



HAL
open science

Organisation professionnelle et projet de soins en médecine générale : état des lieux des maisons de santé pluri-professionnelles en Rhône-Alpes

Axelle Mouty

► **To cite this version:**

Axelle Mouty. Organisation professionnelle et projet de soins en médecine générale : état des lieux des maisons de santé pluri-professionnelles en Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867215

HAL Id: dumas-00867215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867215v1>

Submitted on 27 Sep 2013

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

*Organisation professionnelle
et projet de soins en médecine générale :
Etat des lieux des maisons de santé
pluri-professionnelles en Rhône-Alpes.*

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

MOUTY Axelle
Née le 23 juin 1983 à Lyon 7^{ème} (69)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 06 SEPTEMBRE 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI

Membres :

Monsieur le Docteur Vincent RIALLE

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS

Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND – directeur de thèse

*« Le chemin que l'on parcourt
est la plus belle chose au monde »*

(Homère)

Remerciements

A MES MAITRES ET JUGES

J'adresse tous mes remerciements aux membres du jury
pour le temps et l'intérêt consacrés à mon travail.

A Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI :

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de ce jury.
J'espère que vous trouverez dans ce travail le témoignage de toute ma reconnaissance,
et de ma plus grande estime.

A Monsieur le Docteur Vincent RIALLE :

Vous avez accepté sans réserve de participer à mon jury de thèse.
Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.
Veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS :

Vous me faites l'honneur de participer au jury et de juger mon travail.
Je vous prie de bien vouloir accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND :

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de m'accompagner dans ce travail.
Reçois ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A toutes les maisons de santé de Rhône-Alpes,

Sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.
Un grand merci pour votre participation générale,
et pour tout l'intérêt que vous m'avez porté.

Au Dr Dania CHERMAND et au Dr Frédéric VAILLANT,

Pour votre participation à la relecture et aux corrections du questionnaire.

Au Dr Christian ESTEVE et au Dr Xavier CRESSENS,

Pour m'avoir accueillie avec tant de générosité.
Vous m'avez fait découvrir et partager votre expérience de la médecine générale,
et de ce si joli pays qu'est le Beaufortain.

Au Dr Patrick DESNOUES et Mme Marie DESNOUES,

Pour m'avoir fait confiance, pour notre vision commune de la médecine générale,
et pour avoir partagé, avec Guillaume, nos envies d'évasion.

**Un grand merci aux équipes de gynécologie-obstétrique et de gastro-entérologie
d'Annecy, des urgences de Grenoble, de maladies infectieuses et néphrologie de
Sallanches, de cardiologie de Thonon-Les-Bains,**

Qui m'ont accueillies et formées tout au long de ces années.
Merci de m'avoir fait partager votre savoir et votre expérience,
et ce toujours dans la bonne humeur.

Vous avez rendu ces années d'internat inoubliables.

A TOUS CEUX QUI M'ONT ACCOMPAGNÉE ET SOUTENUE

TOUT AU LONG DE CES ANNEES :

A mon papa, sans qui je ne serai pas là,

C'est avec émotion que je te dédie ce travail et ce qu'il représente.
Tu as toujours été là pour nous, malgré les épreuves.
Tu as su nous encourager et nous pousser vers le haut à chaque étape de la vie.
Un énorme merci pour ton courage, ta générosité, ta simplicité,
et pour les valeurs que tu as su nous inculquer : tu peux être fier de toi.
Et maintenant, carpe diem : le wheelie est prêt à repartir!
Je t'aime.

A Guillaume, mon amour,

Les mots ne sont pas assez forts pour te dire à quel point tu m'es précieux.
Un sacré amoureux! Tu représentes tout pour moi.
C'est chaque jour un peu plus que je découvre le bonheur et la joie de vivre à tes côtés.
Nos moments de tendresse, de complicité me sont devenus indispensables.
Merci pour ta présence au quotidien, ton immense amour, ta patience de tous les jours,
qui ont été mis à rude épreuve ces derniers jours ...
Nous voilà maintenant fin prêt pour un nouveau départ : en route !
Je t'aime tellement mon cœur.

A ma sœur Aurélia et Sébastien,

Un immense merci pour ton aide et tes encouragements tout au long de ces années.
Notre complicité et notre grande amitié représentent énormément à mes yeux.
Merci à Sébastien, pour ton humour, ta bonne humeur,
et pour la joie que tu apportes à ma grande sœur.
Je vous souhaite tout le bonheur du monde avec votre petite puce à venir.
Prenez bien soin l'un de l'autre.

