique de la sociologie de la traduction.

Résultats : L'approche comparative des étapes de « contextualisation », de « problématisation » et d'« enrôlement » dans les deux projets s'avère révélatrice des voies singulières empruntées au sein de chaque équipe, confrontée à des enjeux de transformation culturelle pour passer d'une pratique individuelle à un exercice pluriprofessionnel. Ces processus amènent les professionnels de santé à apprendre à se connaître ; à ne pas s'arrêter à la réponse aux demandes individuelles des patients pour envisager également des projets à l'échelle de la population du quartier ; à développer une activité de prévention et à découvrir et collaborer avec de nouveaux acteurs dans ce cadre ; et à considérer la participation des habitants. De leur côté, les professionnels de la Ville sont amenés à comprendre les enjeux pour les professionnels de santé et à s'adapter à leurs temporalités variables d'une équipe à l'autre. Ils doivent également gérer les problématiques immobilières dans le cadre du renouvellement urbain en tenant compte des craintes concernant la localisation des MSP et des enjeux de concurrence entre pharmacies. Le partenariat entre professionnels de santé et collectivités territoriales devient possible en dépassant certaines différences culturelles et professionnelles. Une fois la validation des deux projets de santé obtenue, le processus de traduction sera amené à se poursuivre pour atteindre les conditions d'obtention de financements dédiés au travail pluriprofessionnel.

Conclusion : La « révolution des soins de premier recours » appelle un accompagnement mêlant diverses dimensions de médiation et de traduction, au service du processus toujours singulier de construction d'un projet de santé unique, permettant l'appropriation par les professionnels de santé d'une vision de santé publique.

Mots clés : Soins primaires Maison de santé Pluriprofessionnelle Partenariat Collectivités territoriales - professionnels de santé libéraux Projet de santé Accompagnement Participation des habitants.