



MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES

Recommandations programmatiques architecturales

2019

Maisons de santé pluri-professionnelles

Recommandations programmatiques architecturales

Accompagner les porteurs de projets de santé immobiliers

La santé constitue aujourd'hui l'une des premières préoccupations des Français. Dans les Pays de la Loire, ce défi est d'autant plus stratégique que :

- l'attractivité démographique, qui nous conduit chaque année à accueillir près de 30 000 nouveaux habitants, accentue les besoins en matière de santé, tout comme le vieillissement de la population ;
- notre région compte de nombreux territoires disposant d'une densité médicale faible, ne garantissant pas un accès de proximité à la santé.

Pour lutter contre ce risque de "fracture sanitaire" et l'installation de déserts médicaux, la Région a décidé d'accentuer sa mobilisation en faveur d'une santé pour tous et sur tous les territoires, avec un

Plan régional d'accès à la santé 2017-2020 construit avec les collectivités, les professionnels de santé et l'ARS.

Nous avons ainsi mis en œuvre des actions concrètes, pragmatiques et innovantes visant notamment à encourager l'installation et le maintien de professionnels de santé dans les territoires déficitaires.

C'est dans cet esprit que la Région des Pays de la Loire et l'Union régionale des CAUE des Pays de la Loire ont rédigé ce guide de recommandations architecturales. Il se veut un outil pratique et opérationnel permettant d'accompagner les élus et acteurs de santé qui s'engagent dans un projet immobilier de maison de santé pluri-professionnelle.



Région Pays de la Loire / Ouest-Médias

Christelle MORANÇAIS
Présidente du Conseil régional
des Pays de la Loire

Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les accompagnements à domicile nécessitent aujourd'hui une coordination accrue entre les acteurs de santé autour du patient. Cette coordination, pour être efficace, doit être soutenue et formalisée. Le développement de nouveaux modes d'exercice comme les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) constituent une première étape dans la structuration de la coordination des différents professionnels de santé. Ces nouvelles modalités coordonnées sont par ailleurs aujourd'hui un facteur d'attractivité des professionnels de santé.

Pour conserver une offre de santé cohérente sur les territoires, il est souhaitable que ces nouvelles organisations s'accompagnent d'une réflexion territoriale sur l'accès aux soins.

La construction ou la réhabilitation de locaux destinés à accueillir des équipes de professionnels doit donc répondre au double enjeu d'organisation des parcours de santé et de sa répartition sur les territoires. Dans ce contexte, la concertation entre collectivités territoriales, usagers, professionnels de santé et les pouvoirs publics est un élément déterminant de la réussite de ces nouvelles structururations que sont les MSP.

C'est la raison pour laquelle l'ARS s'est engagée avec la Région des Pays de la Loire et l'Union régionale des CAUE dans l'élaboration de ce guide de recommandations architecturales pour la construction de locaux destinés à des MSP.



Jean-Jacques COIPLÉ
Directeur général de l'Agence régionale
de santé des Pays de la Loire

Depuis près de dix ans, l'APMSL (Association pour le développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel) travaille avec et pour les professionnels de santé pour favoriser l'émergence et l'ancrage de l'exercice coordonné pluri-professionnel. Le travail ensemble est pour nous une valeur essentielle et assumée que nous portons comme la valeur première de la santé.

Pour nous aider dans notre projet ambitieux, nous avons depuis plusieurs années le soutien de l'ARS et de la Région des Pays de la Loire. Grâce à nos travaux convergents, notre région est aujourd'hui un fer de

lance de l'exercice coordonné. Par ce guide architectural, nous montrons encore une fois, que nous sommes en capacité de travailler ensemble, pour permettre aux professionnels de santé, aux élus et aux Ligériens, de construire l'accès à la santé dans un dialogue et un souci des besoins et des atouts de chaque territoire.

Nous montrons également que l'architecture est un outil au service de l'exercice coordonné.

Nous souhaitons que ce guide facilite les projets architecturaux de MSP en mettant l'équipe coordonnée au cœur de ces projets.

COPRÉSIDENTS DE L'APMSL :



Charlotte DUBOIS-HERVÉ
Coprésidente,
Diététicienne,
Pôle Santé de Clisson (44)



Carine RENAUX
Coprésidente,
Infirmière,
Pôle Santé Loire et Sillon (44)



Gilles BARNABÉ
Coprésident,
Médecin généraliste,
Pôle Santé de Clisson (44)

Depuis sa création en 1984, l'Union régionale des CAUE (Conseil d'architecture d'urbanisme et de l'environnement) est un partenaire de la Région dans l'exercice de ses compétences au service des politiques régionales portant sur la qualité du cadre de vie de nos concitoyens. Formalisé par une convention annuelle, ce partenariat s'est élargi en 2019 autour de la question de la programmation et de la réalisation des maisons de santé pluri-professionnelles, équipements au cœur de la politique de santé régionale visant à apporter une réponse opérationnelle au problème de repli de l'offre de services médicaux dans nos territoires.

La réalisation de ce guide sur la mise en œuvre de ces équipements publics s'inscrit dans un projet porté conjointement par l'Agence régionale de santé, l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel des Pays de la Loire, l'Union régionale des CAUE et la Région des Pays de la Loire, et visant à offrir aux collectivités territoriales un outil d'aide à la décision et à la concrétisation d'un projet de maison de santé.

Apparaissant souvent comme le dernier service "public" présent après la perte des autres services ou commerces, l'offre locale de soins constitue un lien social et solidaire impératif à la vie de nos territoires, qu'ils soient urbains, périurbains ou ruraux. Plus qu'un simple équipement, une maison de santé pluri-professionnelle est d'abord l'incarnation d'un projet de santé territorial assurant une offre de soins la plus complète et la plus proche possible pour tous nos concitoyens.

Par la pluridisciplinarité de ses professionnels, elle offre également un service de soins pour tous et partout, dans le souci d'un parcours de soins complet et facilement accessible. Mais elle doit aussi offrir à ses utilisateurs, professionnels ou patients, une qualité de fonctionnement et de confort notamment pour ses bénéficiaires les plus faibles et les plus fragiles.

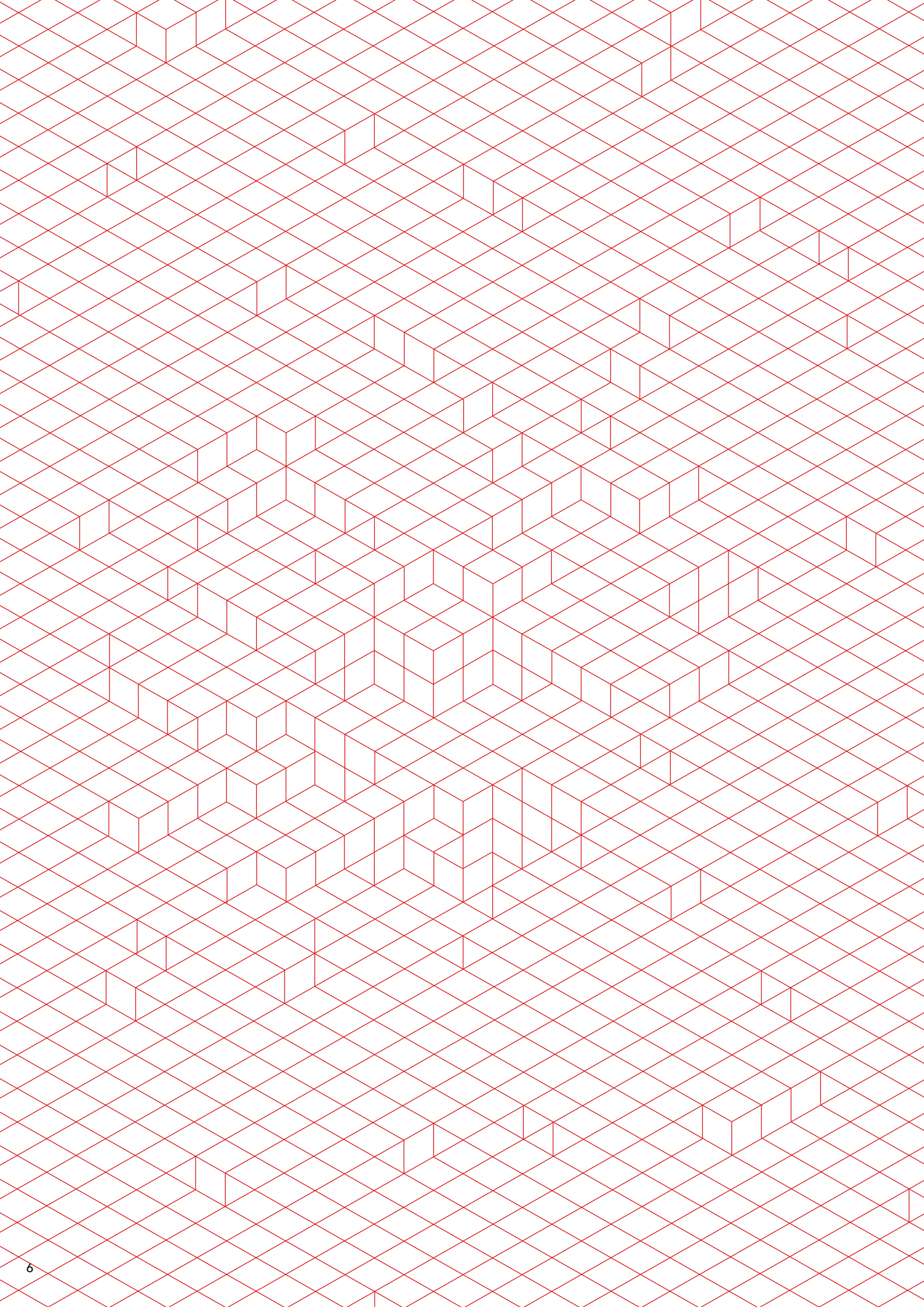
Cette attention portée au projet architectural s'opère d'abord dans la qualité du programme construit en partenariat entre la collectivité territoriale et les professionnels de santé. Compréhension des enjeux et écoute des besoins, telles seront les deux priorités qui doivent conduire cette étape préalable et essentielle d'écriture du programme de l'opération. Mais la qualité du projet passe également par l'exigence de qualité de réalisation pour laquelle le maître d'ouvrage doit se rappeler ses responsabilités et obligations sur la maîtrise environnementale de son projet : la performance énergétique bien évidemment mais là plus qu'ailleurs, l'exemplarité du projet sur la santé de ses utilisateurs dans le choix des matériaux et leur mise en œuvre.

Car la santé n'est pas la seule affaire des médecins ; elle est aussi celle des maîtres d'ouvrages, publics et privés, des professionnels aménageurs et constructeurs de notre cadre de vie quotidien car notre santé passe d'abord par un environnement sain et durable. C'est aussi le sens de l'action des CAUE des Pays de la Loire.



Anita Nouzeau

Gilles LEROY
Président de l'URCAUE
des Pays de la Loire



Sommaire

INTRODUCTION	8
I L'ACCÈS AUX SOINS EN PAYS DE LA LOIRE CONTEXTE, ENJEUX, ENGAGEMENTS DE LA RÉGION ET DE L'ARS	9
1. Le constat : une augmentation des inégalités d'accès aux soins de proximité en France comme en région	10
2. Quelles solutions pour maintenir et développer l'accès aux soins de proximité dans les territoires ?	12
3. La Région et l'ARS des Pays de la Loire s'engagent	14
II QU'EST-CE QU'UN PROJET DE SANTÉ ? QU'EST-CE QU'UNE MSP ?	15
1. Définition juridique de la maison de santé pluri-professionnelle (MSP)	16
2. Une MSP : avant tout une équipe de professionnels de santé	17
3. Le projet de santé : le socle de la MSP	18
4. Le projet immobilier de MSP : un plus mais pas un incontournable	19
III DU PROJET DE SANTÉ À LA CONSTRUCTION D'UNE MSP RECOMMANDATIONS PROGRAMMATIQUES ARCHITECTURALES	21
1. L'offre locale de soins : quel rôle et quels leviers pour les collectivités locales ?	22
2. Quelle implantation locale pour le projet immobilier de MSP ?	24
3. Traduire un projet de santé en programme immobilier	27
IV FONCTIONNEMENT ET GESTION DE LA MSP	43
V LES AIDES PUBLIQUES	47
VI EXEMPLES DE MSP	49

Introduction

La Région des Pays de la Loire et l'Union régionale des conseils d'architecture d'urbanisme et de l'environnement (URCAUE) ont décidé d'engager un partenariat pour accompagner les acteurs locaux qui décident de construire et d'aménager des maisons de santé pluri-professionnelles sur le territoire régional.

La Région des Pays de la Loire a adopté en décembre 2016 son Plan d'accès à la santé partout et pour tous en quinze mesures visant à favoriser le maintien et l'installation durable des professionnels de santé dans les territoires qui en manquent aujourd'hui ou qui en manqueront demain. Dans ce cadre, elle entend ainsi accompagner en priorité les élus locaux, qui jouent un rôle fondamental, en y associant étroitement les professionnels de santé dans une logique de coordination étroite avec les nombreux acteurs régionaux déjà mobilisés. Parmi les mesures phares de ce plan, la Région ambitionne de soutenir trente-cinq nouvelles maisons de santé sous maîtrise d'ouvrage des collectivités locales, sur son territoire d'ici 2021. Elle entend également mieux sensibiliser et accompagner les acteurs locaux dans la réflexion de leurs projets.

Les CAUE, coordonnés en région par l'URCAUE, conformément à l'ambition qui a guidé leur création en 1979, conseillent et forment des maîtres d'ouvrage privés et publics. Ils guident notamment les élus locaux dans leurs projets d'aménagement, de développement et de construction, les maisons de santé comptant aujourd'hui parmi les projets prioritaires des élus locaux, tant en zone urbaine que rurale.

Si l'organisation des professionnels est un préalable indispensable à la réflexion du projet immobilier des maisons de santé, un besoin d'accompagnement spécifique des maîtres d'ouvrages locaux sur la conception et la gestion de ce type d'équipements n'en demeure pas moins essentiel.

La construction de locaux pour des professionnels de santé est forcément le fruit d'un projet de santé écrit par les professionnels de santé qui vont intégrer les locaux et d'une réflexion territoriale sur le maillage de l'offre de soins : les communes ne peuvent partir isolément sur de tels projets vu leur coût et le risque de concurrence entre les territoires qui pourrait en résulter. Sans ces deux préalables, le risque est grand pour les collectivités de ne pas remplir leurs locaux et d'avoir de ce fait recours à des pratiques coûteuses supplémentaires. Le présent guide a pour objet de formuler et illustrer des recommandations architecturales sur les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Ces recommandations sont destinées à nourrir la réflexion :

- des porteurs de projets locaux de MSP (maîtres d'ouvrage publics, professionnels de santé) ;
- des concepteurs de ces projets (architectes) ;
- des prescripteurs et financeurs (association des pôles et maisons de santé, Région, Départements, ARS, Associations des maires, etc.).



L'ACCÈS AUX SOINS EN PAYS DE LA LOIRE



Contexte, enjeux,
engagements de la Région et de l'ARS



1. Le constat : une augmentation des inégalités d'accès aux soins de proximité en France comme en région

Avec 102 000 médecins généralistes actifs au 1^{er} janvier 2018, la France n'a jamais compté autant de médecins en activité. Pourtant, la faiblesse de la démographie médicale dans certaines régions est plus que problématique : sur la base de 2,5 consultations par habitant et par an, près de 5,7 millions de personnes, soit 8,6 % de la population, se trouvent dans une commune "sous-dense" en médecins généralistes et ont ainsi une accessibilité à des praticiens inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

Outre un accès aux soins plus difficile, elle entraîne une augmentation du coût de la santé pour les Français. Et ses conséquences ne se font pas attendre : jamais le renoncement aux soins n'a été si important que ces dernières années.

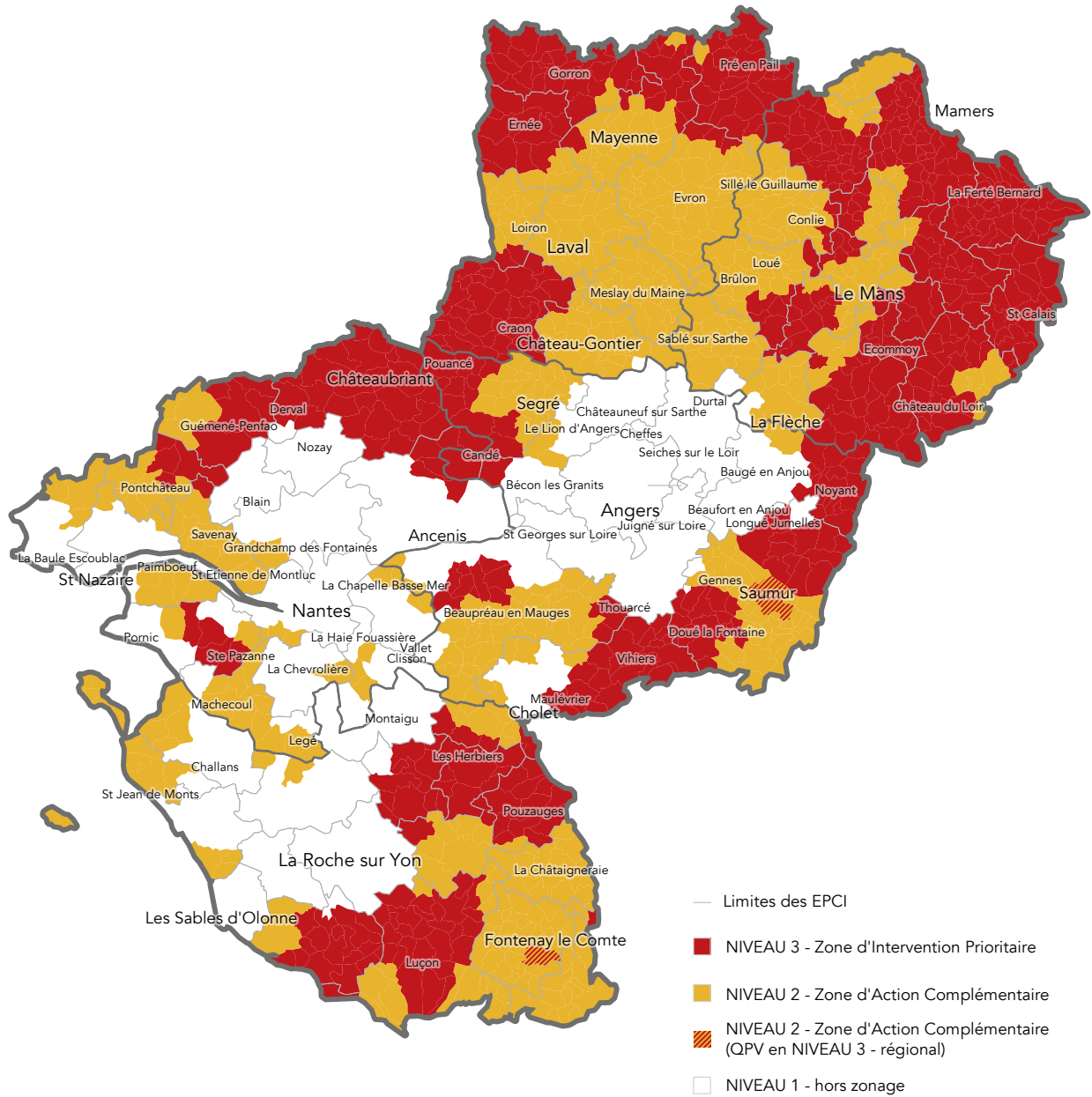
La Région des Pays de la Loire est particulièrement touchée par cette "fracture sanitaire", accentuée par :

- l'augmentation de la population régionale (près de 30 000 habitants par an).
- les évolutions de la démographie de la région :
 - maintien d'une forte natalité (en moyenne 2,07 enfants par femme, les Pays de la Loire au second rang des régions françaises) ;
 - et surtout un vieillissement accéléré de la population : 526 000 Ligériens de 60 ans et plus supplémentaires entre 2010 et 2030. 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 2030.
- des prises en charge à domicile plus lourdes (virage ambulatoire, maintien à domicile des personnes âgées...) nécessitant une coordination accrue des acteurs de santé.

Face à cela, en Pays de la Loire, l'offre de santé de proximité, dite de "premier recours" (médecin généraliste, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute...) peine à satisfaire les besoins de la population :

- l'accès demeure difficile pour la population : 18,2 % de la population, soit plus de 660 000 habitants, habite en zone d'intervention prioritaire au regard du nouveau zonage médecin arrêté par l'ARS en janvier 2018 ;
- des tensions sur les effectifs des différents praticiens (départs à la retraite massifs, limitation du nombre de jeunes praticiens - numerus clausus) et une conséquence sur la dégradation des conditions d'exercice ;
- une inégale répartition des professionnels de santé avec de nombreuses zones sous denses (aussi bien en milieu rural qu'urbain) et peu, voire pas, de zones sur denses...

Par ailleurs des mutations organisationnelles et technologiques vont profondément modifier l'exercice futur des professionnels de santé dans les territoires : la recherche d'un meilleur équilibre vie familiale vie professionnelle, la volonté de travailler en réseau, des évolutions technologiques majeures (télémédecine, médecine prédictive et personnalisée), le passage d'un système de santé centré sur la logique curative vers un système associant plus de prévention.