A mon frère Sébastien,

Merci pour ton originalité et ta générosité.
Tu nous aimes à ta manière et c'est le plus important.
Nos occasions de retrouvailles, que j'aimerai plus nombreuses, sont chères à mes yeux.

A Dani, Bernard,

Vous avez su m'accueillir avec tant de naturel et de gentillesse.
Merci infiniment pour votre soutien et pour tous les bons moments passés et à venir.
A Bernard, pour son aide précieuse,
et nos discussions parfois animées mais si enrichissantes.
A Dani, pour sa bienveillance, ses bons petits plats et ses talents de randonneuse.
Sans oublier Nicolas, Sandrine et les p'tits bouts Marine et Lucas.

A ma mamie,

J'aurai tellement aimé que tu sois avec nous aujourd'hui.
Je pense fort à toi et t'envoie milles baisers.

A Marie-Christine, Jacques, Marion et Thibault,

Votre présence me touche énormément.

J'apprécie nos moments de retrouvailles et attend les prochains avec enthousiasme.

A Aline et Béran,

Mes chéries de toujours malgré les distances et les frontières.

Notre amitié est à mes yeux la plus belle chose qui soit.

A Claire,

On se suit maintenant depuis près de 20 ans,

et c'est toujours avec autant de plaisir que je te retrouve.

Merci pour ton amitié précieuse et ta joie de vivre.

A tous mes co-internes,

en particulier, Marco, Adela, Maud, Aurélie, Emeric, Caroline, ... et tous les autres.

Merci pour tous ces moments de travail et de plaisirs partagés.

A tous les valentinois,

Phinou, Jéjé et leurs loulous Thomas et Manon,

Chicri, Yoyo et le p'tit Andy, Laurent, Céline et les 3 « adolescents »,

Mickael, Rémy, Julie, Simon et la belle Emily, Samia,

Alain, Cyndie et la nouvelle venue Gabrielle.

Merci à tous de m'avoir intégrée si naturellement parmi les vôtres,

et pour tous les bons moments en votre compagnie.

Merci pour tout.

Votre présence en ce jour si particulier me touche énormément.

*Professeurs Universitaires et
Maîtres de Conférences
Universitaires*

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie

KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

APEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de
communication	
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de
communication	
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de
communication	
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
PROFESSEURS UNIVERSITAIRES ET MAITRES DE CONFERENCES UNIVERSITAIRES	7
SOMMAIRE	11
ABREVIATIONS	14
I- <u>INTRODUCTION</u>	16
II- <u>MATERIEL ET METHODE</u>	21
1- Type d'étude	22
2- Objectifs de l'étude	22
3- Population étudiée	22
a- Critères d'inclusion	22
b- Critères d'exclusion	23
c- Echantillon obtenu	23
4- Matériel	24
5- Déroulement de l'étude	24
6- Recueil des données	25
7- Analyse des données	25
III- <u>RESULTATS</u>	27
1- Taux global de participation	27
2- Projet de santé	27
3- Organisation professionnelle	27
a- Composition pluri-professionnelle	27
b- Coopération professionnel	30
4- Organisation de la prise en charge des patients : projet de soins en médecine générale	33
5- Points positifs et négatifs à l'exercice en MSP	35
a- Points positifs	35
b- Points négatifs	35
6- Calcul de scores	36
a- Score 1 « pluri-professionnalité »	36
b- Score 2 « coopération professionnelle au sein de la MSP »	36
c- Score 3 « organisation de la prise en charge en médecine générale des patients au sein de la MSP »	37
d- Score total	37

IV-	<u>DISCUSSION</u> -----	38
1-	Les limites de l'étude -----	39
a-	Echantillon -----	39
b-	Questionnaire et recueil de données -----	39
c-	Scores -----	40
2-	Discussion des résultats et pistes d'évolution -----	41
a-	Projet de santé -----	41
b-	Composition pluri-professionnelle -----	42
c-	Coopération professionnelle -----	44
d-	Organisation de la prise en charge des patients : projet de soins en médecine générale -----	48
V-	<u>CONCLUSION</u> -----	51
VI-	<u>BIBLIOGRAPHIE</u> -----	54
VII-	<u>ANNEXES</u> -----	62
VIII-	<u>RESUME</u> -----	94
IX-	<u>ABSTRACT</u> -----	96
X-	<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u> -----	98

Abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régionale

GCS MS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Territoire Santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

ILPAG : Infirmier Libéral en Pratiques Avancées en Gériatrie

IMG : Interne en médecine générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin généraliste

MKDE : Masseur kinésithérapeute diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle / Pluri-disciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

Pds : Professionnels de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCP : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle / Pluri-disciplinaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SI : Système d'Information

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I- Introduction

La **définition des soins primaires** a été établie en 1978 lors de la déclaration d'Alma Ata par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1] : ils correspondaient au « premier niveau de contact des individus avec le système de santé, rapprochant le plus possible les soins des lieux où les gens vivaient et travaillaient, et constituaient le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire ».

En France, les soins de premiers recours sont longtemps restés peu organisés [2]. Actuellement, ils doivent faire face à **une évolution de l'offre et de la demande de soins**:

Au 1^{er} janvier 2013, l'offre de soins se traduisait par une baisse des médecins en activité régulière (-0.2% par rapport à 2012) [3]. La féminisation se poursuivait (43% des médecins, +1% par rapport à 2012) [3]. La projection des médecins, prévue entre 2007 et 2018, différait selon la spécialité (+5.84% pour les spécialistes, -5.52% pour les généralistes) [3], [4]. Cela confirmait un manque d'attractivité pour la médecine générale [5]. L'exercice en zone rurale était également délaissé [6]. Les inégalités de répartition géographique des médecins persistaient mais étaient moins marquées qu'il y a quelques années [7]. Parallèlement aux variations démographiques, les modes d'exercice ont été modifiés [8] : l'exercice libéral a diminué (46.6% des médecins, -1.4% par rapport à 2012) au profit du salariat, les exercices spécialisés ou particuliers se sont développés (homéopathie, acupuncture, médecine physique et de réadaptation, ...), les médecins ont aspirés à un meilleur équilibre vie privée - vie professionnelle [9].

La demande de soins se caractérisait par une augmentation et un vieillissement de la population [10]. Les maladies chroniques, les pathologies liées au vieillissement et les poly-pathologies ont été multipliées [11]. Les pathologies étaient devenues plus complexes grâce aux progrès scientifiques et technologiques.

Face à cette inadéquation entre l'offre et la demande de soins, nous assistions à une **restructuration progressive des soins primaires en France**.

En 2009, la loi Hôpital Patients Soins et Territoires (HPST) a permis de s'intéresser plus précisément à l'offre de soins ambulatoire [12]. Celle-ci se définissait comme s'articulant autour de 3 grandes fonctions :

- L'entrée du patient dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement).
- Le suivi et la coordination de son parcours.
- Les actions de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé).

La loi HPST visait à renforcer la prise en charge globale et coordonnée du patient. Elle encourageait le décloisonnement et la complémentarité des acteurs de santé, tout en confirmant la place du médecin généraliste au centre du système de soins [13]. En juillet 2012, le Schéma Régional d'Organisation des Soins en Rhône-Alpes a également étendu son champ d'application en introduisant un volet ambulatoire dans son programme de santé [14]. Un des axes forts était d'encourager les pratiques de groupe.

L'exercice de groupe pouvait revêtir diverses formes selon la taille, la composition mono ou pluri-disciplinaire, le statut juridique et l'implantation géographique [15], [16]. En 2009, il devenait majoritaire chez les médecins généralistes (53.7% des pratiques) [17], [18]. Il était d'autant plus marqué chez les moins de 40 ans. Après avoir été plébiscité pendant de nombreuses années, l'exercice seul de la médecine n'était plus un modèle pour les jeunes générations [19], [20]. Cette tendance se justifiait par une amélioration des conditions d'exercice et une meilleure répartition de l'offre de soins [21]-[24].

Les **maisons de santé pluri-professionnelles**, ou pluri-disciplinaires (MSP), correspondaient à des formes particulières d'exercice regroupé. Leur 1^{ère} inscription dans la loi s'est faite avec la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19/12/2007 [25]. Une MSP se définissait ainsi comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assuraient des activités de soins sans hébergement de 1^{er} recours, et pouvaient participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales » [26].

Les MSP étaient de plus en plus sollicitées par les différents acteurs de santé. Leur nombre ne cessait de croître. En Rhône-Alpes, au 30 juin 2013, la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), mise en place par l'Agence Régionale de Santé (ARS), recensait 39 structures en fonctionnement, 70 projets en cours et 67 sites en cours de réflexion [27]. (*Annexe I*).

La région Rhône-Alpes, au Sud-Est de la France, se divisait en 8 départements [28] : l'Ain (01), l'Ardèche (07), la Drôme (26), l'Isère (38), la Loire (42), le Rhône (69), la Savoie (73) et la Haute-Savoie (74). Elle représentait la 2^{ème} région métropolitaine par sa superficie (43 698 km²) et sa population (10% de la population française). La région avait une croissance démographique plus importante que celle de la France métropolitaine (+0,9% versus +0,7%). Elle restait une région jeune par rapport à la moyenne nationale (part des moins de 25 ans : 32% versus 31%). Cependant, comme pour l'ensemble de la France, la population a vieilli. L'indice de vieillissement est passé de 56,7% en 2000 à 61,3% en 2007 [29]. La répartition de la population pouvait être appréciée par la notion de bassin de vie, défini par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), comme le plus petit territoire sur lequel les habitants avaient accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi [30]. La région Rhône-Alpes était composée de 226 bassins de vie. 75,1% d'entre eux étaient considérés comme des bassins de vie ruraux [31].