2. Quelles solutions pour maintenir et développer l'accès aux soins de proximité dans les territoires ?

La solution unique et "miracle" n'existe pas. On constate qu'une démarche de construction d'un cabinet par une commune isolée qui veut attirer en urgence un médecin est généralement un raisonnement voué à l'échec.

Pourquoi ? Parce que la recherche légitime d'une solution au "désert médical" cristallise trop souvent sur le projet architectural sans l'avoir fait pré-

cedé de la réflexion sur la nécessaire organisation des professionnels : le projet de santé.

La réponse locale à apporter à ce problème de "désertification médicale" doit donc résulter d'une démarche structurée combinant des solutions à adapter au territoire, impliquant élus, professionnels et acteurs locaux.

2.1 UNE ACTION CIBLANT DIRECTEMENT L'OFFRE LOCALE DE SANTÉ

Il s'agit de mettre en œuvre des actions touchant directement l'organisation ou les équipements de santé du territoire, par exemple :

- des aides individuelles à l'installation des professionnels (et futurs professionnels) de santé ;
- la stimulation et l'accompagnement d'organisations professionnelles locales permettant un exercice pluridisciplinaire coordonné :
 - équipes de soins primaires telles que des maisons de santé ou des centres de santé pluri-professionnels ;
 - communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- l'intégration de nouvelles mesures/innovations dans ces organisations professionnelles locales, avec par exemple :
 - la mobilisation de professionnels de santé retraités ;
 - des protocoles de coopération permettant des délégations de compétences entre médecins géné-

ralistes et autres professions, notamment des infirmiers ;

- les assistants médicaux.

- le développement/confortement d'un maillage d'offre de santé sur le territoire :
 - des "bâtiments" : pour des maisons et centres de santé, cabinets de groupes de professionnels de santé libéraux, pharmacies, hôpitaux, Ehpad...
 - ...mais aussi une offre de soins "dématérialisée" via la télémédecine (téléconsultation, télé expertise).
- le développement de la promotion de la santé, la prévention, sur le territoire permettant ainsi de limiter le recours aux soins : l'éducation à la santé des jeunes ou la prévention des chutes chez les personnes âgées.

2.2 UNE ACTION LOCALE SUR L'ORGANISATION D'UNE GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE SANTÉ

Dans ce cas de figure, c'est l'organisation du territoire et la prise de compétence de la collectivité en matière de politique locale de santé qui sont question avec :

- la nécessité d'une volonté politique pour dépasser l'échelle des petites communes isolées et viser une approche pluricommunale. Ceci implique une réflexion sur la prise de compétence santé par les intercommunalités ;

• la mise en œuvre d'outils au service d'une politique globale de santé : le contrat local de santé ;

• la mobilisation d'une ingénierie locale en santé (via un animateur local de santé, par exemple, chargé de mettre en œuvre cette politique globale de santé).

2.3 UNE ACTION SUR L'ATTRACTIVITÉ ET L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Il s'agit d'activer d'autres leviers en matière de développement local qui concourent directement ou indirectement à stimuler l'offre locale de santé :

- les mobilités (infrastructures et services) pour favoriser l'accès à la population aux établissements de soins ;

- l'offre de service à la population ;
- la couverture numérique ;
- le cadre de vie et la promotion du territoire.

2.4 UN VÉRITABLE ÉCOSYSTÈME D'ACTEURS POUR INITIER ET METTRE EN ŒUVRE CES ACTIONS

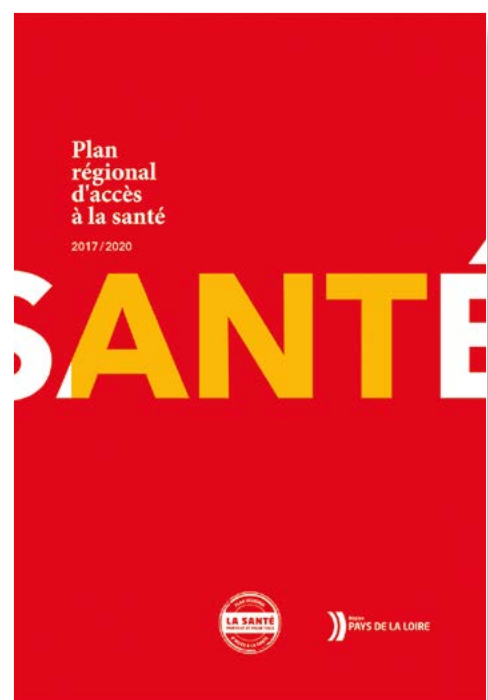
Si les décisions nationales (par la voie législative et réglementaire) influent de manière importante sur la situation (en supprimant par exemple le numerus clausus), nombre des leviers cités précédemment relèvent plutôt de la compétence et de l'action des acteurs locaux :

- des institutions d'une part :
 - Agence régionale de santé ;
 - Assurance maladie ;
 - Collectivités locales (Région, Départements ; Intercommunalités, Communes).
 - ...
- des acteurs de santé, représentant les professionnels de santé du premier recours d'autre part :
 - Unions régionales des professionnels de santé (URPS), Ordres, l'association "Équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient

(ESP-CLAP)", l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel en Pays de la Loire (APMSL) ;

- les centres hospitaliers (universitaires et autres) ;
- ...

Cet écosystème d'acteurs est fédéré par l'ARS à l'échelle régionale, dans le cadre du Comité régional de concertation des soins de premier recours (Corecs), et départementale, dans le cadre des Comités d'accompagnement territoriaux de soins de premier recours (Cats).



3. La Région et l'ARS des Pays de la Loire s'engagent

3.1 L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE

Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les prises en charges de plus en plus lourdes et complexes nécessitent aujourd'hui une coordination accrue entre les acteurs de santé.

Le projet régional de santé (PRS) 2018-2022 des Pays de la Loire a donc réaffirmé l'ambition de l'ARS affichée dès le précédent PRS sur l'accompagnement de l'exercice pluri-professionnel coordonné sur les territoires. Ainsi à ce jour, la région compte plus de quatre-vingt-dix MSP sur son territoire avec un objectif de plus de cent maisons de santé à l'horizon 2022.

Concrètement, le PRS intègre un objectif opérationnel sur l'accompagnement du développement de l'exercice pluri-professionnel coordonné sur les territoires avec :

- la promotion de l'exercice coordonné auprès des professionnels de santé en exercice :

- poursuite de la démarche pédagogique en direction des professionnels, notamment via l'action de l'APMSL ;
- sollicitation des cabinets de groupe pluri-professionnels pour leur présenter les nouvelles formes d'exercice possibles et échanger avec eux sur leurs besoins ;
- poursuite de la pédagogie en direction des élus.

- la poursuite du déploiement des maisons de santé et leur structuration :
 - accompagnement des nouveaux projets ;
 - accompagnement des MSP en fonctionnement pour leur permettre de progresser en termes de coordination ;
 - poursuite de l'accompagnement à la maîtrise d'ouvrage des maisons de santé dans le choix de leur système d'information ;
 - développement des fonctions de coordination dans les MSP.

3.2 LA RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE

"Dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'Article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales, le Conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région et le directeur général de l'Agence régionale de santé sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre." Article L1424-1 du Code de la santé publique.

La Région des Pays de la Loire a décidé d'aller au-delà de ses obligations formelles pour s'engager dans une action volontariste visant à :

- renforcer l'offre de santé en priorité dans les territoires en difficulté ;
- préparer l'avenir.

Ce sont les deux objectifs du Plan régional d'accès à la santé 2017-2020 adopté en décembre 2016 par l'Assemblée régionale.

Décliné en 15 mesures, ce plan propose :

- une action volontariste de la Région pour dépasser la logique de financement, pour une action coordonnée

et en complémentarité avec l'ensemble des acteurs régionaux de la santé, afin d'agir de la prévention (chez les jeunes prioritairement) à l'accès aux soins.

- un investissement régional de 10 M€ sur quatre ans avec :
 - la création d'un fonds régional d'accompagnement à l'innovation en santé ;
 - un accompagnement aux projets de santé des territoires et des professionnels ;
 - un soutien à l'investissement de trente-cinq nouvelles maisons de santé d'ici 2021 ;
 - un soutien renforcé des territoires les plus menacés ;
 - l'émergence de maisons de santé universitaires sur le territoire intégrant des programmes de recherche sur les soins primaires ;
 - une méthode fondée sur la concertation et l'évaluation : soixante dix partenaires régionaux associés.

Depuis 2016, la Région a soutenu financièrement vingt-cinq nouvelles maisons de santé pluri-professionnelles sous maîtrise d'ouvrage publique, portant le total à soixante-quatorze depuis le début de ce dispositif en 2007.



**QU'EST-CE QU'UN PROJET DE SANTÉ ?
QU'EST-CE QU'UNE MSP ?**



1. Définition juridique de la maison de santé pluri-professionnelle (MSP)

Selon l'Article L.6323-3 du Code de la santé publique, une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours, et peuvent participer à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent dans le respect du cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

2. Une MSP : avant tout une équipe de professionnels de santé

La maison de santé est en premier lieu une équipe pluri-professionnelle libérale aux compétences multiples qui peut regrouper :

- les professions médicales : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ;
- les pharmaciens ;
- les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthopédistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens.

Les autres professions réglementées par le Code de la santé publique ou non ne peuvent pas être membres d'une MSP au sens juridique du terme. Ils peuvent toutefois être signataires du projet de santé dans la mesure où ils participent à la mise en œuvre d'actions explicitement prévues dans le projet de santé.

À PROPOS

Quel montage juridique préférentiel pour une maison de santé pluri-professionnelle ?

L'Association loi 1901 :

- porte le projet de santé auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) ;
- fédère les acteurs de santé de la MSP ;
- est l'interlocuteur unique face aux partenaires financiers et institutionnels ;
- est une structure juridique aux modalités d'entrée et sortie des membres allégées.

La Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), limitée aux professionnels de santé, au sens du Code de la santé publique :

- peut porter les actions précédentes ;
- permet de percevoir les rémunérations d'équipes accordées par la CPAM.

D'autres montages existent également (société civile de moyens, société civile professionnelle, société d'exercice libéral à responsabilité limitée), davantage destinés à la gestion du patrimoine.

Dans la plupart des cas, un projet de MSP est initié sous forme associative (phase préparatoire du projet de santé) avant de se structurer en Sisa dans sa phase de fonctionnement pérenne.

3. Le projet de santé : le socle de la MSP

Ces professionnels élaborent un projet commun, le projet de santé, qui sera le socle de leur exercice pluri-professionnel. Il décrit les objectifs communs à l'équipe et les modalités d'amélioration collective du service au patient (continuité des soins, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, coopération en interne et avec les partenaires extérieurs). Il détaille les modalités de coordination pluri-professionnelle et de partage.

L'exercice en maison de santé permet ainsi :

- d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux en leur permettant notamment une mutualisation du secrétariat, la mise en place de plannings, l'organisation des remplacements en période de congés ou la prise en charge des petites urgences ;
- de renforcer les liens entre professionnels de santé par le partage de répertoires, des réunions d'échange de pratiques, des temps de rencontres, un système d'information commun ;
- de faciliter la prise en charge coordonnée des patients avec la mise en place de réunions de coordination pluri-professionnelle autour de dossiers patients, la définition de parcours de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, la mise en place d'actions collectives de prévention...

À PROPOS



L'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel en Pays de la Loire - APMSL - est une association loi 1901, créée en 2010 à l'initiative de professionnels de santé exerçant dans des maisons de santé pluri-professionnelles. L'APMSL est adhérente à la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS). L'APMSL se donne

pour objectif de proposer et de mettre en oeuvre les conditions favorables :

- à la structuration d'un exercice coordonné en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ;
- au développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel sur le modèle de la MSP.

www.apmsl.fr

4. Le projet immobilier de MSP : un plus mais pas un incontournable

Les textes ne font pas référence à un regroupement physique des professionnels de santé signataires du projet de santé. Aussi, l'ARS des Pays de la Loire, en accord avec ses partenaires, a choisi de valider les projets de MSP sur le contenu du projet de santé et sur l'implication des professionnels dans ce projet, indépendamment d'un projet immobilier.

On observe toutefois que le projet de santé est plus souvent accompagné d'un projet immobilier porté par une collectivité locale.

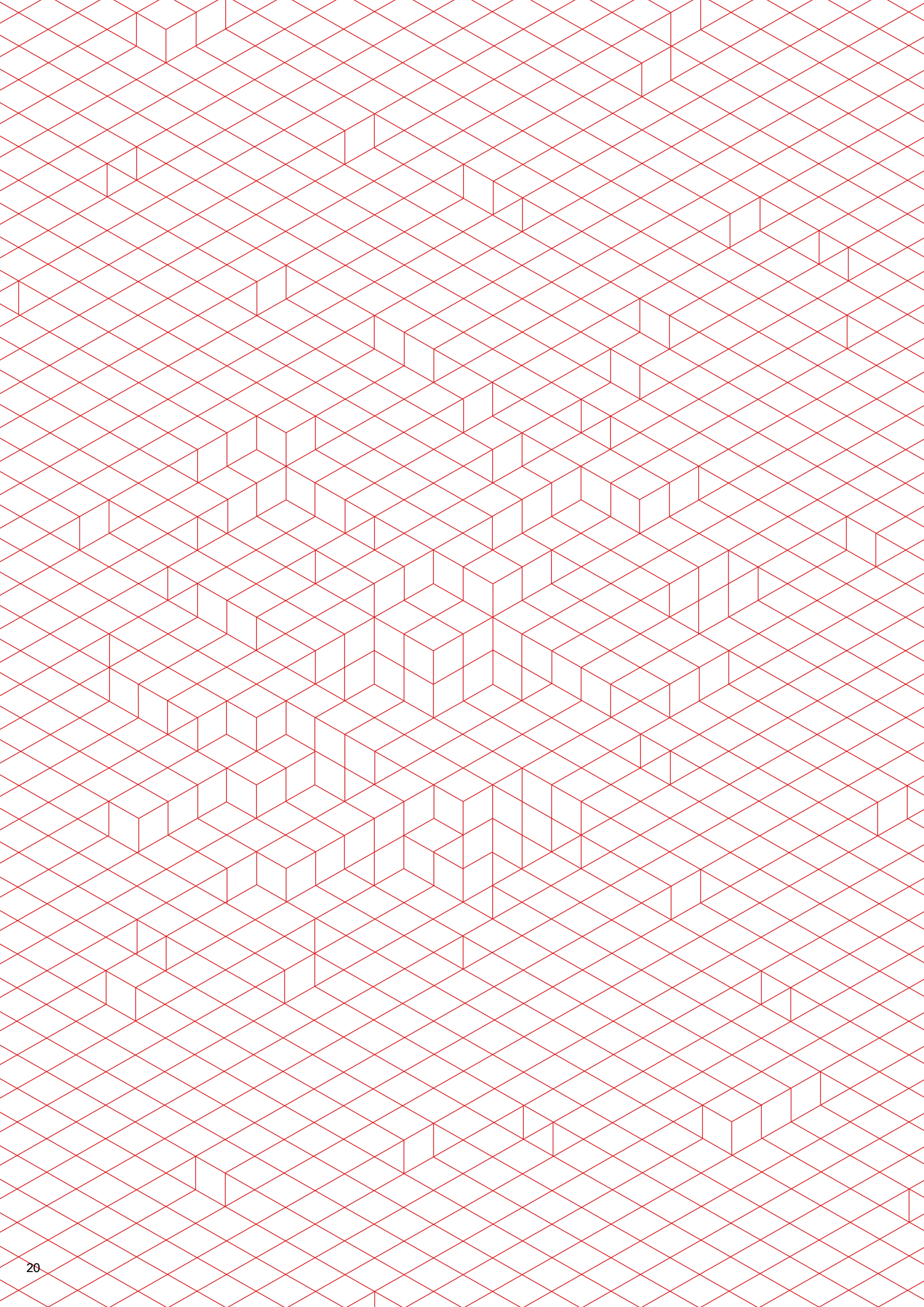
Dans ce cas de figure, il faut savoir que la construction de locaux pour des professionnels de santé est forcément le fruit :

- d'un projet de santé écrit par les professionnels de santé qui vont intégrer les locaux :
 - *c'est la garantie que les lieux vont correspondre à leurs besoins et facilitent réellement leur travail en équipe (salle de réunion, bureau pour un coordinateur, proximité des cabinets médecins/infirmiers...)* ;

- *c'est la meilleure parade aux locaux vides : à travers le travail d'écriture de leur projet de santé, les professionnels de santé vont apprendre à se connaître, mesurer l'intérêt de travailler ensemble. Ils s'engagent les uns envers les autres ;*

- d'une réflexion territoriale sur le maillage de l'offre de soins : les communes ne peuvent partir isolément sur de tels projets vu leur coût et le risque de concurrence qui pourrait en résulter.

Sans ces deux préalables, le risque est grand pour les collectivités de ne pas remplir leurs locaux et d'avoir de ce fait recours à des pratiques coûteuses supplémentaires (cabinet de recrutement, octroi de baisses de loyers...) ou contre-productives en acceptant par exemple d'intégrer dans les locaux des professionnels du bien-être.





DU PROJET DE SANTÉ À LA CONSTRUCTION D'UNE MSP

Recommandations
programmatisques architecturales

1. L'offre locale de soins : quel rôle et quels leviers pour les collectivités locales ?

Pour une commune ou un EPCI, décider de construire une maison de santé ne peut résulter que d'une réflexion stratégique préalable partagée entre élus et professionnels de santé du territoire. C'est l'objet du présent chapitre.

1.1 UN PREMIER TEMPS : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ DU TERRITOIRE

"Un diagnostic territorial de santé a pour objectif de décrire la situation sanitaire et sociale d'une zone géographique ainsi que les attentes de la population et des professionnels, afin d'identifier les forces et les faiblesses de ce territoire sur le plan des besoins de santé, de l'organisation des soins et de l'accompagnement des populations fragiles" (Source : Observatoire régional de santé des Pays de la Loire - Diagnostic ter-

ritorial : un outil pour analyser la santé et les soins au niveau local - janvier 2018).

Hormis les grands centres urbains ou les communes nouvelles de taille importante, l'échelle d'un diagnostic territorial de santé est le plus souvent intercommunale. Il est donc porté par l'EPCI référent qui peut bénéficier pour cela d'un soutien financier de la Région, voire de l'ARS.

1.2 UN SECOND TEMPS : LE PARTAGE DU DIAGNOSTIC

De nombreux enjeux peuvent découler du diagnostic. Le partage entre élus, professionnels de santé, acteurs du territoire (associations, centres sociaux par

ex.) et bien sûr la population, est une étape majeure de laquelle doit découler un plan d'actions répartissant les objectifs et les pilotes.

À PROPOS

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (ORS) DES PAYS DE LA LOIRE



L'ORS accompagne les acteurs locaux qui le souhaitent (collectivités, maisons ou établissements de santé, communautés professionnelles, équipes de soins...), pour conduire des démarches diagnostiques dans les territoires. Ces

travaux peuvent concerner un champ très large, ou cibler un thème (accès aux professionnels de santé, santé mentale, addiction, diabète...) ou une population spécifique (enfants, jeunes, per-

sonnes âgées ou en situation de handicap...). En fonction de la demande, l'ORS développe une démarche sur mesure, mobilisant des données existantes ou collectées spécifiquement et des outils variés (approches quantitatives ou qualitatives : démarches de concertation, enquêtes de population, enquêtes auprès d'institutions ou de professionnels de santé, journées d'échanges...). L'ORS propose ainsi trois types de diagnostics locaux de santé (DLS) : tableau de bord ou liste d'indicateurs, diagnostic territorial global ou thématique, diagnostic local partagé.

www.santepaysdelaloire.com

1.3 UN TROISIÈME TEMPS : LA STRATÉGIE DE SANTÉ DE LA COLLECTIVITÉ

La clarification et la répartition des rôles sont en effet essentielles. Un projet territorial (ou stratégie territoriale de santé), porté par une collectivité (dans le cadre d'un contrat local de santé par exemple) doit clairement s'articuler avec les actions pilotées par les professionnels de santé du territoire. Ces derniers peuvent en effet être engagés sur différentes démarches d'organisation qui leur sont propres (équipes de soins primaires, maison de santé ou communauté professionnelle territoriale de santé) avec un périmètre géographique qui ne recoupe pas toujours les limites administratives de la commune ou de l'EPCI.

Le rôle des collectivités est de contribuer à un accès équitable à l'offre de soins par la population sur leur territoire. Le périmètre de cette réflexion varie selon les activités étudiées : urgences vitales, soins de proximité, soins spécialisés, activités très spécialisées, etc.

Au-delà de l'implantation des activités médicales et paramédicales, ceci renvoie à la question des mobilités (infrastructure et services) ou de la desserte numérique : une stratégie territoriale de santé **doit s'inscrire dans une logique plus globale d'aménagement du territoire.**

1.4 UN QUATRIÈME TEMPS : PRENDRE LA DÉCISION DE CONSTRUIRE UNE OU PLUSIEURS MSP SUR LE TERRITOIRE

Pour une collectivité, la décision de construire une MSP résulte :

- des étapes et réflexions précédentes ;
- des constats d'un déficit d'initiatives privées dans ce domaine qui amène la collectivité à prendre le relais ;
- d'une clarification dans la répartition des compétences entre communes et communauté de communes.