En mars 2011, l'Observatoire Régional de Santé Rhône-Alpes a réalisé un état des lieux à l'élaboration de son plan stratégique régional de santé [32]. Globalement la région apparaissait comme une région privilégiée. Les indicateurs de santé étaient supérieurs aux taux nationaux [33]. Le système de santé, relativement dense et diversifié, permettait à la population d'accéder aux soins dans des conditions jugées favorables. Cependant l'analyse par bassin de vie laissait apparaître de fortes inégalités territoriales et socio-économiques d'accès à la santé [34].

Au 1^{er} janvier 2013, le nombre de médecins en activité régulière en Rhône-Alpes était en augmentation (+4.2% par rapport à 2007) [3]. La Haute-Savoie était d'ailleurs le 3^{ème} département français en augmentation (+7.1%). La région possédait une densité médicale forte (321 médecins/100 000 habitants). Il existait une plus grande disparité départementale : la Savoie, l'Isère, le Rhône et la Loire présentaient une forte densité médicale ; la Haute-Savoie et la Drôme une densité moyenne ; l'Ardèche et l'Ain une densité faible.

Au 1^{er} janvier 2012, la région Rhône-Alpes recensait 6585 **médecins généralistes libéraux** [34]. La densité moyenne était proche de la moyenne nationale (106 versus 108/100 000 habitants). Il existait d'importantes disparités départementales : l'Ain et l'Ardèche présentaient une faible densité (respectivement 81 et 98/100 000 habitants) ; la Drôme, la Loire et la Haute-Savoie une densité moyenne (respectivement 100, 104 et 107/100 000 habitants) ; l'Isère, le Rhône et la Savoie une forte densité (respectivement 110, 110, et 126/100 000 habitants). La densité des **médecins spécialistes libéraux** était quasi similaire à la densité nationale (95 versus 94/100 000 habitants) [34]. Il existait une disparité importante selon les départements : faible densité dans l'Ain, l'Ardèche et la Drôme. Le Rhône présentait une densité supérieure à la moyenne nationale. Pour les **infirmiers (IDE) libéraux**, la densité régionale était supérieure à la densité nationale (151 versus 139/100 000 habitants) avec une forte densité dans tous les départements sauf en Haute-Savoie, en Savoie et dans l'Ain [34]. La densité régionale des **masseurs-kinésithérapeutes (MKDE) libéraux** était supérieure à la densité nationale (106 versus 91/100 000 habitants) avec des départements privilégiés (Drôme, Isère, Rhône, Savoie, Haute-Savoie) [34]. Pour les **pédicures-podologues libéraux**, la densité régionale était inférieure à la densité nationale (16 versus 19/100 000 habitants) [34]. La densité régionale des **orthophonistes** était supérieure à la densité nationale (34 versus 26/100 000 habitants), avec des départements défavorisés (Ain, Ardèche et la Loire) [34].

Les MSP apparaissaient comme une **solution d'avenir** pour l'offre de soins ambulatoire [35], [36]. Les motivations au regroupement pluri-disciplinaire et coordonné étaient multiples : faciliter l'accès aux soins, favoriser les conditions d'exercice, améliorer les pratiques et la qualité des soins [37]-[39].

L'incitation au regroupement tendait à modifier le dispositif en passant d'un système linéaire « patient-médecin traitant » à un système circulaire « patient-structure traitante » [40]. Initialement portées par les professionnels de santé, ces structures d'exercice ont fait l'objet d'accompagnement des pouvoirs publics [41]-[43].

Plusieurs recommandations ont été établies pour aider les professionnels dans leurs pratiques [44]. La dynamique d'une MSP se définissait ainsi par l'élaboration d'un projet de santé constitué d'un projet professionnel et d'un projet de soins [45].

Le **projet professionnel** traduisait l'organisation des professionnels de santé. Il indiquait :

- Les différentes catégories de professionnels participant au fonctionnement de la structure (médicaux, paramédicaux, médico-sociaux et administratifs). Il précisait également les professionnels intervenant de façon ponctuelle (consultation avancée).
- L'accueil et l'encadrement des professionnels en formation.
- Les modalités de coopération des professionnels de santé : système de gestion de la coopération, partage d'information, outil informatique, réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP), consultation conjointe, protocole de suivi et de prise en charge thérapeutique.
- Partenariat avec les structures extérieures : hôpital, secteur social et médico-social, réseaux de santé.

Le **projet de soins** détaillait l'organisation de la prise en charge des patients. Il indiquait :

- L'accès aux soins : localisation en zone de soins déficitaire [46], dispositif d'information, précarité, personne à mobilité réduite.
- La continuité des soins : amplitude horaire et jours d'ouverture, consultation non programmée, permanence des soins.
- Les démarches d'amélioration de la qualité des soins : formation, évaluation des pratiques, missions de santé publique individuelles ou collectives (éducation thérapeutique, prévention et dépistage)

L'existence d'un projet professionnel et d'un projet de soin témoignait de **l'exercice coordonné des professionnels de santé** et faisait la distinction avec un simple rapprochement physique des différents acteurs.

Mais qu'en était-il en pratique ? Quelles étaient les caractéristiques de ces nouvelles structures d'exercice, en termes d'organisation professionnelle et de projet de soins ?

L'objectif de notre travail consistait à établir un état des lieux des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes.

II- Matériel et Méthode

1- Type d'étude.

Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective, multicentrique, quantitative et qualitative.

2- Objectifs de l'étude.

L'objectif principal était de réaliser un état des lieux des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes, en termes d'organisation professionnelle et de projet de soins en médecine générale.

Les critères de jugements étaient :

- La pluri-professionnalité.
- La coopération entre professionnels de santé au sein de la MSP et avec les structures extérieures.
- L'organisation de la prise en charge des patients en médecine générale au sein de la MSP.

Nous avons également réalisé une approche qualitative en recueillant l'opinion des professionnels de santé sur les points positifs et négatifs à l'exercice en MSP.

L'objectif secondaire consistait à identifier d'éventuelles pistes d'évolution.

3- Population étudiée.

a- Critères d'inclusion.

Les MSP éligibles ont été identifiées à partir de la liste des maisons de santé en Rhône-Alpes, arrêtée par l'ARS au 31/12/2012 (*Annexe 2*). Cette liste était disponible sur le site de la PAPS Rhône-Alpes (www.rhonealpes.paps.sante.fr), à la rubrique « exercice coordonné ou regroupé », sous rubrique « exercer en maison de santé » et « les projets de maison de santé de votre région ».

Au 31/12/2012, 37 MSP en fonctionnement ont été recensées. Les coordonnées des MSP ont été établies à partir des données de l'ARS, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), de l'annuaire des pages jaunes et des mairies. Le recrutement s'est fait par voie téléphonique. Chaque MSP a été contactée pour s'assurer de son identité et obtenir les coordonnées d'une éventuelle personne référente. Durant l'entretien téléphonique, le sujet de la thèse ainsi que le déroulement de l'étude ont été exposés.

Au cours de l'étude, 2 MSP supplémentaires ont été incluses suite à la mise à jour de la liste des maisons de santé en Rhône-Alpes au 31/03/2013: Il s'agissait des MSP de Labegude en Ardèche (07) et de Saint-Genix-sur Guiers en Savoie (73).

b- Critères d'exclusion.

Les MSP en cours de projet ou de réflexion n'ont pas été prises en compte.

Parmi les 39 MSP en fonctionnement au 31/03/2013, une n'a jamais pu être identifiée (MSP de Bourgoin-Jallieu), malgré plusieurs demandes auprès de l'ARS, de la CPAM, de la mairie de Bourgoin-Jallieu et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Rhône-Alpes (URPS Médecins Rhône-Alpes). Il n'existait d'ailleurs aucun dossier de candidature enregistré auprès de l'ARS.

La MSP de Domène, en Isère (38), a été exclue de l'étude de par la présence du directeur de thèse au sein de la structure. Elle a servi de pré-test pour évaluer le questionnaire.

c- Echantillon obtenu.

Taille :

Au total, 37 MSP ont été incluses dans l'étude (*Annexe 3*). Il s'agissait de structures volontaires, non rémunérées pour leur participation.