À PROPOS

LA SANTÉ DANS LES SCOT ET LES PLU

Force est de constater qu'aujourd'hui, l'accès à la santé est encore peu traité dans les documents d'urbanisme :

- Dans le Schéma de cohérence territoriale (SCoT) du territoire : il s'agit de déterminer, à l'échelle de plusieurs communes ou groupements de communes, un projet de territoire visant à mettre en cohérence l'ensemble des politiques sectorielles notamment en matière d'habitat, de mobilité, d'aménagement commercial, d'environnement et de paysage.

- Dans le Plan local d'urbanisme (PLU) : il s'agit d'un document d'urbanisme qui, à l'échelle d'une commune ou d'un groupement de communes (EPCI), établit un projet global d'urbanisme et d'aménagement et fixe en conséquence les règles générales d'utilisation du sol sur le territoire considéré.

Ces deux documents sont importants pour des projets de MSP afin d'anticiper le maillage de l'offre de soins du territoire (SCoT) et leur implantation urbaine (PLU).

À PROPOS

QUELLES COMPÉTENCES MSP POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ?

La Loi (Article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales) précise qu'en matière de santé "les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales".

Pour l'installation des professionnels, d'autres compétences sont attribuées aux collectivités telles que la possibilité d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de

professionnels de santé ou accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires.

La loi ne distribue donc pas la compétence "construction de maison de santé" entre l'échelon communal et intercommunal. L'échelle d'action est toutefois déterminante : pour avoir une approche plus large sur l'accès aux soins, le parcours de soins, la complémentarité des spécialités, l'intercommunalité paraît généralement plus pertinente que la commune, surtout en zone rurale ou périurbaine.



2. Quelle implantation locale pour le projet immobilier de MSP ?

La question du projet immobilier constitue une étape importante dans la démarche de concrétisation d'une maison de santé.

2.1 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UNE IMPLANTATION PERTINENTE

Préalablement à la concrétisation du projet immobilier, et en fonction de la taille du projet et du nombre de professionnels impliqués, plusieurs questions doivent être abordées :

- l'organisation territoriale des professionnels suppose-t-elle un projet immobilier unique ou multi-sites ?
- les choix d'aménagement portés par les collectivités locales à travers notamment leurs SCoT et leurs déclinaisons dans les PLU(I) supposent-ils une priorité donnée à l'implantation des équipements ou services sur une polarité principale ou secondaire ?
- à l'échelle de la commune et selon son fonctionnement urbain, faut-il privilégier une implantation en périphérie ou en cœur de ville ?

- la collectivité dispose-t-elle d'un foncier ou d'un ensemble bâti disponible ?
- les caractéristiques physiques du lieu : accès, parcellaire, environnement bâti, topographie, paysage, servitudes patrimoniales ou environnementales...

Cette démarche de questionnement "territorial" se construit en présence des trois acteurs principaux concernés : la collectivité territoriale potentiellement maître d'ouvrage de l'opération, les professionnels de santé et les patients. Elle doit permettre de comprendre les attendus et contraintes de chacune des parties prenantes pour éclairer les professionnels et la collectivité territoriale maître d'ouvrage de l'opération et leur permettre d'effectuer le choix le plus pertinent pour la réussite du projet.

FOCUS

MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE DE NOIRMOUTIER-EN-L'ÎLE

Maître d'ouvrage : *Communauté de communes de Noirmoutier*
Maître d'œuvre : *ESSENTIEL Architectes*
Date de réalisation : 2015

Dans un contexte territorial singulier lié à son insularité, le projet s'est d'abord construit autour de l'idée d'assurer un service aux habitants et aux visiteurs en optimisant les conditions existantes et la chaîne de soins. De l'analyse territoriale et de l'offre de soins déjà présente sur l'île a émergé le principe d'une maison de santé organisée sur trois sites : deux sites à Noirmoutier-en-l'île dont un héberge la maison médicale de garde et un site à Barbâtre. Porté par la Communauté de

communes de Noirmoutier, le projet immobilier n'est au final que la concrétisation d'une offre de soins co-construite par les professionnels de santé et la collectivité territoriale à l'échelle de l'île. Cette cohérence de projet s'est traduite jusque dans les choix des matériaux qui ont été mis en œuvre sur les trois sites accueillant l'équipement.



Olivier LE BOUR

Ce choix peut en effet nécessiter des arbitrages sur des points de vue divergents dans les enjeux affectés au projet :

- une visibilité et une facilité de desserte souhaitées par des professionnels privilégiant une implantation en périphérie de ville face à une volonté municipale de reconquérir un centre urbain ;

- des stationnements dédiés face à une offre existante de stationnements publics ;
- une simple optimisation économique du projet ou un projet d'optimisation de l'offre de santé...

2.2 MSP MONO OU MULTI-SITES : QUEL MAILLAGE RETENIR SUR UN TERRITOIRE ?

Lorsqu'une MSP fait l'objet d'un projet immobilier, celui-ci peut être :

- mono-site : tous les professionnels de santé sont regroupés sous un même bâti sur une commune ;
- multi-sites : les professionnels de santé sont dans des cabinets séparés sur une ou plusieurs communes.

En mode mono-site, le développement de maisons de santé à l'échelle intercommunale peut présenter le risque de polariser l'offre locale sur un centre unique "asséchant" le territoire alentour. Par exemple, si, dans un canton dit déficitaire, on rassemble l'offre dans un lieu unique, on risque de mettre en difficulté les cabinets périphériques, éloignant encore plus l'offre existante des habitants (voire en fragilisant la pérennité des autres pharmacies locales). Dans les cantons ru-

raux où réside une population âgée, qui ne peut se déplacer que difficilement, le risque est en effet réel. La réponse doit donc être en réseau. La maison de santé permet un fonctionnement avec des professionnels exerçant dans d'autres lieux. La pratique du cabinet secondaire favorise ce mode d'organisation.

Toutefois, dans certaines zones peu denses en professionnels de santé, un regroupement physique de professionnels d'une taille minimale peut créer une dynamique d'équipe qu'un réseau trop "éclaté" ne permettrait pas.

L'organisation des sites d'une MSP doit donc être finement débattue entre professionnels et élus. Il est essentiel d'expliquer le maillage retenu à la population.

À noter que les professionnels de santé adhérant à un projet de MSP sur un territoire peuvent exercer dans un cabinet indépendant.

2.3 UN PROJET NEUF OU EN RÉHABILITATION ?

Le diagnostic territorial et urbain que conduira la collectivité peut l'amener à étudier plusieurs scénarios selon les problématiques propres à son contexte : nécessité de revitaliser un centre urbain, présence d'un patrimoine bâti à valoriser, disponibilités foncières en périphérie ou restructuration d'îlots en cœur de ville...

La réalisation d'une étude de faisabilité et de programmation doit ainsi permettre d'apporter des réponses à la maîtrise d'ouvrage entre opération neuve ou en réhabilitation en comparant les scénarios techniques et financiers.

FOCUS

MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE LAENNEC – SAINT NAZAIRE : UN PROJET DE RÉNOVATION

Maître d'ouvrage *privé*
Maître d'œuvre : *Alain DOUDET Architecte*
Date de réalisation : 2015

La maison de santé pluri-professionnelle Laennec s'est implantée dans les anciens locaux d'une maison de retraite de quartier de treize lits de l'Hôpital de Saint-Nazaire. Porté par une initiative privée de six médecins déjà regroupés dans un cabinet médical vétuste, le projet rassemble plusieurs professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologue, podologue, diététicienne) qui souhaitaient rester dans le quartier. Les bâtiments de l'ancienne maison de retraite présentant de nombreux atouts (ac-

cessibilité, locaux et circulations adaptés PMR, chambres de 20m² équipées de points d'eau, bon éclairage naturel...), le projet s'est concrétisé par l'acquisition des locaux par une SCI. La municipalité de Saint-Nazaire a apporté une subvention pour le financement de la salle d'urgence. Une extension de 100 m² est en cours de réalisation pour accueillir des internes et l'accueil d'urgence.



CAUE de Loire-Atlantique

MSP DE BALLON-SAINT-MARS (72)

Propos du Maire de Ballon-Saint-Mars et du Président de la Communauté de communes des Portes du Maine :

« Avant de missionner un bureau d'étude d'assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMO) pour la programmation de l'équipement MSP, nous avons demandé à un cabinet privé, un audit des praticiens de santé présents sur l'ensemble de notre territoire. Cet audit a permis d'atténuer, d'aplanir les difficultés, les doutes sur le futur projet, tant de la part des élus que des professionnels de santé. Sans cette période de concertation, la maison de santé n'aurait peut-être pas vu le jour.

Il n'y avait qu'un seul terrain disponible en centre-ville, propriété communale, donnant sur la place de la République. De plus, la pharmacie donne sur cette place, condition favorable pour l'implantation du projet.

La programmation réalisée par l'AMO a permis de mettre en évidence l'étroitesse de la parcelle. Deux parcelles appartenant à la commune ont pu être réduites en profondeur permettant ainsi de positionner le projet.

Sur cette parcelle communale, une maison individuelle en location a été réhabilitée et a permis d'accrocher une extension pour y placer le pôle des médecins avec leur secrétariat et leur salle d'attente privés. »

Dans le prolongement de ce questionnement, l'organisation de l'équipement avec ou sans étage peut être un sujet de débat qu'il convient d'aborder sous l'éclairage du rapport au site d'implantation. Certains sites contraints par la topographie ou des projets en réhabilitation de bâtis existants pourront nécessiter d'organiser l'équipement sur un ou plusieurs niveaux. Dans ce cas, les principes appliqués aux circulations horizontales seront également appliqués aux circulations verticales : accessibilité PMR, signalétique claire et adaptée, lisibilité des espaces et fonctions...

Quel que soit le choix final effectué, celui-ci doit concilier les attendus des trois parties prenantes :

- pour la collectivité, un projet d'intérêt public répondant à une politique de développement des services et d'aménagement urbain ;
- pour les professionnels, un outil performant et fonctionnel proposant une offre de services de santé mutualisée et pluri-professionnelle ;
- pour les patients, un équipement accessible, pratique, attractif.

2.4 QUEL ENVIRONNEMENT DE SERVICES DE SANTÉ ?

En complément des éléments de discussion portant sur l'échelle territoriale et le contexte urbain, le choix d'implantation du site doit être également conduit en fonction de l'offre de services de santé existant dans le bassin de vie et à proximité du projet.

Plusieurs types d'équipements, commerces ou services peuvent également influencer le choix d'un site : présence d'un laboratoire médical, d'une pharmacie, d'une société de transport médicalisé, d'un établissement nécessitant la proximité d'une offre de soin (Ehpad, établissement médico-éducatif...).

2.5 QUEL SITE D'IMPLANTATION ?

Dans l'objectif d'élaboration d'un document programme, la présentation du site permet de reposer clairement et de partager les arguments ayant concouru au choix d'implantation. Cette présentation peut s'articuler autour d'un ensemble de documents techniques :

- carte de localisation du site et des équipements et services environnants ;
- carte topographique, emprises foncières, composantes paysagères du site ;
- carte des accès, dessertes et stationnements ;

- contexte réglementaire (règlement du PLU(I), plan de prévention des risques, protections patrimoniales...);
- plans des locaux existants dans le cas d'une réhabilitation ;
- ...

Dans un contexte complexe ou dans une situation de restructuration, l'équipement de santé peut être au cœur d'un projet de recomposition urbaine nécessitant d'explicitier les enjeux de l'opération, un exercice préalable mais nécessaire pour une appropriation complète du projet par les différentes parties prenantes.

3. Traduire un projet de santé en programme immobilier

Dans l'esprit de ce qu'induit la Loi relative à la Maîtrise d'ouvrage publique (Loi MOP du 12 juillet 1985, abrogée et intégrée au Code de la commande publique - Articles L.2421-1 et suivants), l'élaboration d'un projet porté par une collectivité territoriale doit s'inscrire dans une démarche itérative devant apprécier préalablement son opportunité et sa faisabilité, déterminer sa localisation, définir le programme, arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle et enfin déterminer les modalités de la consultation de la maîtrise d'œuvre.

Dans cette démarche, l'élaboration du projet de santé constitue la phase d'études préalables apportant les premières réponses sur l'opportunité et la faisabilité du projet de maison de santé.

Les échanges et débats concourant aux choix du site constituent ensuite le premier volet du document programme permettant d'argumenter et comprendre le choix du site d'implantation de l'équipement.

L'élaboration du document programme ouvre la phase essentielle d'échange et de dialogue avec les professionnels de santé dont l'objectif est à la fois la compré-

hension de leur pratique professionnelle et la collecte de leurs besoins et attentes.

L'appréciation de l'enveloppe financière prévisionnelle conclut cette étape programmatique à partir de la détermination des surfaces nécessaires au bon fonctionnement de l'équipement et de leur coût.

Enfin, le recours à une maîtrise d'œuvre compétente marque l'achèvement de cette phase programmatique pour ouvrir la phase de conception et de réalisation confiée à l'équipe retenue.

3.1 UN PROJET DE QUALITÉ AU SERVICE DE LA SANTÉ

Comme tout équipement recevant du public, une maison de santé est soumise à un certain nombre d'obligations techniques générales (accessibilité, stationnements, sécurité, maîtrise énergétique...) mais aussi de recommandations propres aux pratiques professionnelles de santé (hygiène, risque infectieux, confidentialité...).

Au-delà de ces obligations ou recommandations, une maison de santé constitue un équipement ouvert au public devant répondre à une qualité de service et d'accueil. L'accessibilité, la facilité de stationnement, l'accueil, le confort sont autant de points de vigilance à prendre en compte dans l'élaboration du projet. Participant également à l'image de la ville, sa qualité architecturale doit répondre à ces impératifs de fonctionnement tout en offrant une réponse pertinente quant à son insertion urbaine en fonction du contexte d'implantation.

Insertion urbaine et rapport au site

En fonction de la nature du projet (construction neuve ou réhabilitation), l'écriture architecturale du projet peut affirmer une modernité dans ses principes constructifs et les choix de matériaux, tout en maintenant une cohérence et un dialogue avec des éléments

patrimoniaux existants. Dans cet objectif et quel que soit le site d'implantation, le projet doit intégrer dès sa conception tous les éléments techniques nécessaires à son fonctionnement : éléments de ventilation, installations solaires ou photovoltaïques, chaufferie, locaux pour déchets...

Dans son insertion au site, la question de l'accès et des stationnements de la MSP constitue un facteur de réussite du projet. En effet, les aménagements extérieurs doivent contribuer à la lisibilité de l'équipement et à la mise en scène de celui-ci, notamment dans l'identification de l'entrée principale. Ces espaces doivent être attractifs, fonctionnels et respecter les règles d'accessibilité pour tous (tous types de handicaps, moteurs ou psychiques conformément à la Loi du 11 février 2005). Les stationnements doivent être adaptés en nombre (dont places PMR) et en types d'usages : deux roues, dépose minute, ambulances... L'organisation générale des stationnements doit faciliter et sécuriser le flux des patients accédant à l'équipement. Une signalétique claire et explicite doit également faciliter l'accès pour les différents usagers.

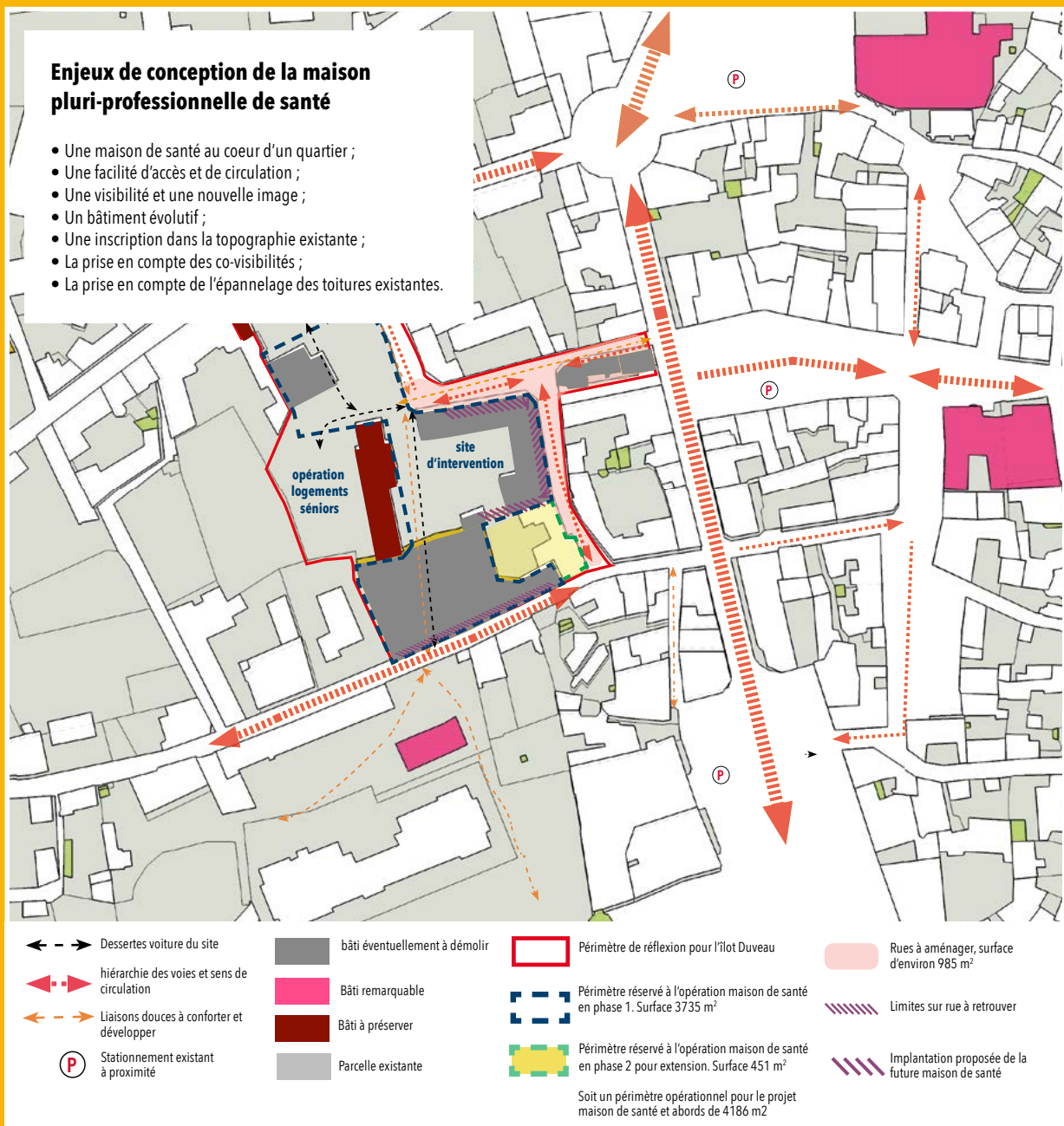
La qualité du traitement des espaces extérieurs et des stationnements ne doit pas être négligée car elle participe pleinement à la perception globale du projet et à son confort d'usage.

MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE DE DOUÉ-LA-FONTAINE (DOUÉ-EN-ANJOU)

Retenue dans l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) "centres-bourgs" lancé par le gouvernement en 2014, la ville de Doué-La-Fontaine a conduit un vaste projet de revitalisation de son centre-ville supposant notamment le redéploiement de divers services et équipements publics. Associant problématique urbaine et programmation d'équipements, la municipalité a engagé une réflexion avec les professionnels de santé pour la création d'une maison de santé devant remplir un double objectif : améliorer l'offre de soins et contribuer à la revitalisation du centre-ville. Sur ce dernier point, la problématique du choix du site a été au cœur de longs débats.

Après l'examen de six sites différents, et en concertation avec les professionnels de santé, une implantation en cœur de ville a été privilégiée malgré une topographie complexe, des acquisitions et démolitions à prévoir, une insertion urbaine délicate dans un fort contexte patrimonial. Les réponses proposées à l'issue d'un concours d'architecture ont permis de lever l'ensemble des contraintes et de concilier les exigences de fonctionnement des professionnels de santé avec le projet de revitalisation urbaine porté par la collectivité territoriale.

Les enjeux à l'échelle du quartier, de l'îlot et des bâtiments
(Commune de Doué-en-Anjou - Implantation maison de santé pluri-professionnelle sur l'îlot Maurice Duveau, document programmatique - décembre 2018)



Recommandations particulières

L'accessibilité : la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rend obligatoire l'accessibilité des Établissements recevant du public (ERP) au sens du Code de la construction et de l'habitation. Les locaux des professionnels de santé ouverts aux patients rentrent dans cette catégorie et sont classés en type U (4^e catégorie s'ils accueillent plus de 100 personnes en l'absence de locaux de sommeil). Les locaux des professionnels de santé, notamment organisés en MSP, sont pour la plupart des ERP classés en 5^e catégorie de type PU lorsqu'ils accueillent moins de 300 personnes et doivent ainsi respecter les prescriptions d'accessibilité applicables au bâtiment neuf. Dans des situations particulières, des dérogations peuvent être sollicitées : pour préserver le patrimoine architectural dans le cas d'une réhabilitation, en cas d'impossibilité technique d'appliquer une prescription technique...

L'isolation acoustique : les parois intérieures et les plafonds doivent être particulièrement performants pour garantir la confidentialité des conversations et la sérénité des consultations. Le Code de la santé publique précise à l'Article R 4127-71 que : "le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge". Dans des locaux neufs, l'isolation doit répondre à des normes minimales limitant le niveau sonore de 42 à 47 décibels.

Dans cet objectif, une attention particulière doit être apportée : au choix des portes qui doivent être anti-bruit, au choix des sols qui doivent être souples, au choix du mobilier qui doit être le moins sonore possible.

La performance énergétique : la réglementation thermique (RT 2012 – Bâtiment à basse consommation) est basée principalement sur l'énergie et impose à toute construction neuve de respecter un certain niveau de performance énergétique et comporte trois exigences de résultats :

- une conception basée sur les besoins bioclimatiques du bâti (Bbiomax) ;
- une consommation d'énergie primaire (Cepmax) de 50 k WhEP/m²/an prenant en compte les consommations de chauffage, de refroidissement, d'éclairage, de production d'eau chaude sanitaire et d'auxiliaires (pompes et ventilateurs) ;
- la prise en compte du confort d'été (Ticréf) évalué par le calcul de la température intérieure conventionnelle.

La future réglementation environnementale (RE 2020) fixera de nouveaux niveaux de performance énergie et carbone des bâtiments neufs. Elle sera 5 à 10 % plus exigeante que la RT 2012 en termes de consommation d'énergie. À cela s'ajouteront des objectifs de bâtiment à faible empreinte carbone tout au long de leur

cycle de vie, dans la conception jusqu'à la démolition et dans la qualité de l'air intérieur. Pour les bâtiments existants, la RT par éléments (Arrêté du 22 mars 2017) s'applique pour tous travaux de rénovation ou réhabilitation. Afin d'atteindre ces objectifs et d'assurer un coût de fonctionnement maîtrisé, la conception du projet doit porter une attention particulière à l'enveloppe thermique du bâtiment et doit promouvoir le recours aux énergies renouvelables.

En cas de rénovation ou de réhabilitation, des niveaux particuliers de performance sont définis selon l'état initial du bâtiment.

La qualité de l'air intérieur : pour la santé des professionnels mais aussi compte tenu des pathologies auxquelles ils peuvent être exposés, une attention particulière doit être portée à la qualité et au renouvellement de l'air intérieur de l'équipement. Dans cet objectif, la conception du projet doit privilégier les matériaux sains ou éco-matériaux pour le gros œuvre et l'isolation, bénéficiant de labels français ou européens (CSTB, Natureplus...) et prévoir une ventilation adaptée (ventilation naturelle ou assistée).

La même attention doit être portée au moment du choix du mobilier afin d'éviter toute émanation de produits polluants.

Cet objectif de qualité de l'air intérieur doit s'opérer par un choix pertinent de matériaux. Ceux-ci doivent également concourir à une facilité d'entretien.

L'exposition aux rayonnements ionisants : l'exposition aux rayons X dans le cadre de la radiologie conventionnelle doit être prise en compte par les professionnels de santé. Les principes généraux de radioprotection reposent sur trois piliers : la durée la plus brève d'exposition, la distance la plus grande avec la source d'émission, l'interposition d'un écran absorbant entre la source et l'utilisateur.

Au-delà des protections utilisées par le praticien, les locaux de radiologie doivent prévoir des protections collectives contre les rayonnements (blindage).

L'éclairage : la lumière naturelle doit être privilégiée autant que possible sous réserve de ne pas porter atteinte à la qualité des actes (éblouissement...), à l'intimité des patients ou à la confidentialité des soins (vue directe depuis l'extérieur). L'éclairage artificiel sera adapté en fonction de l'usage : circulation, salle d'attente, salle de consultation...

La collecte et l'élimination des déchets : les Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) ainsi que les Déchets d'activités de soins dangereux (DASD) sont soumis à une réglementation spécifique (Arrêté du 7 septembre 1999, modifié par l'Arrêté du 14 octobre 2011). À ce titre, le projet de maison de santé doit prévoir un espace sécurisé et réservé à leur stockage puis leur élimination conformément au Plan régional d'élimination des déchets dangereux (PREDD). Les locaux de stockage doivent répondre aux caractéristiques définies à l'article 8 et suivants, titre 1^{er} du précédent arrêté.

3.2 L'ÉLABORATION DU PROGRAMME : MÉTHODE POUR UNE DÉMARCHE ITÉRATIVE

Une démarche itérative

Le maître d'ouvrage du projet de maison de santé remplit un rôle essentiel à ce stade en organisant les moyens et en mobilisant les ressources nécessaires à la réalisation du document programme. Dans cet objectif, les modalités de travail doivent être définies avec les professionnels de santé et supposent une démarche itérative passant par les étapes suivantes :

- **état des lieux** : prise en compte du contexte urbain/paysager du site d'implantation, le cas échéant des locaux existants pour la réalisation de l'équipement ;
- **évaluation des besoins** : collecte détaillée des besoins des différents professionnels de santé prenant part au projet. Retranscription de ces besoins en termes de locaux, surfaces, fonctionnement, nature des prestations et équipements spécifiques...
- **organisation de visites d'opérations** : recherche de références proches ou similaires, organisation de visites afin de construire une culture commune du projet de maison de santé ;
- **étude de faisabilité technique et proposition de scénarios** afin de définir les principes d'organisation des nouveaux locaux ou de réaffectation de locaux existants au regard des besoins collectés et des capacités techniques et financières du maître d'ouvrage ;
- **orientations programmatiques** : traduction des scénarios retenus en hypothèses de programmes ;

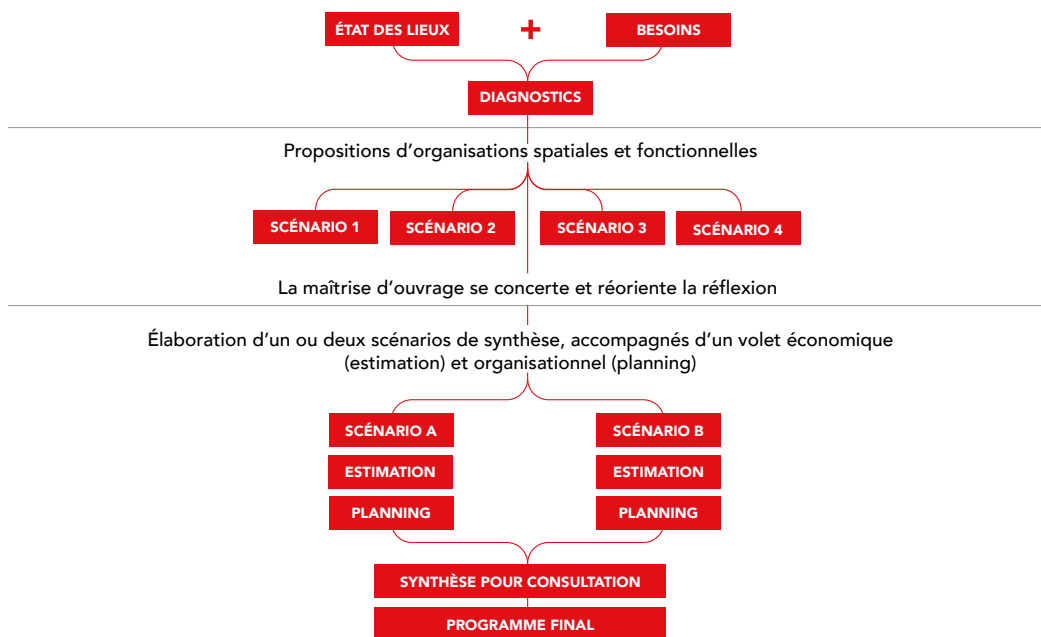
- approche financière de l'opération selon le scénario retenu présentant le coût global d'opération.

Méthodologie illustrée de la définition des orientations programmatiques

Au-delà des recommandations particulières et générales s'appliquant à une maison de santé pluri-professionnelle et à un Équipement recevant du public (ERP), et dès lors que l'étape de collecte des besoins est réalisée, la formalisation des orientations programmatiques peut s'opérer sous la forme d'un organigramme présentant successivement :

- **organigramme de synthèse** : il présente de façon schématique l'organisation des unités professionnelles en fonction du site retenu, des accès souhaités...
- **organigramme général** : il présente de façon détaillée la composition des différents pôles organisés en fonction des espaces mis en commun, les espaces et circulations associés, les différentes liaisons fonctionnelles, le pôle peut aussi regrouper différentes catégories professionnelles autorisées par les ordres respectifs ;
- **organigramme par pôles fonctionnels** : il présente de façon détaillée l'organisation et le fonctionnement de chaque pôle, les différents espaces avec leurs recommandations spécifiques, les surfaces nécessaires par professionnels...

Étapes d'élaboration du document programme



3.3 LA DÉFINITION DES ORGANIGRAMMES FONCTIONNELS

Organigramme de synthèse

Figure illustrative du projet, l'organigramme de synthèse permet de poser les grands éléments constitutifs du projet :

- les différentes unités professionnelles constitutives de la maison de santé (professions médicales, auxiliaires médicaux, laboratoire médical, pharmacie...);
- les principes de positionnement et de liaisons entre les pôles (praticiens et patients);
- les principes d'accès et d'usages des locaux (privés, publics et professionnels), les modalités de stationnement.

Présenté généralement au début du document programme, il est pourtant la figure conclusive du travail programmatique et de la démarche de construction partagée du projet.

Organigramme général

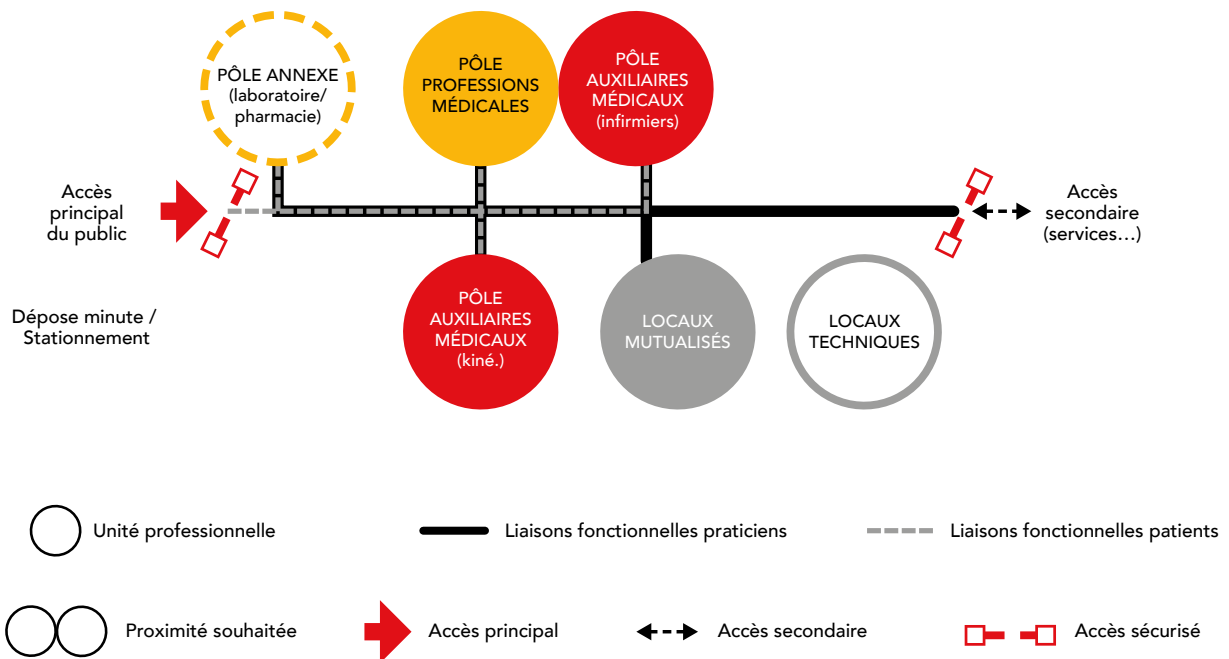
Synthèse graphique du programme, l'organigramme général constitue l'aboutissement du travail d'échanges et de construction du projet avec l'en-

semble des parties prenantes ; sa validation finale acte l'engagement de chacun dans le projet et donne au maître d'ouvrage sa "feuille de route" pour la mise en œuvre de l'équipement par une équipe de conception.

L'organigramme général présente de manière exhaustive :

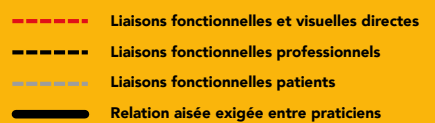
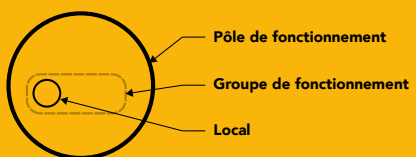
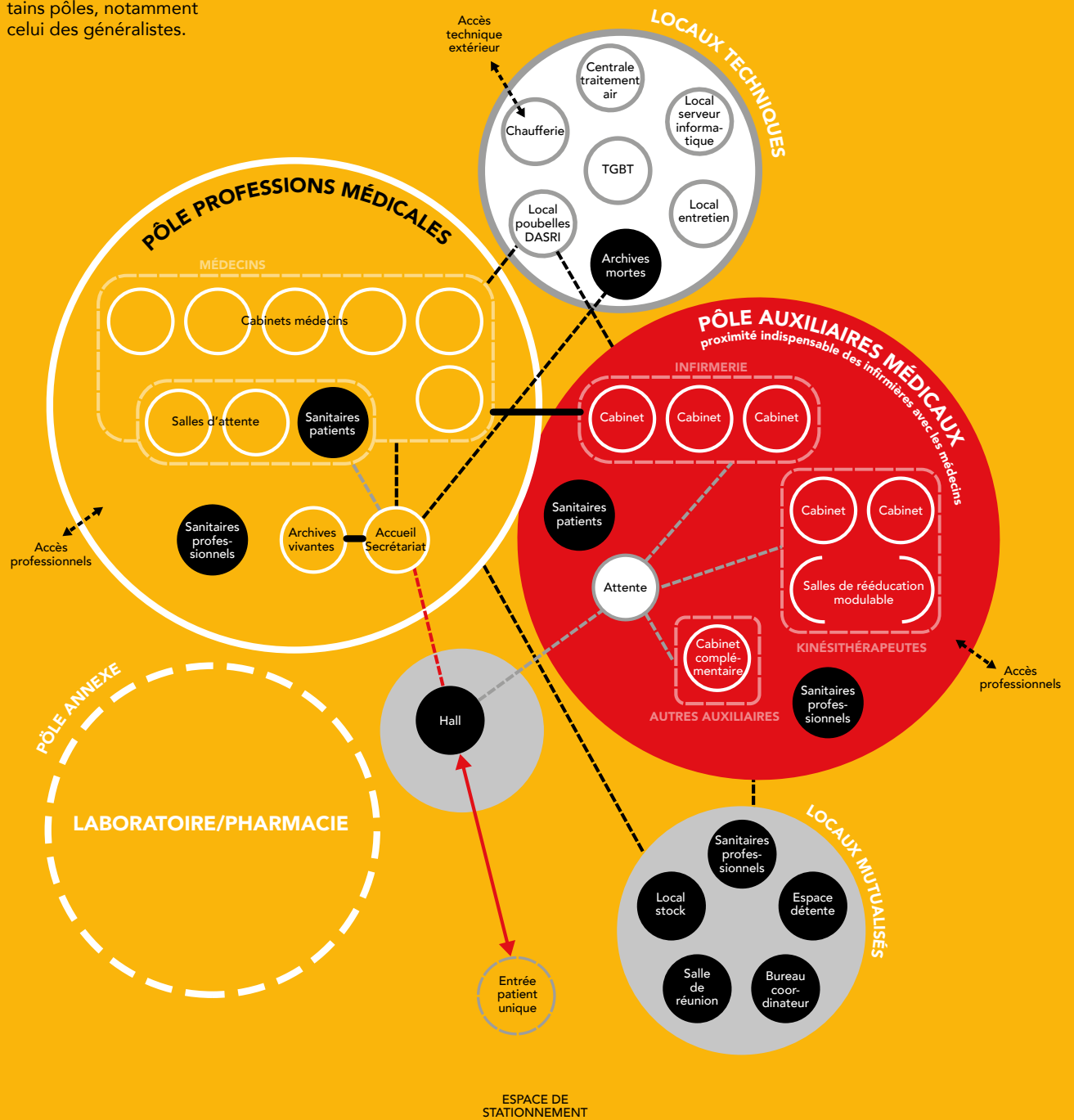
- les différents pôles constitutifs de l'équipement et autres services connexes (laboratoire médical, pharmacie...);
- pour chacun des pôles, l'ensemble des professionnels y prenant part et les différents locaux nécessaires à leurs activités ;
- les locaux mutualisés au sein de l'équipement ;
- les locaux techniques nécessaires au bon fonctionnement de l'équipement ;
- les différentes liaisons fonctionnelles ou visuelles concernant les praticiens et les patients ;
- le ou les espaces d'accueil avec l'ensemble des fonctions ou locaux y prenant place.

Exemple d'organigramme de synthèse



Exemple organigramme général

La localisation de chacun, qu'elle soit en RDC ou à l'étage, devra prendre en considération le potentiel d'accroissement de certains pôles, notamment celui des généralistes.



⚠ Points de vigilance au stade de la programmation sur les espaces communs intérieurs et extérieurs :

- **accès** : un accès lisible et fonctionnel pour les différents usagers (patients, professionnels de santé, transports médicalisés, livraisons, autres services...);
- **desserte** : automobile, piétonne ou cycliste assurant la sécurité des différents usagers ;
- **stationnements** : sur site ou à proximité immédiate, en nombre suffisant en fonction du flux de patients et adaptés aux différents praticiens présents ; cinq places en moyenne pour un médecin généraliste mais moins pour une infirmière ou un kinésithérapeute compte tenu du roulement des consultations ; des places PMR adaptées en

nombre ; des places "dépose minute" pour les ambulances et taxis ; des stationnements vélos et autres mobilités "douces" ;

- **hall d'accueil** : lisible, accueillant, rassurant, facilitant l'orientation des patients ; des sanitaires pour les patients accessibles PMR ;
- **secrétariat** : dans le cas de la mise en commun d'un secrétariat, un espace visible depuis l'entrée, accessible PMR, permettant de disposer d'une vision d'ensemble des patients entrants et sortants, dans une configuration assurant la confidentialité des échanges et informations.
- **circulations** : les circulations et la signalétique doivent faciliter l'orientation des patients.

⚠ Points de vigilance au stade de la programmation sur l'ensemble des pôles professionnels :

Selon le contexte de l'équipement, certains espaces complémentaires peuvent être nécessaires ou à prévoir dans un développement futur :

- un cabinet de télémédecine ;

- cabinet(s) complémentaire(s) ;
- studio pour l'accueil d'internes en stage ;
- vestiaires pour les professionnels ;
- ...

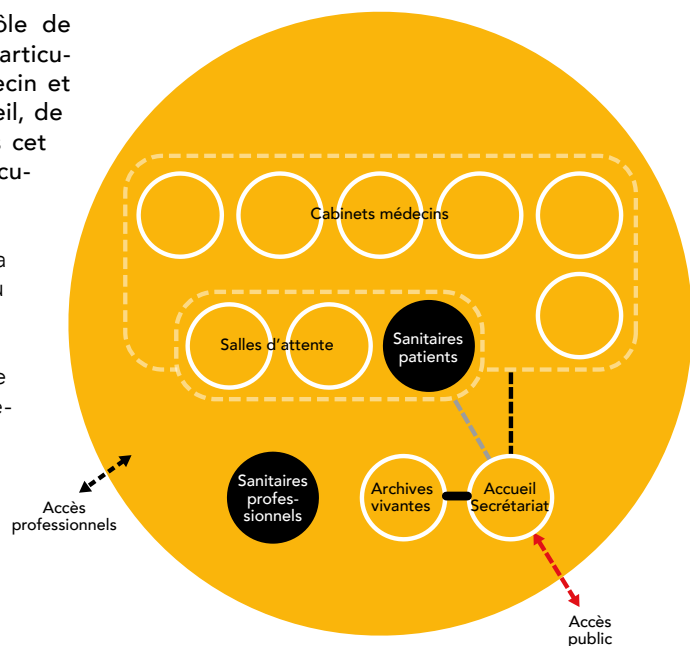
3.3.1 PÔLE PROFESSIONS MÉDICALES

Exemple d'organigramme

Regroupant l'ensemble des médecins, ce pôle de consultations médicales doit principalement articuler la relation patient/accueil-secrétariat/médecin et organiser en conséquence les espaces d'accueil, de circulation, d'attente et de consultation. Dans cet objectif, il convient de prévoir une double circulation :

- une circulation pour le public qui, depuis la salle d'attente, donne accès aux sanitaires et au secrétariat, puis aux cabinets des médecins ;
- une circulation professionnelle qui, depuis une entrée indépendante, donne accès aux différents cabinets médicaux.

Compte tenu des différentes spécialités potentiellement présentes (médecins généralistes, dentistes, sages-femmes, autres spécialistes...), les cabinets doivent être adaptés en fonction des pratiques professionnelles.



⚠ Points de vigilance au stade de la programmation :

- **secrétariat** : un espace visible depuis l'entrée, accessible PMR, permettant de disposer d'une vision d'ensemble des patients entrants et sortants, dans une configuration assurant la confidentialité des échanges et informations ;
- **salle(s) d'attente** : un espace séparé du hall d'entrée et du secrétariat, isolé phoniquement, disposant d'un coin pour les enfants, de l'ordre de cinq places pour un cabinet, sans vision directe sur les cabinets ; des salles d'attente fractionnées en fonction du nombre de cabinets médicaux ; une signalétique lisible pour identifier l'espace en lien avec la spécialité concernée ;
- **sanitaires** : sanitaires distincts pour les patients et les professionnels, accessibles PMR ;
- **archives mortes** : à adapter selon le nombre de médecins sur la base d'une conservation sur trente ans des dossiers papier existants.