Répartition géographique : (*Annexe 4*)

Les MSP étaient localisées comme suit :

- **7 MSP dans l'Ain :** Beynost, Chazey sur Ain, Pont d'Ain, Pont de Vaux, Priay, Saint Paul de Varax, Villereversure.
- **8 MSP en Ardèche :** La Chapelle sous Aubenas, Le Cheylard, Jaujac, Joyeuse, Saint Agrève, Saint Marcel d'Ardèche, Saint Martin de Valamas, Labegude.
- **6 MSP dans la Drôme :** Anneyron, Aouste sur Sye, Etoile sur Rhône, Malissard, Montoisson, Romans sur Isère.
- **8 MSP en Isère :** Bourg d'Oisans, La Chapelle de la Tour, Clelles, Corps, Izeaux, La Murette, Trept, Villefontaine.
- **1 MSP dans la Loire :** Sury Le Comtal.
- **4 MSP dans le Rhône :** Ecully, Saint Martin en Haut, Vénissieux, Villefranche sur Saône
- **2 MSP en Savoie :** Lescheraines, Saint Genix sur Guiers.
- **1 MSP en Haute-Savoie :** Chamonix

4- Matériel

Le choix s'est porté sur une enquête par questionnaire. Le questionnaire a été élaboré à partir de l'analyse de la littérature sur l'organisation des MSP en France et à l'étranger. Le questionnaire était divisé en 2 parties (*Annexe 5*) :

La première partie s'intéressait à l'organisation professionnelle. 2 sous-parties ont été identifiées :

- 1- Composition pluri-professionnelle.
- 2- Coopération des professionnels de santé.

La deuxième partie explorait l'organisation de la prise en charge des patients en médecine générale au sein de la MSP. 3 sous-parties ont été identifiées :

- 1- Accès aux soins.
- 2- Continuité des soins.
- 3- Amélioration de la qualité des soins.

Chaque sous-partie a été étudiée par différentes questions. Au total, le questionnaire se composait de 50 questions, dont 49 quantitatives à réponse fermée. Une question qualitative à réponse libre a été rajoutée en fin de questionnaire. Elle invitait les professionnels de santé à citer les points positifs et négatifs à l'exercice en MSP.

Une fois le questionnaire élaboré, une étude préliminaire de faisabilité a été réalisée auprès de 2 médecins généralistes de la MSP de Domène en Isère (38). La durée de réponse a été estimée à environ 10 minutes. A l'issue de cette phase test, le questionnaire a été modifié en clarifiant certaines questions, en rajoutant des questions manquantes et en supprimant des questions superflues.

Parallèlement au format papier, un questionnaire en ligne a été créé sur Voozoo (outil de conception et de création de systèmes de collecte et de gestion d'information en ligne), pour faciliter le recueil et l'analyse des données.

5- Déroulement de l'étude.

L'étude pré-test a eu lieu au mois de février 2013. Les questionnaires ont été envoyés début mars 2013 par voie postale. Les 2 MSP, incluses en cours d'étude, ont reçu le questionnaire début avril 2013. Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre explicative sur le sujet de la thèse (*Annexe 6*). Nous avons également joint une enveloppe préaffranchie pour le retour, de façon à limiter les frais de renvoi et favoriser le taux de réponse. Le recueil des questionnaires s'est fait de mars à mai 2013 inclus, avec relances téléphoniques régulières, en cas de non réponse.

6- Recueil des données.

Le retour des questionnaires s'est fait majoritairement par voie postale (29/37). 5 MSP ont préféré renvoyer le questionnaire par voie électronique. 1 MSP a préféré répondre au questionnaire lors d'un entretien organisé avec un des médecins de la MSP. 2 MSP n'ont pas donné de réponse malgré de nombreuses relances téléphoniques et électroniques.

Au total, 35 questionnaires ont été analysés. Au fur et à mesure du recueil des questionnaires, un numéro de référence a été attribué à chaque MSP (de 1 à 35), de façon à rendre les données anonymes.

7- Analyse des données.

Les données ont été saisies par l'enquêtrice sur le logiciel en ligne Voozahoo. Un test de reproductibilité inter-observateur a été réalisé avec l'aide d'une tierce personne : 10% des questionnaires saisis par l'enquêtrice ont été tirés au sort (4/35). Les résultats recueillis par la tierce personne ont été vérifiés et comparés avec les nôtres. Sur les 4 questionnaires, 2 réponses erronées ont été relevées sur 200 questions, soit un taux de concordance inter-observateur de 99%.

Sur les 49 questions quantitatives, 33 questions étaient indépendantes et 16 dépendaient de la réponse à la question précédente. Nous avons calculé un taux partiel de non-réponse par questionnaire, en se basant sur les 33 questions indépendantes. L'analyse des questionnaires a retrouvé :

- 26 questionnaires complets pour les questions indépendantes.
- 7 questionnaires avec 1 réponse manquante (taux partiel de non-réponse par questionnaire : 3%).
- 1 questionnaire avec 3 réponses manquantes (taux partiel de non-réponse par questionnaire : 9,1%).
- 1 questionnaire avec 4 réponses manquantes (taux partiel de non-réponse par questionnaire : 12,1%).