Les médecins généralistes

En ce qui concerne les cabinets des médecins généralistes, ceux-ci doivent s'organiser en 2 espaces :

- l'espace administratif comportant bureau, poste informatisé, rangements intégrés... ;
- l'espace dédié à la consultation avec table de consultation, table de change, point d'eau, espace d'intimité pour les patients à l'abri du regard.

Un cabinet pour les petites urgences pourra être nécessaire et suppose de prévoir un accès direct au cabinet pour les ambulances.

Certaines spécialités nécessiteront d'adapter les surfaces des locaux pour être en capacité de revoir des familles et non des patients seuls ; c'est notamment le cas pour les sages-femmes qui peuvent également solliciter des surfaces de cabinets plus importantes liées à la rééducation post-accouchement et à un poste d'auscultation.

⚠ Points de vigilance au stade de la programmation :

- **cabinet médical** : un éclairage naturel à favoriser en filtrant les vues depuis l'extérieur, une parfaite isolation phonique, une ambiance (couleur,

lumière, matériaux, agencement...) rassurante pour le patient et favorisant son confort (mobilier, porte-manteaux, espace enfants...) ; une attention doit être également portée à la qualité de l'air intérieur et aux matériaux facilitant l'entretien.

Les dentistes

La programmation d'un cabinet dentaire nécessite la prise en compte de prescriptions techniques particulières liées à des équipements de consultation spécifiques : local de radiologie, laboratoire de stérilisation, local technique pour le fonctionnement des matériels de soin, organisation du cabinet autour du fauteuil de soin (accès réseaux et fluides en point central).

Organisés autour de l'espace de consultation, ces différents locaux ou espaces doivent être fonctionnels, directement accessibles.

Selon le personnel présent, le cabinet peut comporter un espace d'accueil/secrétariat accessible PMR, séparé de l'espace de soins ou en connexion.

⚠ Points de vigilance au stade de la programmation :

- **cabinet** : un éclairage naturel à favoriser en filtrant les vues depuis l'extérieur, une parfaite isolation phonique, une ambiance (couleur, lumière, matériaux, agencement...) rassurante pour le patient et favorisant son confort ; prise en compte des règles édictées par l'URPS ;
- **laboratoire de stérilisation** comprenant paillasse avec lavabo, rangements pour matériel et produits,

bac à déchets... ; avec vue sur l'espace de consultation ; prise en compte du bruit lié au fonctionnement du matériel de stérilisation ;

- **local de radiologie** : conforme aux préconisations concernant la protection radiologique (plombage des portes et cloisons...) ; éclairage artificiel ;
- **local technique** comprenant compresseur, systèmes d'aspiration... ; local ventilé avec isolation phonique renforcée.

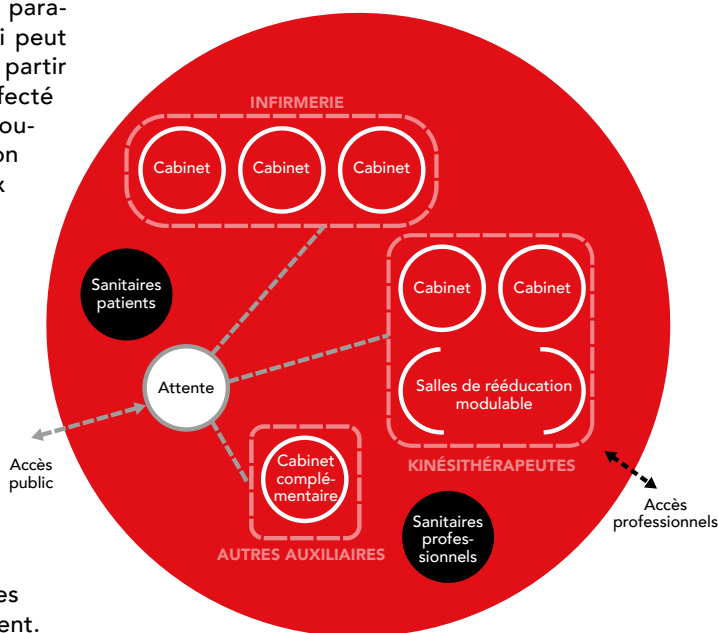
3.3.2 PÔLE AUXILIAIRES MÉDICAUX

Exemple d'organigramme

Ce pôle regroupe l'ensemble des consultations paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes...) qui peut s'organiser en une entité propre s'articulant à partir de l'accueil principal et d'un espace d'attente affecté spécifiquement à ces professionnels. A noter toutefois que le développement de la coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux (assistants médicaux, délégation de tâches médecin-infirmier) peut induire d'autres configurations spatiales moins partitionnées.

Les interactions professionnelles avec les médecins supposent une facilité d'accès et d'échange avec le pôle de médecine générale pour une prise en charge complète des patients.

Selon le nombre de professionnels présents, la salle d'attente pourra être fractionnée en sous espaces (dix à douze places pour une infirmière et un kinésithérapeute). Elle ne doit pas offrir de vues directes sur l'intérieur des différents cabinets et être isolée phoniquement. Pour la confidentialité des patients, les vues directes depuis l'extérieur vers la salle doivent être filtrées. Compte tenu des pathologies présentes, la salle d'attente peut prévoir quelques assises hautes pour les patients en inconfort en position assise basse. Un espace de sanitaires doit être prévu à usage spécifique des patients.



⚠ Points de vigilance au stade de la programmation :

- en fonction de la dynamique territoriale de santé, des demandes d'installation de nouveaux professionnels peuvent émerger. L'équipement doit anticiper cette évolution en prévoyant dès la programmation

des cabinets complémentaires, aménagés dès la conception ou réalisables en extension. Ces cabinets complémentaires doivent également anticiper la possibilité d'un exercice avec ou sans consultation selon le professionnel concerné.

Les infirmiers

L'organisation de ce pôle doit assurer la confidentialité de chacun des espaces de consultation.

Le ou les cabinets sont composés de 2 parties :

- un espace administratif :
 - espace pouvant être partagé par plusieurs professionnels compte tenu du partage de travail entre consultations au cabinet et consultations à domicile ;
 - espace fonctionnel compte tenu de la fréquence de passage liée à la dépose des récoltes, récupération des dossiers... ;
 - espace bureautique devant faciliter l'exécution des tâches administratives ;
- un espace de soins :
 - espace dissocié de l'espace de soin pour un usage mutualisable ;
 - espace pouvant être partagé par plusieurs professionnels en fonction de l'organisation journalière des soins ;
 - espace adapté aux soins : fauteuil de soin, large plan de travail, deux points d'eau (lave-main et évier de décontamination), rangements (matériel et dossiers), réfrigérateur pour la conservation des récoltes, bacs à déchets... ;
 - espace isolé phoniquement, avec éclairage naturel, vues filtrées depuis l'extérieur.

Compte tenu d'un fonctionnement sensiblement différent avec la patientèle et d'une amplitude horaire plus grande liée aux consultations hors cabinet, le

pôle infirmier peut être situé dans un espace plus indépendant afin de pouvoir fonctionner en dehors des heures d'ouverture au public de la maison de santé.

Points de vigilance au stade de la programmation :

- **cabinet d'infirmiers** : le dimensionnement et l'agencement du ou des cabinets seront adaptés au nombre de professionnels mais surtout en fonction de l'organisation journalière des praticiens alternant visites à domicile et consultations au cabinet. Dans cet objectif, la mutualisation des espaces administratifs (bureaux) peut être souhaitée ;

- **local de stérilisation** : selon l'organisation de ce pôle et le matériel utilisé, un local mutualisé de stérilisation peut être utile, comprenant paillasse et lavabo, stockage des matériels et produits, bacs à déchets...

- **archives et rangements** : l'archivage de dossiers et le stockage du matériel de soin nécessitent de prévoir des surfaces adaptées de rangement ;

- **sanitaires** : sanitaires distincts pour les patients et les professionnels, accessibles PMR.

Les kinésithérapeutes

L'exercice professionnel nécessite d'organiser le cabinet en plusieurs espaces :

- un espace administratif :
 - espace pouvant être partagé par plusieurs professionnels ;
 - espace bureautique devant faciliter l'exécution des tâches administratives, avec rangements ;
 - espace directement accessible depuis la salle de rééducation ;
- une salle de massage et consultation :
 - accessible depuis l'espace d'attente pour le patient ;
 - communiquant pour le praticien avec les autres espaces du cabinet ;
 - espace chaleureux, confortable avec une acoustique maîtrisée pour la confidentialité des échanges ;
 - espace préservant l'intimité du patient.

- une salle de rééducation :
 - accessible depuis l'espace d'attente pour le patient ;
 - espace chaleureux, confortable avec une acoustique maîtrisée pour atténuer les vibrations et bruits d'impact liés aux exercices physiques ;
 - espace facile d'entretien (matériau de sol adapté) ;
 - espace aéré, avec éclairage naturel mais sans vis-à-vis depuis l'extérieur ;
 - espace d'une surface suffisante pour organiser les différents ateliers de travail (gymnastique, détente, travail sur appareils...) et intégrer le rangement du matériel ;
 - espace modulable par zones d'exercice préservant l'intimité des patients.

Selon la pratique professionnelle, un espace balnéothérapie peut venir compléter les espaces de rééducation.

Points de vigilance au stade de la programmation :

- **salle de rééducation** : l'organisation de la salle de rééducation est directement liée aux différentes pratiques de soins proposées en fonction des pathologies à traiter ; les surfaces et l'agencement de la salle doivent être spécifiquement définis avec les

professionnels concernés. La salle peut prévoir un coin vestiaire pour les patients ;

- **balnéothérapie** : la spécificité de cet équipement nécessite d'en prévoir les éléments techniques dès le programme : capacité structurelle, accessibilité, ventilation, local technique...

Autres auxiliaires

Ce pôle regroupe l'ensemble des professionnels paramédicaux (diététicien, psychomotricien...), articulé autour des espaces d'attente dimensionnés en fonction du nombre de cabinets.

Au-delà de la définition des espaces communs, la mission de programmation doit identifier les besoins spécifiques de chaque professionnel.

Professionnels paramédicaux sans auscultation

Le pôle des auxiliaires médicaux peut également comprendre un ensemble de professionnels nécessitant un cabinet sans espace d'auscultation (orthophoniste, diététicien...).

Les surfaces et les agencements des différents cabinets doivent dans ce cas être définis avec chaque professionnel pour aboutir dans le document programme à une "base" commune de cabinet qui pourra être plus facilement personnalisée dans la conception finale du projet.

Pour chacun de ces cabinets, les exigences communes doivent viser un confort du patient : éclairage naturel, ambiance chaleureuse et rassurante, lisibilité, intimité, confidentialité...

Ces cabinets devront prendre en compte la patientèle des enfants et prévoir le cas échéant un espace qui leur sera spécifiquement dédié.

3.3.3 LOCAUX MUTUALISÉS

(SALLE DE RÉUNION, SECRÉTARIAT, ACCUEIL...)

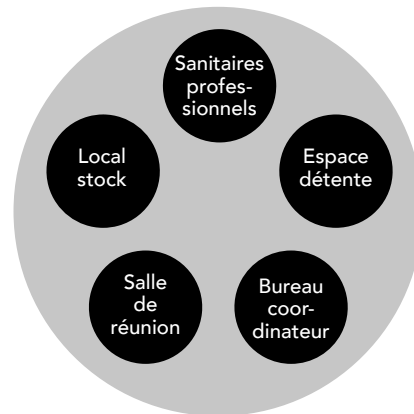
Dans la dynamique attendue d'une maison de santé pluri-professionnelle, les espaces de rencontres et de convivialité doivent favoriser les échanges entre professionnels. Dans cet objectif, plusieurs espaces peuvent participer à la qualité de ce fonctionnement : salle de réunion, espace de détente et de convivialité, tisanerie, cuisine...

Plusieurs espaces peuvent compléter le programme de l'opération et offrir des services mutualisés :

- salle polyvalente pouvant être utilisée en salle de réunion, salle de rencontres pour réunions d'information à destination du public, conférences, réunions des professionnels de santé (salle équipée de moyens de projection et de visio-conférence), éducation thérapeutique du patient...
- espace de détente (tisanerie, cuisine...) facilitant l'échange et la convivialité ;
- bureau du coordinateur de la maison de santé le cas échéant selon la taille du projet ;
- vestiaires le cas échéant et sanitaires avec douches.

L'accès à ces différents espaces s'effectuera de manière dissociée de la circulation utilisée par les patients. Dans le cas d'un équipement sur plusieurs niveaux, ces espaces peuvent se prolonger sur l'extérieur par des terrasses ou loggias, en rez-de-chaussée sur des jardins.

Exemple d'organigramme



En complément des espaces, des locaux à vocation plus technique doivent être prévus :

- local d'archives dimensionné en fonction du nombre de professionnels (obligation de conservation sur trente ans pour les médecins) ;
- local de stockage de matériel.



Points de vigilance au stade de la programmation :

- **studio pour l'accueil d'internes en stage** : espace pouvant être mutualisé en fonction des be-

soins d'accueil de l'ensemble des professionnels de santé ;

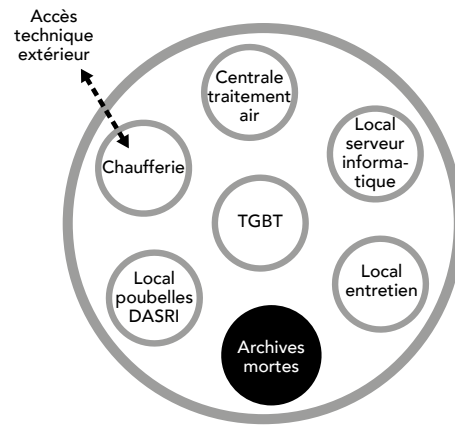
- **vestiaires professionnels** : locaux pouvant être mutualisés selon le fonctionnement de la MSP.

3.3.4 LOCAUX TECHNIQUES

Éléments indispensables au fonctionnement de l'équipement, les locaux techniques sont adaptés en nature et surface en fonction de la taille de l'équipement. Ces locaux sont affectés aux fonctions suivantes :

- chaufferie ;
- local poubelles pour ordures ménagères (OM) et Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) dont l'évacuation est assurée par une entreprise spécialisée ;
- serveur informatique ;
- centrale de traitement de l'air ;
- TGBT (Tableau général basse tension) ;
- entretien...

Exemple d'organigramme



⚠ Points de vigilance au stade de la programmation :

- **locaux poubelles, chaufferie, centrale de traitement de l'air** : locaux accessibles depuis l'extérieur afin de faciliter l'accès pour la maintenance ; espaces protégés du feu ;

- **local poubelle** : constitué de deux zones distinctes (OM et DASRI) avec point d'eau et siphon de sol ;
- **local entretien** : accessible depuis les circulations du personnel ; avec rangements et espace pour matériel ; point d'eau et siphon ; local protégé du feu.

3.3.5 PÔLES ANNEXES

Selon le contexte, les locaux de la maison de santé peuvent être adossés à des équipements de santé complémentaires (laboratoire de biologie médicale, pharmacie...). L'intégration de ces équipements dans le projet global peut ainsi offrir un service complet

dans le parcours de santé proposé aux patients. Ces éléments complémentaires au programme des locaux de la maison de santé fonctionnent en pôles spécifiques (entrée indépendante) mais en connexion possible avec l'équipement principal.

Pharmacie

Pouvant être adossée au projet, la pharmacie requiert cependant un fonctionnement autonome avec une entrée propre pour l'accès de la clientèle et du personnel.

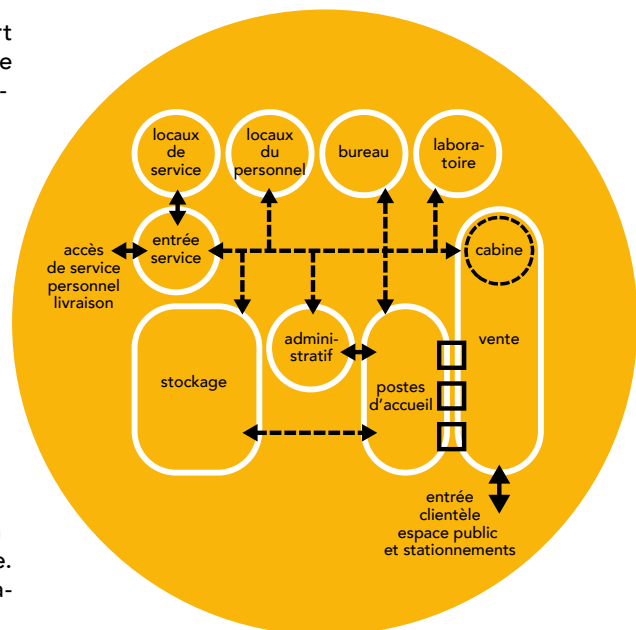
Elle s'organise d'abord autour de 2 entités spécifiques :

- la surface de vente accessible à la clientèle ;
- les espaces de travail réservés au personnel.

La surface de vente est ouverte sur l'espace public, accessible PMR, généralement accompagnée d'une vitrine. Une cabine est nécessaire pour la démonstration et l'essayage de certains produits.

L'organisation des rayonnages doit permettre un contrôle visuel depuis les postes d'accueil et de vente. Les espaces de travail réservés au personnel s'orga-

Exemple d'organigramme



3.4 DU PROGRAMME À L'ENVELOPPE FINANCIÈRE PRÉVISIONNELLE

À partir des besoins en surface, une première estimation financière est proposée.

En effet, du coût global de l'opération dépendront les charges annuelles supportées par l'ensemble des occupants de l'équipement. À cette étape, des choix peuvent encore s'opérer dans le montage du projet et réorienter les éléments antérieurs du programme : réduction de surfaces, mutualisation de locaux, suppression de certains locaux non indispensables, nouveaux professionnels intégrant le projet, sollicitations de subventions...

Cette étape clef suppose que le programme ait été préalablement validé par l'ensemble des parties prenantes puisqu'il constitue la base à partir de laquelle les éléments financiers sont appréciés. La discussion qui s'ouvre à ce stade doit être transparente et complète dans l'analyse des différents postes constituant les charges supportées annuellement : loyers, entretien, maintenance, impôts, assurances...

La détermination de l'enveloppe financière prévisionnelle doit distinguer de manière claire :

- le coût d'acquisition du foncier ;
- le coût des études intégrant la totalité des frais engagés (études, honoraires, assurances et frais divers...);
- le coût de travaux du projet.

Ces trois éléments constituent le coût global d'investissement auquel il peut être pertinent d'anticiper le coût de fonctionnement de l'équipement.

Cette distinction est nécessaire pour établir les bases et modalités de calcul des baux et contrats d'occupation des locaux.

Ces mêmes calculs seront également nécessaires pour le maître d'ouvrage du projet, qu'il soit public ou privé, pour apprécier sa capacité de financement et l'éventuel recours à un emprunt.

3.5 ORGANISER LE RECOURS À LA MAÎTRISE D'ŒUVRE

Dans le cadre d'un projet porté par une maîtrise d'ouvrage publique, et conformément aux règles des marchés publics, le recours à la maîtrise d'œuvre doit s'appuyer sur les principes de mise en concurrence selon le coût d'opération : liberté d'accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats, transparence des procédures.

Procédure adaptée

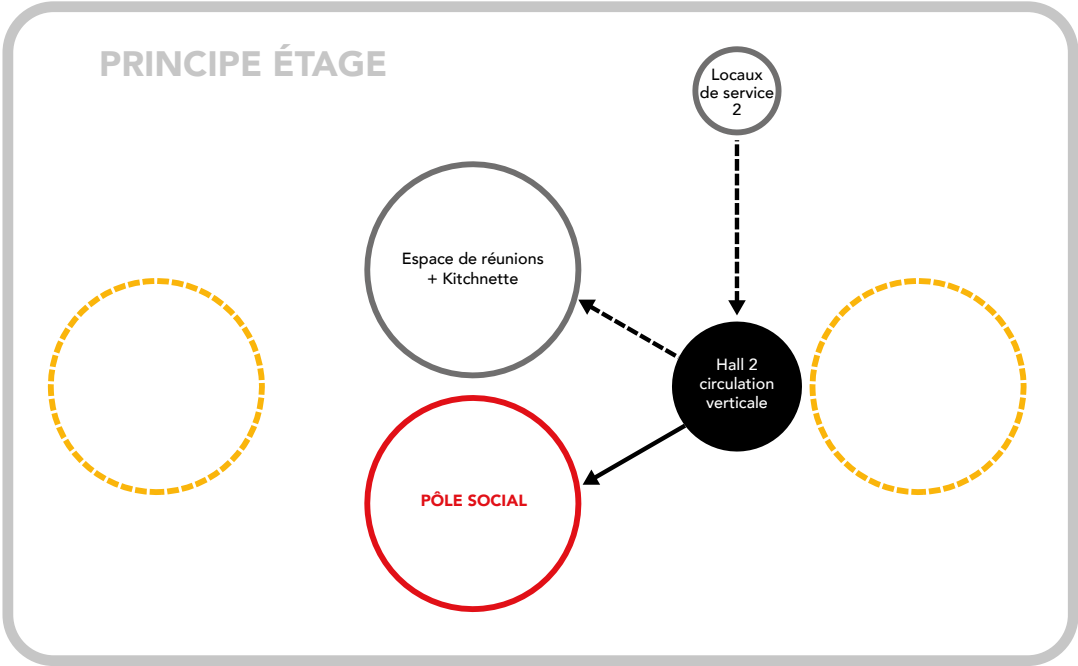
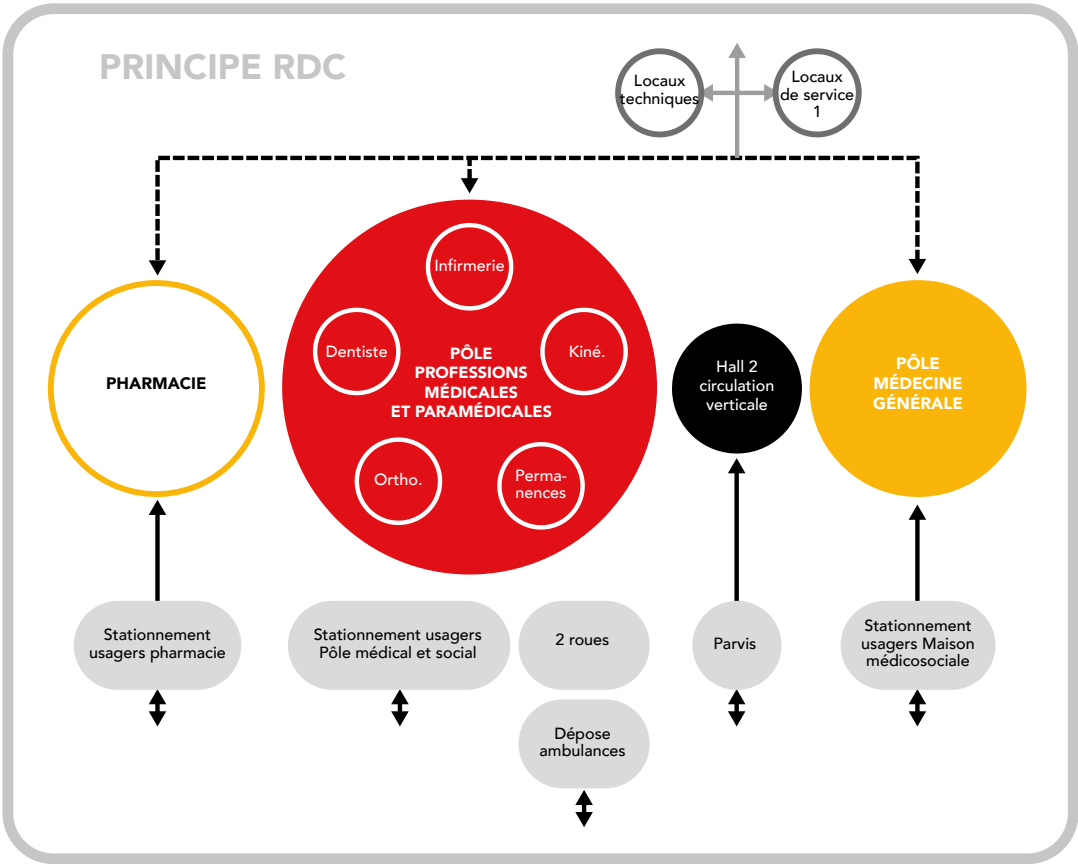
La procédure adaptée s'applique lorsque le montant du besoin est inférieur à certains seuils pour les collectivités locales, ainsi que pour certains marchés allotés conformément au Code de la commande publique.

Procédure formalisée : la question du concours

Le concours est une procédure par laquelle le pouvoir adjudicateur choisit, après mise en concurrence et avis du jury, l'un des lauréats du concours en vue de lui attribuer un marché. Cette procédure est utilisée dans le domaine de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de l'architecture et de l'ingénierie ou des traitements de données.

L'obligation de concours est adossée aux seuils définis par le Code de la commande publique. Le concours d'architecture permet de choisir son équipe de maîtrise d'œuvre sur la base d'un projet formalisé.

De l'organigramme...



Circuit usager/public
 Circuit professionnel
 Circuit service

...au tableau de surface pour une approche quantitative fonctionnelle

APPROCHE QUANTITATIVE PRÉVISIONNELLE *(synthèse-hypothèse avec pharmacie)*

Espaces bâtis	Surface Utile m ²	Précisions
Médecin généraliste	174,00	4 cabinets
Dentiste	60,00	1 cabinet
Infirmierie	33,00	hors espaces d'attente et sanitaires patients mutualisés
Kinésithérapeute	38,00	hors espaces d'attente et sanitaires patients mutualisés
Orthophoniste	23,00	hors espaces d'attente et sanitaires patients mutualisés
Locaux mutualisés santé	62,00	espaces d'attente (dentiste, infirmierie, kiné., ortho.), cabinet permanences
SOUS TOTAL SANTÉ	426,00	
Pharmacie	167,00	
TOTALE (SURFACE UTILE)	759,00	hors dégagements, hors locaux techniques, hors extensions
Circulations et dégagements	150,00	indicatif, environ 20 % selon parti architectural
SDO Surface dans œuvre indicative	909,00	emprise au sol indicative de plain pied et selon parti architectural environ 1 300 m ²
ESPACE PAYSAGES	1 025,00	
Parvis	50,00	indicatif selon implantation, abri 2 roues intégré à la construction pour 5 bicyclettes
Jardins et terrasses	50,00	indicatif selon implantation
Stationnement paysager usagers	560,00	28 emplacements et dépose minute ambulance
Stationnement paysager praticiens et personnels	340,00	17 emplacements clos, abri 2 roues intégré à la construction pour 5 bicyclettes
Aire de service	25,00	
Terrain minimum / Terrain retenu 2090 m ² Construction max cf contraintes PLU : 1 595 m ²	2 500,00	indicatif selon parti architectural / une partie du stationnement devra être intégrée au stationnement public de la Chénaie



FONCTIONNEMENT ET GESTION DE LA MSP

Fonctionnement et gestion de la MSP

Concernant les conditions d'occupation d'une maison de santé réalisée sous maîtrise d'ouvrage publique et louée à des professionnels de santé, les élus locaux comme les professionnels évoquent souvent la négociation des loyers comme une étape clé, voire parfois "épineuse", dans le déroulé du projet.

La relation contractuelle et les choix de gestion retenus relèvent des acteurs locaux. Dans ce domaine, ni la Région, ni l'ARS n'entendent s'immiscer en prescrivant tel montage juridique ou tel niveau de prix.

Cette rubrique est ainsi rédigée sous forme de questions en vue de permettre aux acteurs locaux de jalonner leur réflexion et sécuriser leur montage, mais aussi d'être transparent vis-à-vis des financeurs de la MSP (ARS, Région, Département, etc.)

Qui peut être propriétaire des murs d'une MSP ?

- Le propriétaire des murs d'une MSP peut être :
 - un ou plusieurs professionnels libéraux de santé ;
 - des investisseurs privés ou des bailleurs sociaux ;
 - une collectivité locale.

Dans le cas présent, le présent guide s'attache à décrire le cadre de propriété par une collectivité locale (Commune, EPCI).

Pour mémoire, toute maison de santé financée par la Région est la propriété du bénéficiaire de l'aide régionale, ce dernier s'engageant à un maintien dans son patrimoine pendant au moins dix ans.

Quelle domanialité pour une MSP propriété d'une collectivité ?

Comme pour d'autres types de locaux loués par une collectivité à des professionnels (pépinières d'entreprises par ex.), une MSP est généralement inscrite au domaine privé (et non public) de la collectivité et par conséquent soumise à loyer (et non à redevance).

Quel cadre contractuel ?

Dans le cas présent où les professionnels de santé choisissent d'être locataires des locaux de la MSP, ils disposeront d'un bail professionnel qu'ils pourront dénoncer aux conditions prévues, le cas échéant.

La collectivité locale propriétaire décide de l'aménagement du local et gère les délais de construction. Elle participe souvent aux côtés des professionnels à la décision de l'entrée de nouveaux locataires dans la MSP. Il est important que l'arrivée d'un nouveau professionnel de santé d'une part soit validée par ses pairs et d'autre part se traduise par une adhésion au projet de santé.

Quelles structures juridiques adaptées à la gestion des locaux d'une MSP ?

- l'Association Loi 1901 (cf. chapitre 2) ;
- la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) ;
- la Société civile de moyens (SCM) :
 - porte l'exploitation et la gestion des charges communes (mutualisation de ces charges) ;
 - est ouverte aux professionnels de santé (au sens du Code de la santé publique) et aux autres exerçant sur un même site.

Un bail ou plusieurs baux ?

Les professionnels de santé locataires et le propriétaire peuvent conclure :

1. Un bail unique

Dans ce cas :

- la gestion est simplifiée, les règles de répartition des charges sont incluses dans le règlement de la SCM ou de la Sisa ;

- les locataires maîtrisent la cooptation des membres : ce sont eux qui choisissent qui entre dans leurs murs et donc dans la SCM ou la Sisa ;
- les professionnels de santé, avec un bail unique, sont tous responsables solidairement du paiement du loyer. En cas de défaillance d'un membre, cela impacte l'ensemble du groupe ;
- il peut sembler opportun, selon les situations, de prévoir une clause en cas de local inoccupé, à négocier dès le départ avec le bailleur. Cette clause permet de protéger les autres locataires en cas de défaillance d'un confrère exerçant dans la MSP.

2. Des baux individuels avec chacun des professionnels de santé et à la condition d'être signataire du projet de santé

Dans ce cas :

- le propriétaire gère la relation individuelle avec chacun, les lots étant indépendants. La gestion ressemble à celle d'une copropriété, où chacun assume son loyer ou les conséquences en cas de défaillance ;
- les modes de répartition des charges doivent être définis en amont, pour être intégrés dans les baux (ce qui peut être plus compliqué pour les faire évoluer si besoin) ;
- la charge des locaux inoccupés revient de fait au bailleur, qui peut être tenté, pour maintenir une perception de loyer, de faire rentrer un nouvel occupant sans consulter les locataires déjà installés. Il est important de prévoir alors une clause "Nouvel occupant" entre les parties, précisant les modes d'admission d'un nouveau praticien dans la MSP. Les locataires peuvent aussi signer un bail par profession : un bail pour les médecins, un bail pour les kinésithérapeutes, un bail pour les infirmiers... Cette solution intermédiaire est plutôt valable pour les équipes importantes (à partir de 15-20 professionnels de santé).

Comment calculer le prix du loyer ?

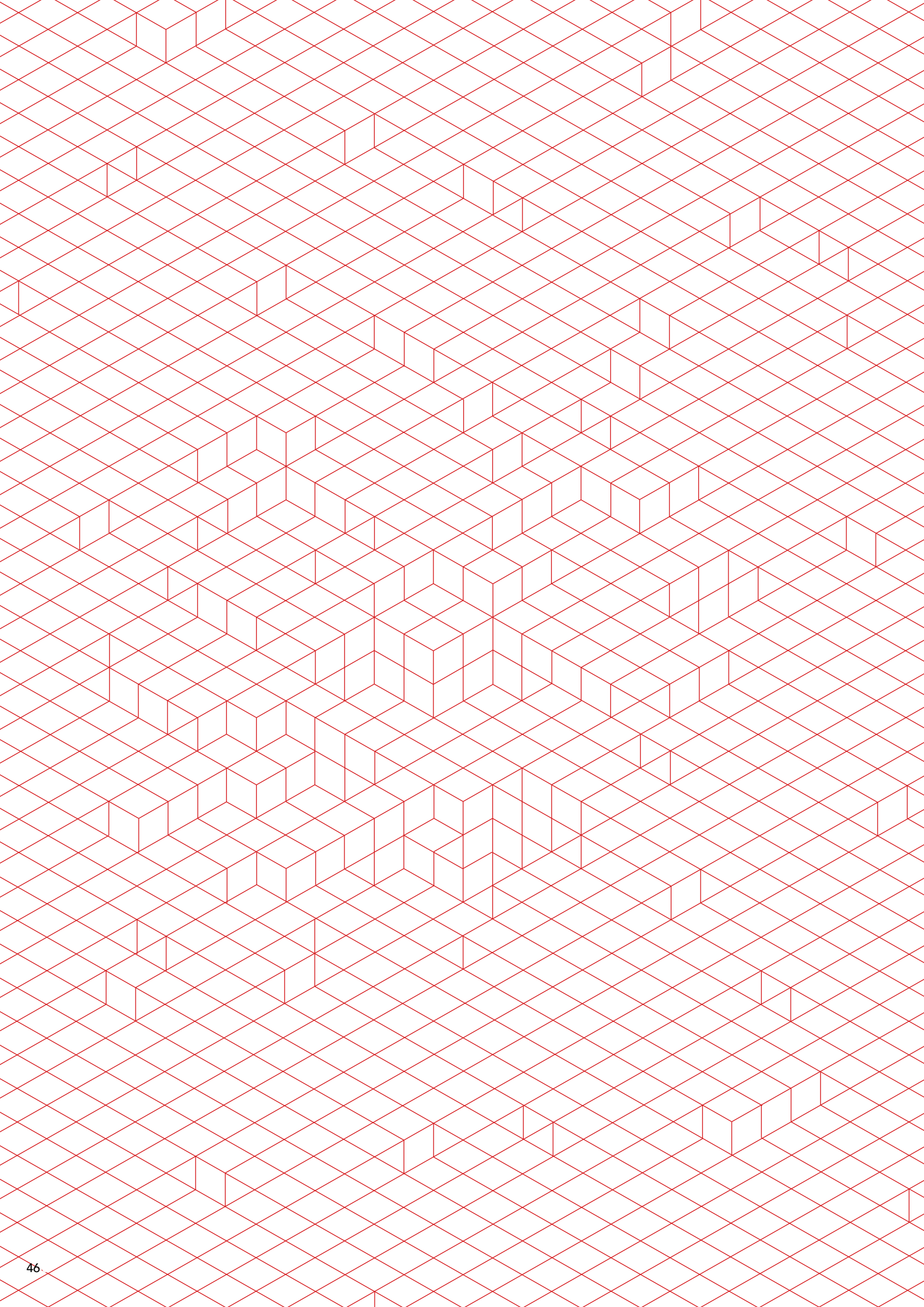
Dans le cas d'une domanialité privée, le loyer doit correspondre au prix du marché. En l'absence de référence identifiée à proximité, le prix du loyer peut être défini en référence au coût locatif de l'immobilier tertiaire du secteur.

Le prix du loyer doit être transparent et décliner clairement ses différentes composantes :

- prix au m²/an de la location de murs nus ;
- inclusion ou non de telle ou telle charge locative (Contrats d'abonnements fluides (chauffage, électricité, eau, nettoyage des locaux) ;
- sur ce dernier point, qui prend en charge l'entretien des locaux ? Parties communes extérieures et intérieures, parties affectées aux professionnels ?
- qui prend en charge les locaux laissés vacants après départ de professionnels ?

Un rabais de loyer consenti par la collectivité aux professionnels est-il possible ?

Les subventions publiques, celles de la Région des Pays de la Loire notamment, ne peuvent pas servir à la collectivité maître d'ouvrage pour proposer aux professionnels des loyers en-dessous des prix du marché. Il s'agit donc de justifier à la Région le montant du prix du marché.





LES AIDES PUBLIQUES



Les aides publiques à la construction et au fonctionnement des MSP

D'une manière générale, les aides publiques peuvent avoir différents objets :

- étude de faisabilité (dans la phase diagnostique) ;
- aide à l'ingénierie préalable (exemple : financement d'un appui pour élaborer le projet de santé) ;
- aide au fonctionnement : tout élément favorisant l'exercice coordonné (système d'information, petit équipement, aménagement de salles de réunion...)
- aides à l'investissement immobilier.

Les aides à l'investissement immobilier sont essentiellement financées par les collectivités territoriales, notamment la Région (1^{er} cofinancier des murs en Pays de la Loire via sa politique sectorielle santé et ses contrats territoriaux régionaux) mais aussi l'État, l'Europe.

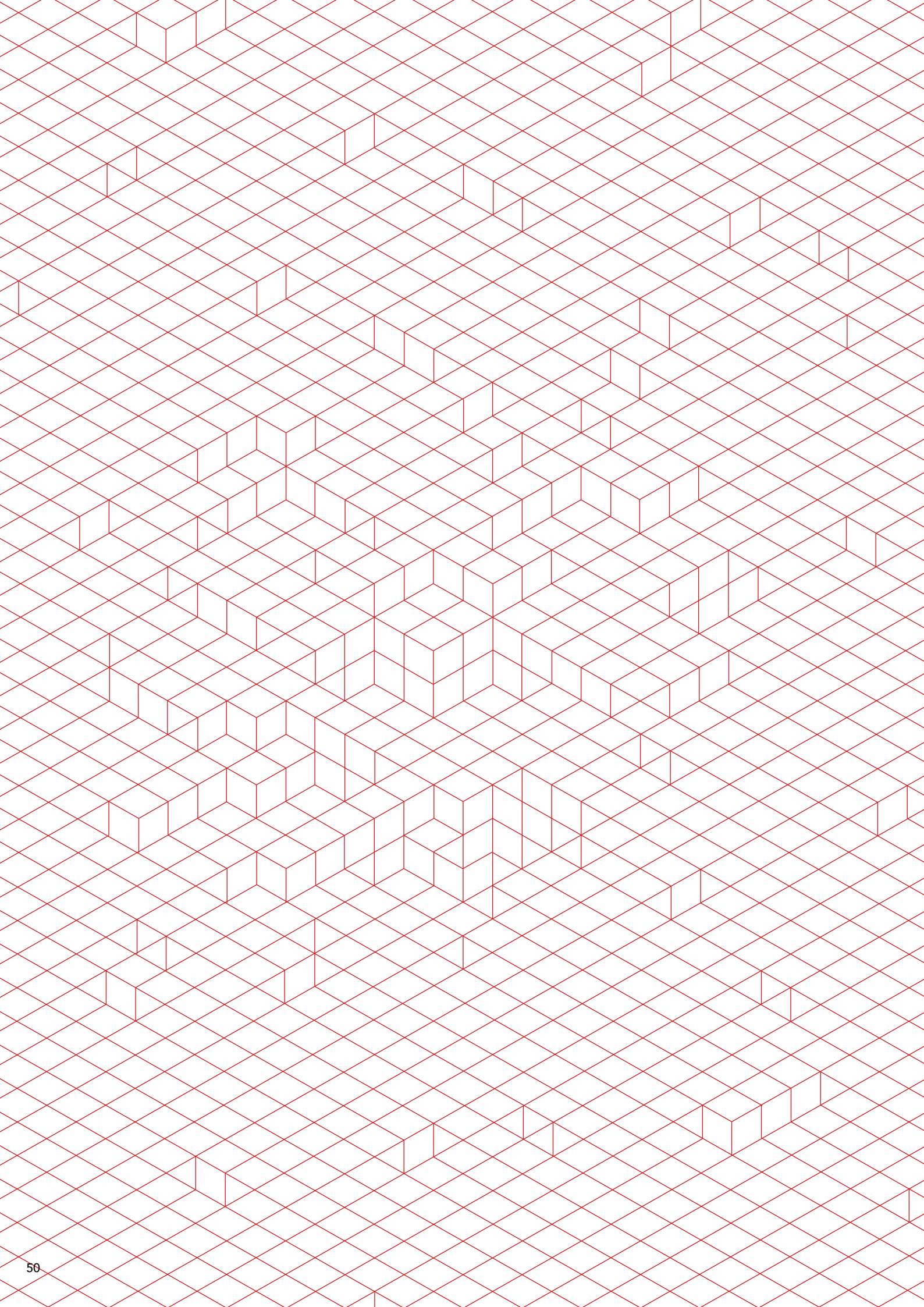
Le fonctionnement relève le plus souvent de l'ARS, qui peut mobiliser le Fonds d'intervention régional (FIR), et de la CPAM.

Les dispositifs de soutien existent et évoluent très souvent : il est conseillé de s'informer auprès de l'Agence régionale de santé (ARS), de la Région ou du Département.



EXEMPLES DE MSP





MSP LAËNNEC À SAINT-NAZAIRE (44)	52
MSP DE CLISSON (44).....	54
MSP DE BAUGÉ-EN-ANJOU (49).....	56
MSP DE CHÂTEAUNEUF-SUR-SARTHE (49)	58
MSP DE MAYENNE (53)	60
MSP DE RENAZÉ (53)	62
MSP DE VILLAINES-LA-JUHEL (53)	64
MSP DE BALLON-SAINT-MARS (72).....	66
MSP DE SILLÉ-LE-GUILLAUME (72)	68
MSP D'AIZENAY (85).....	70
MSP DE NOIRMOUTIER-EN-L'ÎLE (85)	72



MSP LAËNNEC À SAINT-NAZAIRE (44)

La ville de Saint-Nazaire décide de fermer en 2009 la maison de retraite de quartier libérant un bâtiment d'environ 600 m².

Un groupe de six médecins se constitue et crée en 2014, la maison pluri-professionnelle Laënnec, avant d'acquérir le bâtiment de la maison de retraite inoccupée.

Dès l'origine, le projet des professionnels de santé se met en place avec la volonté d'intégrer des professions paramédicales.

Aujourd'hui neuf médecins, deux sages-femmes, trois infirmiers, un psychologue, une diététicienne, un podologue se partagent les lieux. Une extension (100 m²) est en cours pour accueillir des internes et un espace d'urgence.