Le taux partiel de non-réponse aux questions indépendantes étant inférieur à 15% par questionnaire, nous avons décidé de n'exclure aucun questionnaire. Tous les questionnaires ont donc pu être exploités. Le taux de non-réponse n'a pas été corrigé par imputation ou par pondération.

Concernant la question qualitative, 3 questionnaires n'avaient pas de réponse, soit 8.6% des questionnaires.

Les données des questions quantitatives ont été exportées, via Voozahoo, dans un fichier Excel sous Windows 7 pour analyse descriptive. La question qualitative a été analysée par la technique d'analyse de contenu.

Pour mieux visualiser l'aspect organisationnel des MSP, nous avons décidé de construire 3 scores, relatifs aux dimensions de notre questionnaire : (*Annexe 7*)

- Score 1 : « pluri-professionnalité », composé de 4 items.
- Score 2 : « coopération professionnelle au sein de la MSP », composé de 7 items.
- Score 3 : « organisation de la prise en charge des patients en médecine générale au sein de la MSP », composé de 8 items.
- Score total = score 1 + score 2 + score 3.

Chaque item a été affecté de la même pondération : les modalités de réponse étaient associées à un barème variant de 0 à 2. Le score 1 était donc compris entre 0 et 8 ; le score 2 entre 0 et 14 ; le score 3 entre 0 et 16. Un score total par MSP a été calculé en sommant les 3 scores. Les scores étaient d'autant plus élevés que les dimensions de l'organisation étaient développées. Nous avons déterminé le score total théorique et le score moyen théorique pour chacun des scores. Puis nous avons établi un score permettant de considérer chaque dimension comme développée :

- **Score 1** considéré comme développé : $\geq 4/8$. Nous avons considéré qu'il devait prendre en compte, au minimum, la composition pluri-professionnelle, la présence d'un secrétariat et l'accueil de stagiaire dans au moins une discipline. Les consultations avancées ont été considérées comme critère facultatif au moment de l'étude.
- **Score 2** considéré comme développé : $\geq 9/14$. Nous avons considéré qu'il devait prendre en compte, au minimum, la réalisation de RCP sur la gestion et la prise en charge des patients à une fréquence supérieure ou égale à 3 mois, la présence d'une salle de réunion et d'un outil informatique commun et l'existence d'un système de gestion et de coordination. La pratique de consultations conjointes et l'existence de protocoles de suivi et de prise en charge thérapeutique ont été considérées comme critères facultatifs au moment de l'étude.
- **Score 3** considéré comme développé : $\geq 11/16$. Nous avons considéré qu'il devait prendre en compte, au minimum, la présence d'un support d'information, l'accueil des personnes à mobilité réduite, la réalisation du tiers-payant, l'existence de plages d'urgences, la formation et la participation des médecins généralistes aux permanences de soins. Les pratiques d'éducation thérapeutique, de prévention et dépistage ont été considérées comme critères facultatifs au moment de l'étude.
- **Score total** considéré comme développé : $\geq 24/38$.

III- Résultats

1- Taux global de participation.

35 questionnaires ont été retournés, soit un taux global de participation de 94,6% (35/37).

2- Projet de santé. (Annexe 8 : question 1)

Le projet de santé a été signé et déposé auprès de l'ARS pour 18 MSP, soit 51% (18/35).