Le bâtiment présentait un potentiel de reconversion :

- Des circulations et sanitaires déjà adaptés aux PMR ;
- Des chambres d'environ 20 m² déjà équipées d'un point d'eau, nécessaire à la création d'un plan de travail.

Sa situation au cœur d'un quartier d'habitation est privilégiée, et de nombreux patients viennent à pied. C'est un réel équipement de proximité.

Le programme a été établi par les médecins. Le bâtiment a permis de créer onze espaces médicaux individualisés, et un cabinet polyvalent pour les consultations des internes ou médecins extérieurs. Les espaces des paramédicaux et ceux des médecins sont mélangés, c'est un vrai choix dans le projet de MSP. Tous les équipements et consommables sont mutualisés.

Les cabinets se déploient autour d'un noyau central composé d'un patio, de sanitaires et d'une salle d'urgence. Deux espaces d'attente mutualisés sont également répartis dans le bâtiment. Cette volonté de partage présente quelques inconvénients puisque le dispositif génère plus de bruits et limite la confidentialité. Toutefois l'organisation en couronne facilite les rencontres, le "travailler ensemble" et confère un cadre adapté au projet de santé. Le point fort de la MSP Laënnec consiste en la création d'une grande salle, dotée d'un coin cuisine. Elle sert pour le partage des déjeuners, les réunions et pour des conférences le soir.

L'espace infirmier est volontairement à l'écart avec un accès extérieur privé permettant de recevoir les patients en dehors des heures d'ouverture sans obligation d'ouvrir l'ensemble de la structure. À l'arrière, les médecins ont un accès direct privatisé.



MSP DE CLISSON (44)

La maison de santé est installée dans un ensemble de bâtiments construits il y a une dizaine d'années pour cet usage.

C'est à l'initiative d'une vingtaine de professionnels que la réflexion a été engagée, pour s'implanter sur ce site dont la vente représentait une réelle opportunité, dans ce quartier riche en équipements de santé.

Le programme a été établi avec Delta Industries, il a permis de dégager la volonté de construire sur cette parcelle toute en longueur, les sept pôles dans des bâtiments différents mais avec une écriture architecturale commune. Ils s'inscrivent dans la profondeur de la parcelle, le long du parking, afin de dégager un jardin arboré à l'arrière du bâtiment.

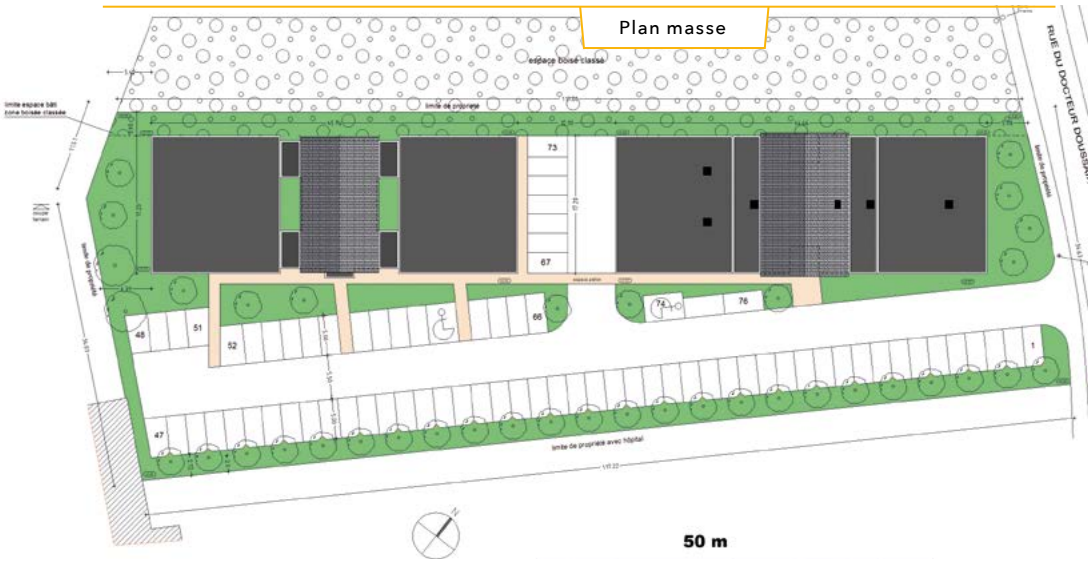
Le programme a été réfléchi par métier, ainsi que l'organisation des différents pôles dans les bâtiments. Ceux-ci sont répartis dans chaque bâtiment de manière bien distincte : médecins et infirmiers, laboratoire d'analyses, dentistes, kinésithérapeutes, paramédical (orthophonistes, pédicures, podologues et ostéopathes).

L'organisation intérieure de chaque bâtiment dépend de chaque pôle. Les professionnels ont fait leur propre choix dès l'origine du projet, avec l'architecte. Les dentistes et les médecins ont un accueil commun avec secrétariat, tandis que les kinésithérapeutes et les professions paramédicales fonctionnent avec un espace d'attente dédié à chaque métier.

Toutefois, il n'existe aucun espace commun à l'ensemble de la MSP, ce qui ne facilite pas les temps de partage. Pour palier ce manque, le Département met à disposition une salle dans un bâtiment à proximité, afin d'organiser des réunions et rencontres entre professionnels, mais cela reste insuffisant pour la quarantaine de professionnels de la MSP.

De l'avis général, la conception de l'ensemble ne permet pas le partage ni les échanges entre métiers. Une réflexion est en cours pour réaliser sur la parcelle actuelle, entre les deux bâtiments principaux, une surface dédiée à la coordination de la MSP.

Plan masse

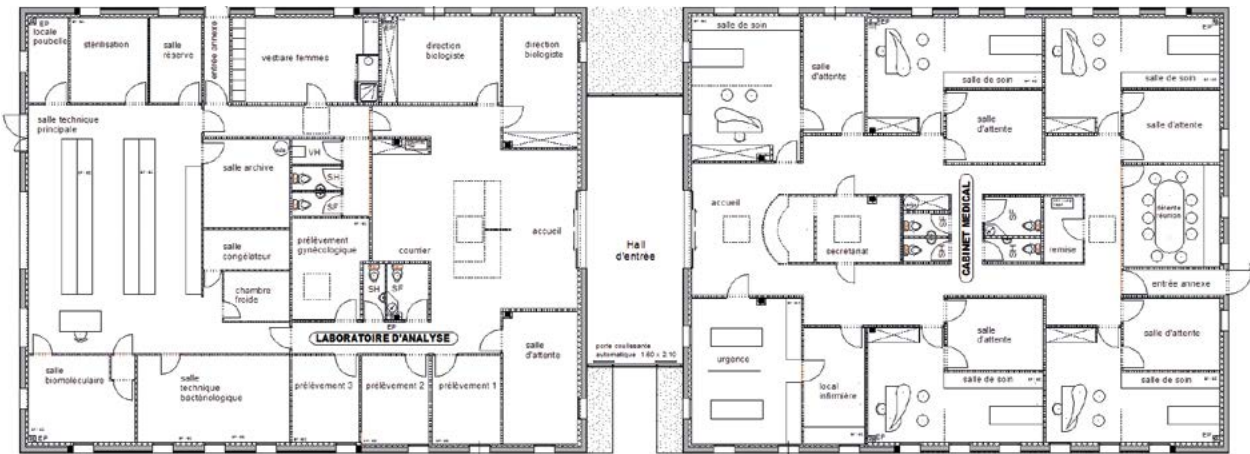


FICHE TECHNIQUE	
Localisation	7 Rue Docteur Doussain 44190 CLISSON
Maître d'ouvrage	Privé, groupe de médecins libéraux
Maître d'œuvre	Vincent de BOURMONT - Line Architecture
Date de réalisation	2007
Superficie	1 500 m ²
Coût	1 600 000 € HT

Plan Kiné



Plan Médecin



Photographies : CAUE de Loire-Atlantique



MSP DE BAUGÉ-EN-ANJOU (49)

La maison pluri-disciplinaire de santé de la ville de Baugé-en-Anjou regroupe environ trente-cinq professionnels de santé dans différents pôles : radiologie, médecine générale, maison médicale de garde, kinésithérapie, dentaire, infirmiers, podologie, ostéopathie, orthophoniste, sage-femme, psychologie, centre médico-psychologique infantile, balnéothérapie. Chaque pôle a fait l'objet d'un travail d'organisation et de hiérarchisation entre les espaces de consultations, les espaces d'attente et les espaces de déambulations. Certains pôles ont fait l'objet de tranches conditionnelles. Ainsi, la maison de santé a été conçue avec la possibilité d'éventuels agrandissements.

Le parti architectural est d'exploiter le dénivelé existant du site tout en gardant la notion de parc. La

maison de santé se développe sur deux niveaux, un rez-de-chaussée en relation directe avec la place de Gault et un rez-de-jardin ouvert sur le parc. Le projet s'implante en partie sud de la parcelle. Depuis le rond-point, seul le rez-de-chaussée est visible et donne l'impression d'un bâtiment d'un seul étage, tout comme les maisons voisines. Une différence de hauteur des volumes dynamise la façade et un volume plus haut en verre signale l'entrée principale de l'établissement. Le bâtiment est entouré d'espaces plantés et se découvre depuis la place de Gault. Le projet se divise en trois volumes. Cette décomposition offre une lecture claire du bâti où chaque pôle est contenu dans un volume. Les failles plantées permettent aussi de distribuer la lumière et les vues dans tout le bâtiment, et de créer une transition séquencée entre l'espace urbain et le parc.

Plan du rez-de-chaussée

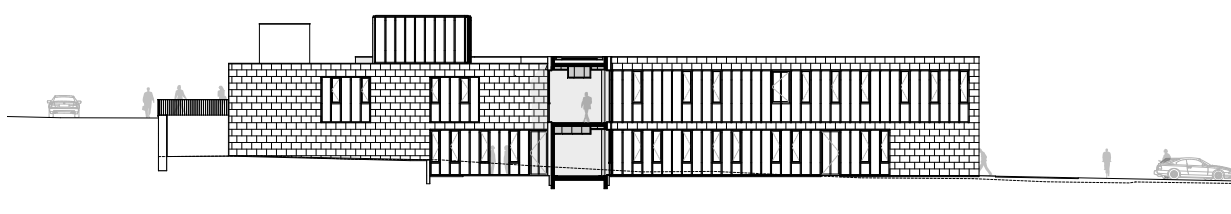


FICHE TECHNIQUE

Localisation Baugé-en-Anjou, rue Foulques Nerra
Maître d'ouvrage Commune de Baugé-en-Anjou
Maître d'œuvre kraft architecture
Date de réalisation Juillet 2016
Superficie 1 721,5 m ²
Coût 3 214 962 € HT + 208 195 € d'aménagement
Aide régionale 550 000 €

- Pôle Médecine générale
- Pôle Dentiste, Infirmiers, kiné
- Pôle radiologie
- Extension kiné, balnéothérapie

Coupe



Photographies : Judith BORMAND



MSP DE CHÂTEAUNEUF-SUR-SARTHE (49)

Cette opération est l'aboutissement d'un projet collectif entre la Communauté de communes et les praticiens qui seront à terme au nombre d'une quinzaine (médecins, podologues, infirmiers...).

Cet équipement propose notamment :

- des vacations par des spécialistes en lien avec le Pôle Tassigny (ORL, dermatologue...);

- un programme de prévention auprès du public : des conférences proposées sur différents thèmes...

Implanté le long d'une rue dans un quartier en mutation, le bâtiment affiche son statut d'équipement public. Bardé de bois ou paré de pierre, le volume principal accueille les salles de consultation. Le volume surhaussé en bardage zinc signale la circulation centrale. Les salles d'attente et la salle de réunion se déploient autour du jardin zen.



FICHE TECHNIQUE

Localisation
4 route de Juvardeil
49330
CHÂTEAUNEUF-SUR-
SARTHE

Maître d'ouvrage
Communauté de
communes des Vallées
du Haut Anjou

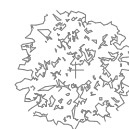
Maître d'œuvre
Sophie SEIGNEURIN
architecte

Date de réalisation
2018

Superficie
565 m²

Coût
980 952 € HT

Aide régionale
300 000 €





MSP DE MAYENNE (53)

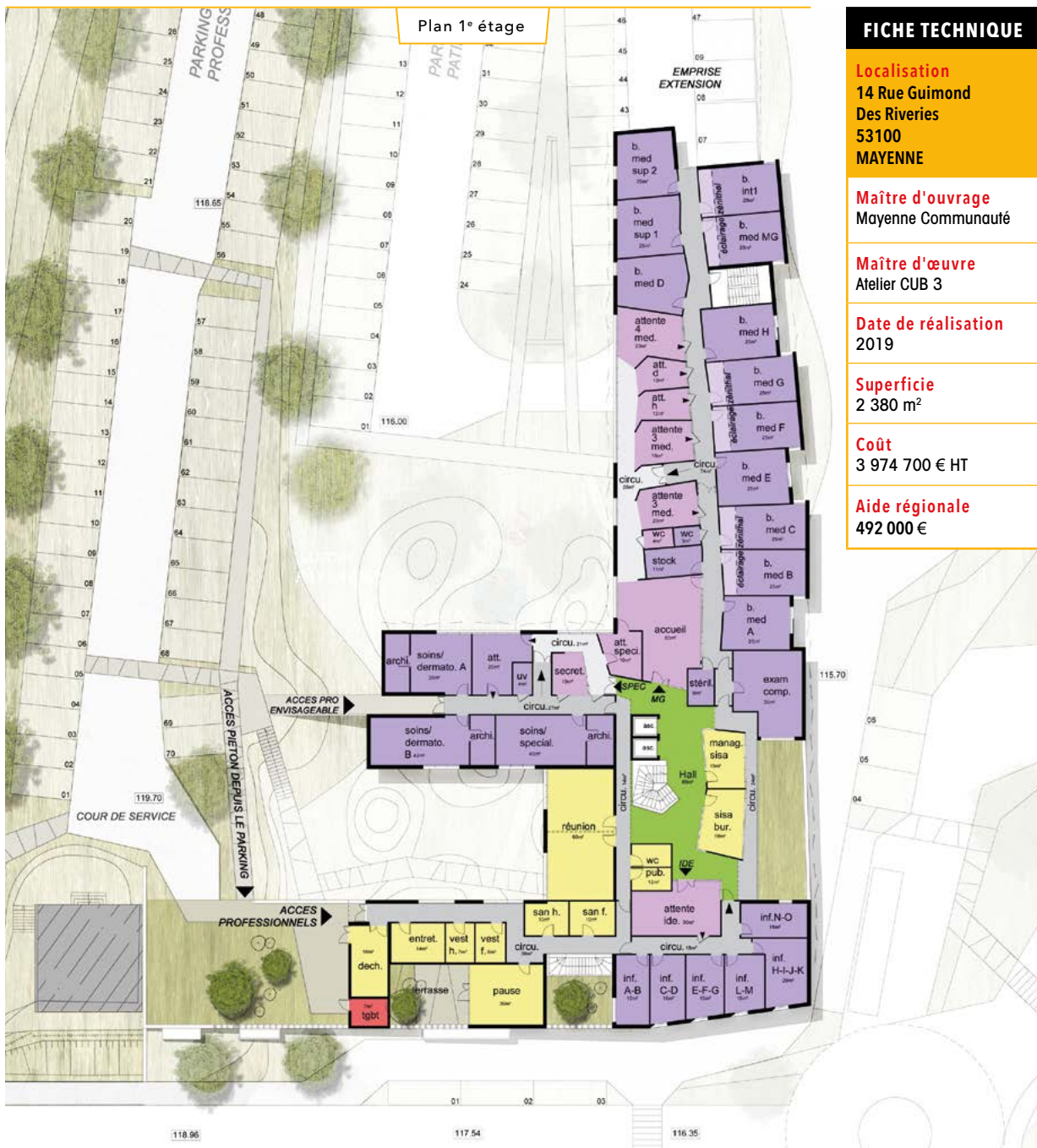
La maison de santé pluri-disciplinaire de Mayenne est le fruit d'une longue réflexion concernant l'organisation des professionnels libéraux du secteur. Réfléchie pour maintenir et développer l'offre de soins à Mayenne, le projet regroupe environ quarante professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières, dermatologues, podologues, diététicienne...), un cabinet de radiologie et un laboratoire de biologie. D'autres services constituent le programme de l'opération, dont une maison médicale de garde, la CPAM et la Maison départementale de l'autonomie. Tous ces services en font l'une des plus grandes maisons de santé de la région.

Le site d'implantation est celui de l'ancienne gendarmerie. Le terrain, marqué par une forte déclivité, a incité la construction du bâtiment sur deux niveaux. Cette inscription dans le site a permis de différencier les entrées entre les deux types d'usagers du site, à savoir les patients et les praticiens. Ce nouveau front bâti développe un large parvis d'entrée, qui génère une transition douce avec l'es-

pace public. La façade principale tournée vers la ville ancienne vient créer un lien et une image forte. Trait d'union reflétant le dynamisme de la future ville, la façade joue sur les transparences à travers une double peau réalisée en métal poli perforé et des blocs massifs en béton matricé. Celle-ci, outre son rôle de régulation des apports thermiques, permet également à travers un effet de moucharabieh de jouer sur la perception du bâtiment selon les moments de la journée.

La flexibilité des lieux et leur modularité ont guidé l'ensemble de la conception du projet, afin qu'il soit ergonomique, fonctionnel et convivial.

L'intérieur du bâtiment a été conçu pour permettre une déambulation efficace entre les différentes entités, à la fois pour les professionnels et les visiteurs. L'accent a été porté sur le cadrage de vues sur l'extérieur, l'intégration d'espaces paysagers et l'apport de lumière naturelle dans les bureaux, halls et circulations.



Photographies : Sylvain Malinouché



MSP DE RENAZÉ (53)

La maison de santé de Renazé participe au pôle santé de Craon et Renazé afin de constituer un guichet unique. Situé dans le sud-mayennais, ce pôle santé de Craon-Renazé a la particularité de venir s'adosser aux locaux d'un groupe hospitalier de 316 lits.

La création du pôle santé a été impulsée par une véritable communauté médicale, soutenue par une volonté politique de restaurer la place de l'hôpital local. Le projet commence à la création, en 2008, d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Il rassemble les professionnels du centre hospitalier local du sud-ouest mayennais (CHLSOM), la mutualité française Anjou-Mayenne, et une soixantaine de professionnels de santé, regroupés en une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa). Soit la quasi-totalité des professionnels de santé du pays de Craon.

L'objectif est de pouvoir coordonner la prise en charge des patients, à travers une pratique collective, un mode d'exercice mixte déjà en place avec la présence de l'hôpital.

Le pôle s'organise en trois espaces : médical, paramédical et médico-social.

Il regroupe l'ensemble des médecins généralistes des deux communes, et des spécialités (douze sur Renazé, et dix-huit à Craon) : dix-huit médecins, vingt-cinq infirmiers, trois kinésithérapeutes, sept pharmaciens, quatre podologues, deux orthophonistes, un dentiste, un ambulancier, un sage-femme, un diététicienne, un psychomotricienne, un psychologue...

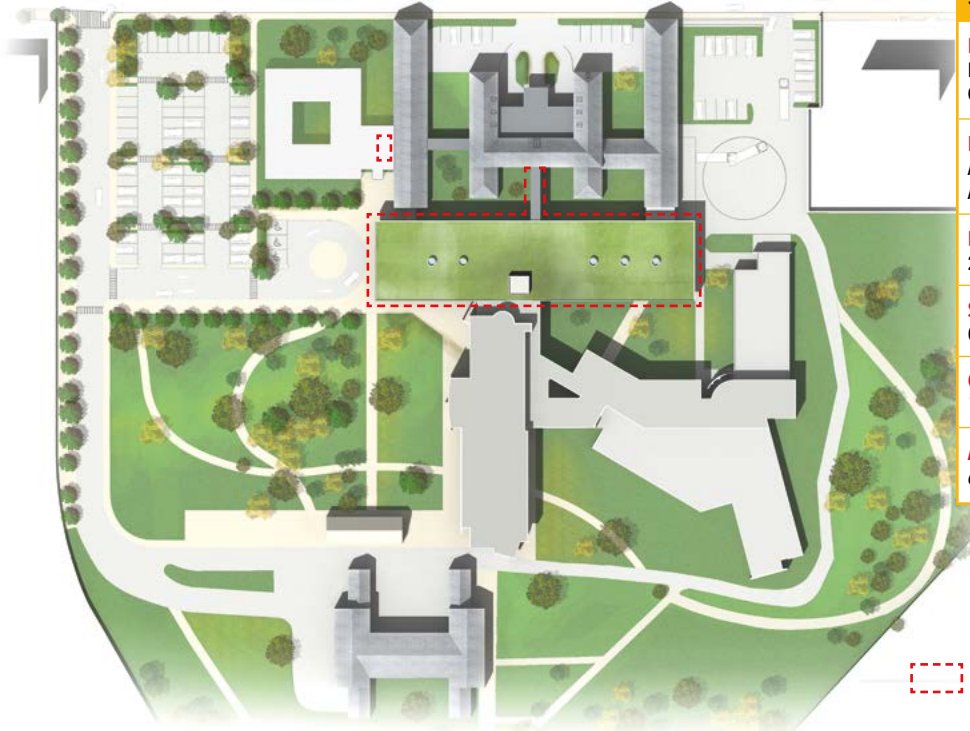
L'aménagement de l'hôpital sud-ouest mayennais et du pôle santé de Craon-Renazé, a été confié à la même équipe d'architectes, l'agence AMELLER, qui a su intégrer la mutualisation des activités et des espaces.

À Renazé comme à Craon, le bâti créé articule et relie les locaux de la maison de retraite à ceux de l'hôpital.

Renforçant le caractère résidentiel de l'établissement, le verre trempé le rend attrayant et coloré, tandis que l'habillage en bois y apporte chaleur et noblesse.

La qualité des matières mises en œuvre, le choix d'une inscription dans le site respectueuse de son histoire et la réalisation d'une centralité optimale favorisent l'appropriation de ce lieu de vie par le personnel, les résidents et leur famille.

Plan masse



FICHE TECHNIQUE

Localisation
26b Rue Daudier
53800 RENAZÉ

Maître d'ouvrage
Hôpital Local du Sud-Ouest Mayennais

Maître d'œuvre
Agence d'architecture
AMELLER-DUBOIS

Date de réalisation
2010

Superficie
650 m²

Coût
1 212 375 € HT

Aide régionale
600 000 €

Bâtiments construits
dans le cadre du projet
de la MSP



Photographies : CAUE de la Mayenne



MSP DE VILLAINES-LA-JUHEL (53)

Le programme du pôle santé regroupe les cabinets de médecins, spécialistes, infirmières, podologues, kinésithérapeutes et un laboratoire d'analyses. L'ensemble du bâtiment est couvert d'une toiture-terrasse végétalisée. La création d'un patio multiplie les façades pour offrir le maximum de lumière naturelle venant de toutes les orientations. Le traitement de la façade sud, parée d'un brise-

soleil végétal accroché sur un maillage métallique (photo 1), marque le projet comme porte d'entrée de la ville. L'alternance du bardage bois avec des panneaux composites de couleur souligne les reliefs de la façade. Le parking à l'arrière s'installe dans la "dent creuse" entre l'équipement projeté et l'hôpital, sécurisant ainsi la cohabitation des voitures et des piétons, et ouvrant sur un parc.

Plan



- Circulations
- Techniques
- 5 infirmières
- 3 praticiens
- Communs
- 2 Kinés
- 2 Pédicures
- Sanitaires
- Laboratoire
- 6 médecins

FICHE TECHNIQUE

Localisation
Route de la Borie
53700
VILLAINES-LA-JUHEL

Maître d'ouvrage
Communauté de
communes du Mont
des Avaloirs

Maître d'œuvre
Atelier d'architecture
GAUTIER-GUILLOUX

Date de réalisation
2013

Coût
1 977 634 € HT

Aide régionale
765 150 €



Photographies : CAUE de la Mayenne



MSP DE BALLON-SAINT-MARS (72)

Le projet de santé s'est construit sur les deux territoires : Communauté de communes de Ballon et celle Sainte-Jamme.

La première phase du projet fut consacrée au diagnostic et à la construction du projet de santé sur le territoire avec les deux Communautés de communes ; faire le choix de deux MSP fut un travail politique, de choix et d'arbitrages.

Un bureau d'études privé a été missionné en 2009 pour réaliser un audit, des différents professionnels de santé présents sur les deux Communautés de communes, posant ainsi les bases pour la création des deux MSP. Ce diagnostic fut partagé par l'ensemble des praticiens. Cet audit a permis une lecture extérieure de l'offre médicale afin de lever les tensions et d'apporter une lecture raisonnée du territoire.

Après ces bases posées, les élus des deux communautés de communes ont missionné le bureau d'étude AMO EMARA de Bordeaux pour l'élaboration du programme et le coût de l'opération.

Les praticiens ont sollicité les élus avec leur choix du terrain pressenti. Douze professionnels de santé ont intégré la MSP de Ballon : six médecins, deux kinésithérapeutes, un ostéopathe, trois infirmières et un podologue.

Les médecins, les mêmes que dans l'ancien projet, ont été très moteurs pour lancer la dynamique de la MSP, tout en sachant que l'équipement allait être complet à l'ouverture.

Auparavant, ces mêmes professionnels de santé, qui ont intégré la MSP de Ballon depuis, avaient eu l'idée d'un regroupement au milieu des années 90, l'équipe médicale soudée ayant déjà une idée de leur projet (construction uniquement en rez-de-chaussée pour

les praticiens, fonctionnement, surfaces de chaque local professionnel, salle d'attente...).

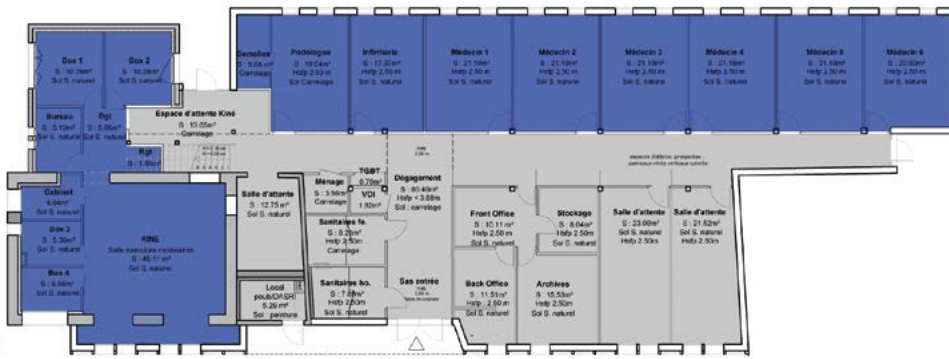
Le cabinet EMARA (Assistance à maîtrise d'ouvrage) avait réalisé une pré-implantation du programme sur la parcelle. Compte tenu de son étroitesse et de la maison existante à réhabiliter pour le projet d'ensemble, le plan général n'offrait que peu de latitude. L'architecte (Atelier 2A du Mans) a repris cette base pour affiner le projet final en étroite collaboration avec les praticiens.

La collectivité a joué le rôle de facilitateur, de porteur de projet pour la création de la MSP de Ballon avec :

- la mise en place, par une infirmière de l'Association Azalée, de la prévention et de la remise en forme de personnes vieillissantes qui ont besoin de retrouver des éléments cognitifs ;
- une prise en compte de la télémédecine avec le Pôle métropolitain du Mans, une expérimentation est déjà en place depuis le début 2019 que la Région des Pays de la Loire accompagne ;
- la décision de lancer la télémédecine, avec le pôle métropolitain du Mans, sur le réseau des Ehpad et des MSP volontaires, notamment celles de Ballon sur la dermatologie des personnes âgées (traitement des escarres, entre autre) ; la deuxième étape de la télémédecine étant la cardiologie.

C'est la capacité des médecins de dégager du temps dans leur exercice professionnel pour l'utilisation de la télémédecine qui demandera une période d'adaptation dans leur agenda professionnel chargé.

Répartition du programme



- Espaces à usage médical : cabinets médicaux, podologue, infirmaria, kinésithérapeute
- Espaces de fonctionnement : accueil, secrétariat, zones techniques, salles d'attente, circulations

- Ensemble de 3 cabinets médicaux + salle d'attente
- Ensemble de 3 cabinets médicaux + salle d'attente
- Paramédical



FICHE TECHNIQUE

Localisation
2 bis, place de la République
72290
BALLON-SAINT-MARS

Maître d'ouvrage
Communauté de communes des Portes-du-Maine

Maître d'œuvre
Atelier 2A

Date de réalisation
2016

Superficie
569,26 m²

Coût
1 140 000 € HT

Aide régionale
320 000 €



MSP DE SILLÉ-LE-GUILLAUME (72)

Les professionnels de santé ont eux-mêmes porté le projet de la future MSP. Ces praticiens exerçaient ensemble dans un cabinet en centre-ville de Sillé-le-Guillaume (quatre médecins et deux infirmières). Étroits dans leurs locaux, sans la possibilité de s'agrandir, mais souhaitant poursuivre l'exercice de la médecine en commun, ces praticiens ont sollicité les élus avec un projet bien avancé et un choix de terrain envisagé en centre-ville à deux pas de la gare. Les praticiens de santé déjà réunis professionnellement il y a quelques années n'ont pas eu de difficulté pour attirer d'autres professionnels de santé.

Compte tenu de l'implantation d'une pharmacie en centre-ville, les élus ont choisi le terrain proche de la gare. Ce choix s'est fait rapidement ; pas d'autre terrain disponible. La surface du terrain imposait rapidement l'idée de faire un bâtiment sur deux niveaux au regard des surfaces proposées par le médecin référent.

La coordinatrice met en place des protocoles de santé. La MSP propose également une information pour le public par rapport à une demande de soin (quel praticien voir, lequel et à quel moment pour éviter un engorgement vers l'hôpital ou autre structure), des actions de prévention des escarres, des ateliers thérapeutiques. Concertation pluridisciplinaire. Cette politique de santé permet une émulation au sein de la MSP.

D'emblée, l'architecte a conçu son projet sur deux niveaux (rdc+1^{er} étage) compte tenu de l'importance du programme et du nombre de praticiens de santé (22) ; la parcelle formant à elle seule un îlot sans possibilité d'extension, juste la place pour quelques places de stationnement complétées par l'aire de stationnement de la gare.

Plans



FICHE TECHNIQUE

Localisation
7, place de la Gare
72140
SILLÉ-LE-GUILLAUME

Maître d'ouvrage
Communauté de
communes du Pays de
Sillé

Maître d'œuvre
Atelier Bleu d'Archi

Date de réalisation
2013

Superficie
1 400 m²

Coût
2 300 000 € HT

Aide régionale
399 000 €



Photographies - Atelier Bleu d'Archi

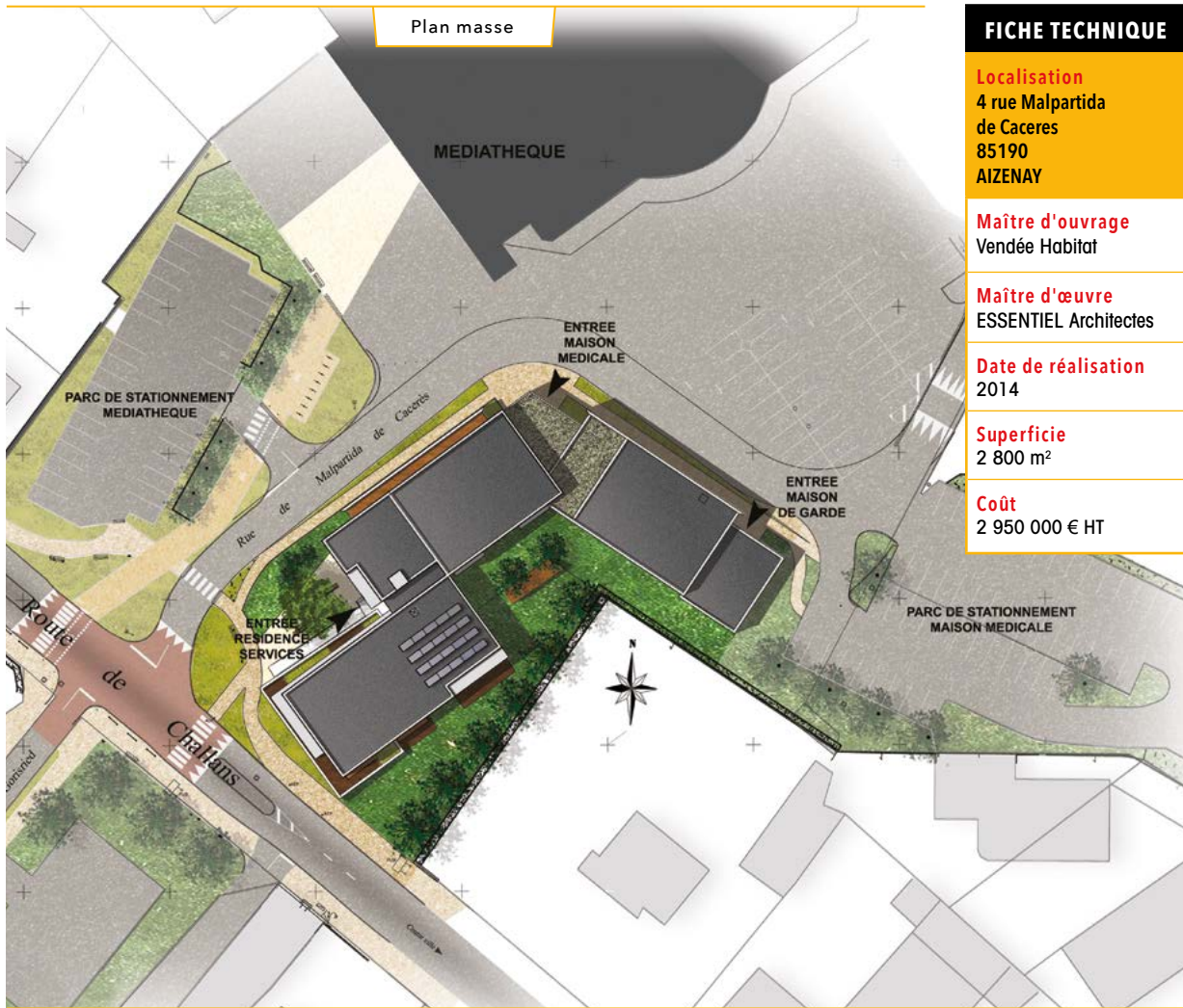


MSP D'AIZENAY (85)

La MSP prend place sur le périmètre de l'ancien supermarché en ville. Ce site est un lieu stratégique de la commune car il permet la mutualisation des stationnements et des espaces publics pour un cinéma, une médiathèque, des logements et la MSP (et peut-être à terme d'autres équipements). Il s'agit d'une remarquable optimisation. Les synergies vont encore plus loin car le projet de la MSP a été mené en relation avec une résidence services. La collectivité, le bailleur et les professionnels ont donc pu se coordonner pour un projet d'envergure.

La construction se compose de trois volumes parallélépipédiques en R+1 et R+2. Les traitements différents du RDC et des étages permettent d'asseoir le bâtiment et de consolider son accroche dans la pente naturelle du terrain.

Le choix des matériaux, des couleurs et des volumes apporte aux façades un jeu subtil de contrastes, d'ombres et de lumières. Les entrées de la MSP et de la résidence pour seniors sont ainsi bien distinctes, mises en valeur et facilement repérables.





1



2



3

MSP DE NOIRMOUTIER-EN-L'ÎLE (85)

La Communauté de communes avait mené des études et des discussions très en amont du projet immobilier, elle a pu ainsi mesurer pleinement les besoins du territoire.

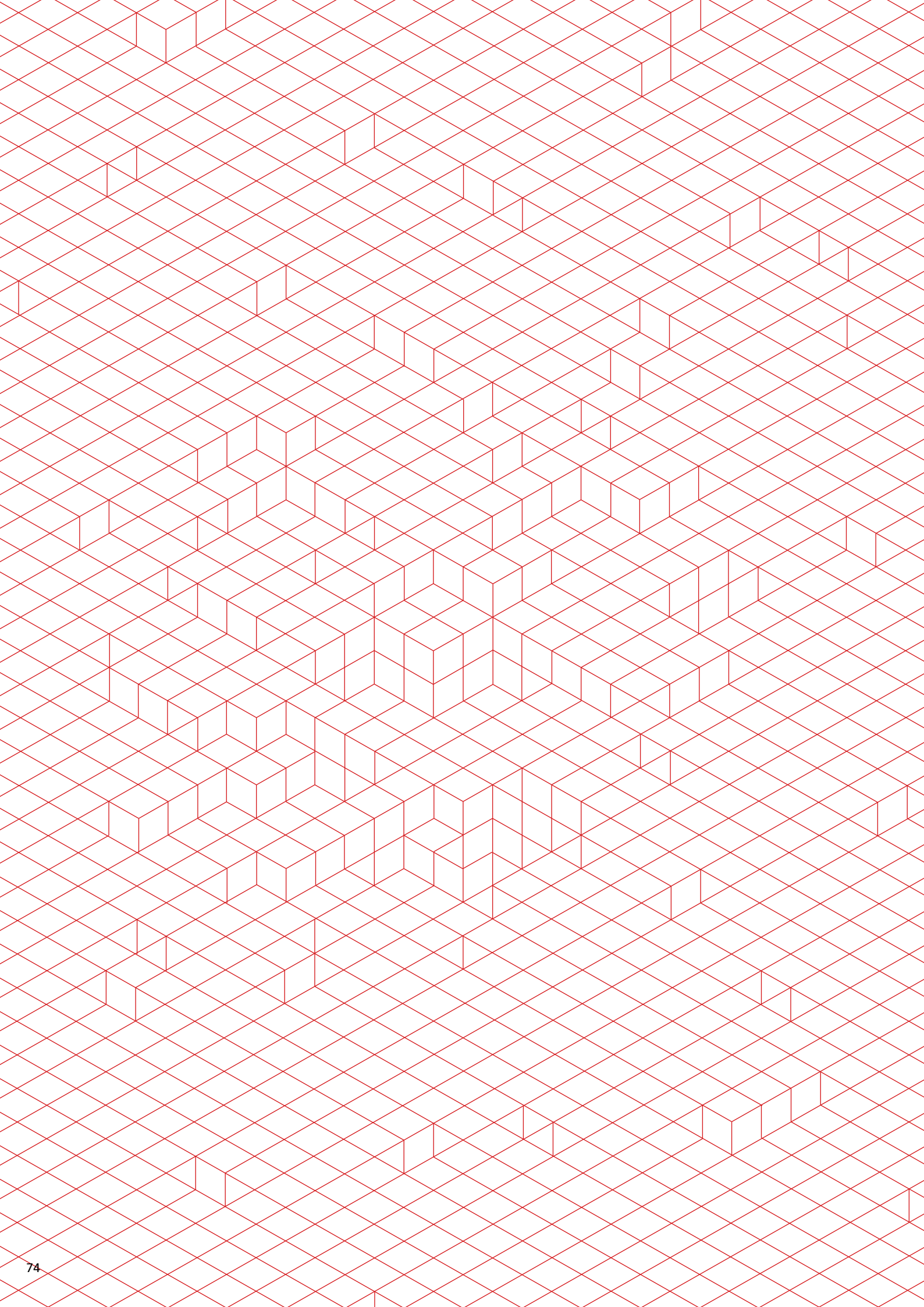
De plus, le caractère insulaire, les atouts et les contraintes géographiques ont amené à une vision partagée et équilibrée d'une MSP sur trois sites.

La concertation avec les partenaires professionnels a été menée dans la durée et en tenant compte du plus grand nombre d'acteurs.

Le projet permet une synergie des services et une approche de proximité ; les sites choisis sont dans les centres ou très proches.

L'architecture contemporaine, le choix des matériaux distinguent les équipements, mais les choix réalisés en termes d'implantation, de volume et d'ouverture sur le paysage assurent une excellente intégration dans le tissu, et sont en harmonie avec l'identité locale.

Les espaces d'accompagnement très soignés participent également à la qualité de la réalisation.



CONTRIBUTIONS À L'OUVRAGE :

Région des Pays de la Loire

Dorothee CLÉMENT, directrice adjointe, cheffe du service coordination des politiques contractuelles et santé, Direction territoires et ruralité

Olivier TRAINÉAU, responsable du pôle santé, Direction territoires et ruralité

Élise DAVID, chargée de projets Offre locale de santé, Pôle santé, Direction territoires et ruralité

ARS

Béatrice BONNAVAL, chargée de projet Exercices coordonnés, Département Accès aux soins primaires, Direction de l'Offre de santé et en faveur de l'autonomie

APMSL

Frédérique MABILAIS, directrice

UR CAUE des Pays de la Loire

CAUE de Loire-Atlantique

Delphine LAINE-DELAUNAY, directrice

Nathalie KOPP, chargée de mission en architecture

CAUE de Maine-et-Loire

Jean-Pierre DUCOS, directeur

Claire CHAPELET, chargée de mission, architecte

Karine HOUEMONT, chargée de mission, architecte-urbaniste OPQU

Thomas BOURDAUD, chargé de mission, architecte-urbaniste

Mickaël BOUGLÉ, graphiste

CAUE de la Mayenne

Benoît DESVAUX, directeur

Anaïs ROHFRIE, directrice-adjointe

Aurélien LEFORT-GUELOU, chargée d'études, architecte DPLG

CAUE de la Sarthe

Étienne PÉRICHARD, directeur

Céline LEVRARD, directrice

Gérard FRÉDÉRIC, architecte DPLG

CAUE de la Vendée

Benoît MARIE, directeur

Olivier LAPEYRE, architecte

AVEC LA PARTICIPATION :

Alain DOUDET, architecte

Agence d'architecture AMELLER-DUBOIS

Agence d'architecture ESSENTIEL

Atelier d'architecture GAUTIER-GUILLOUX

Agence d'architecture MAGMA

Atelier Bleu d'Archi

Atelier CUB 3

Atelier 2A

Kraft architecture

Sophie SEIGNERIN, architecte

Vincent de BOURMONT – Line Architecture

Vendée Habitat

Les élus et les services de la Communauté de communes de l'Île de Noirmoutier,

Les élus d'Aizenay

Philippe CHALOPIN, maire de Baugé-en-Anjou

David CHOLET président de la Communauté de Communes des Portes du Maine

Maurice VAVASSEUR, maire de Ballon-Saint Mars



Agissez pour
le recyclage des
papiers avec
la Région des
Pays de la Loire
et Ecofolio.