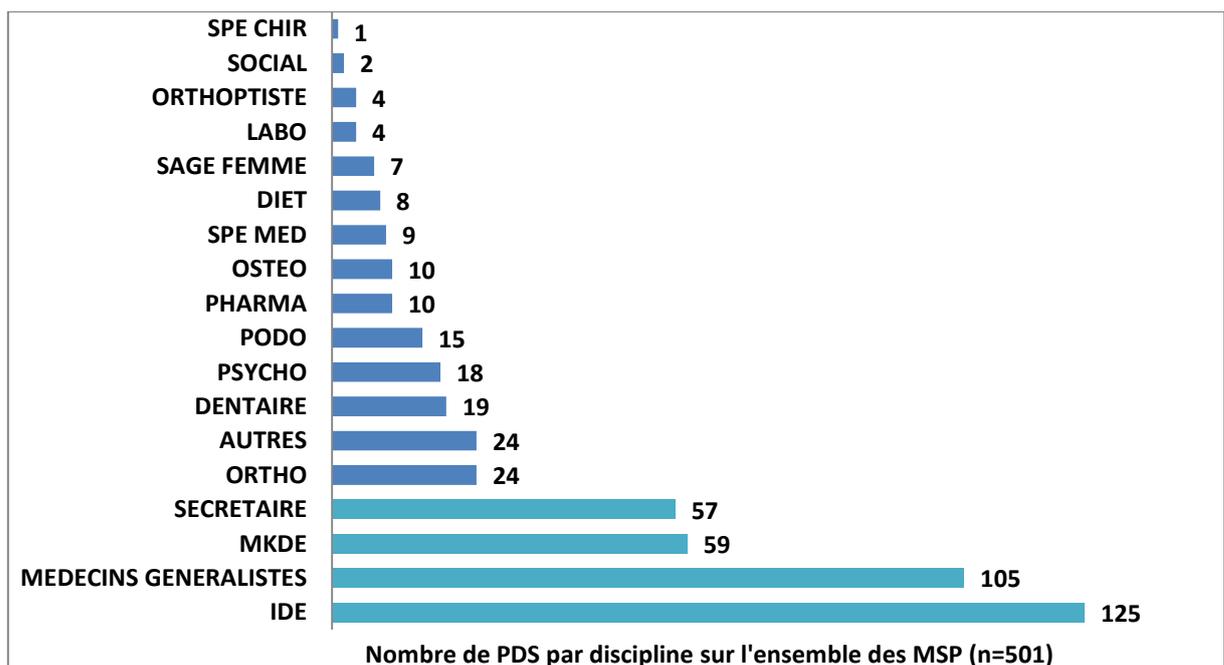
3- Organisation professionnelle.

a- Composition pluri-professionnelle. (Annexe 8 : questions 2 à 12)

Le nombre de professionnels de santé (PDS) par MSP varie de 6 à 32. Le nombre moyen est de 14. Le nombre de médecins généralistes (MG) varie de 1 à 6. Le nombre moyen est de 3.

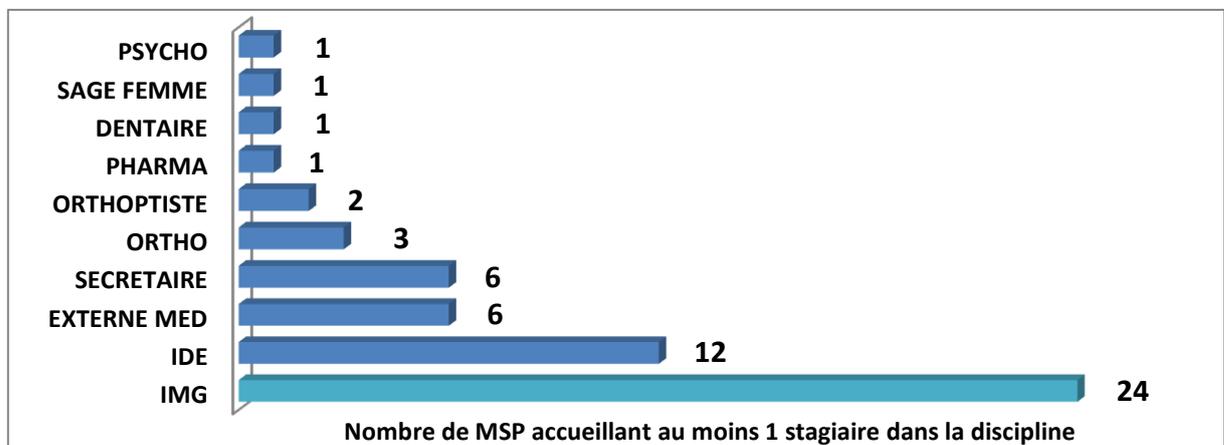
		Nombre MSP	% MSP (n=35)
Nombre de PDS par MSP	≤ 15	22	62.9
	> 15	13	37.1
Nombre de MG par MSP	≤ 3	23	65.7
	> 3	12	34.3
Proportion (MG/PDS) par MSP	≤ 30%	27	77.1
	> 30%	8	22.9

Un noyau de professionnels de santé se distingue :



		Nombre MSP	% MSP (n=35)
SECRETARIAT			
Secrétariat et professionnels de santé.	Oui, pour tous les PDS	5	14.3
	Oui, pour certains PDS	28	80
	Non	2	5.7
Secrétariat et médecins généralistes	Oui, pour tous les MG	30	85.7
	Oui, pour certains MG	1	2.9
	Non	4	11.4
	Temps plein	19	61.3 (n=31)
	Temps partiel	11	35.5 (n=31)
	Pas de réponse	1	3.2 (n=31)
	Physique	20	64.5 (n=31)
	Téléphonique	3	9.7 (n=31)
	Physique et téléphonique	8	25.8 (n=31)

		Nombre MSP	% MSP (n=35)
STAGIAIRES			
Accueil et formation de stagiaires	Oui	28	80
	Non	7	20



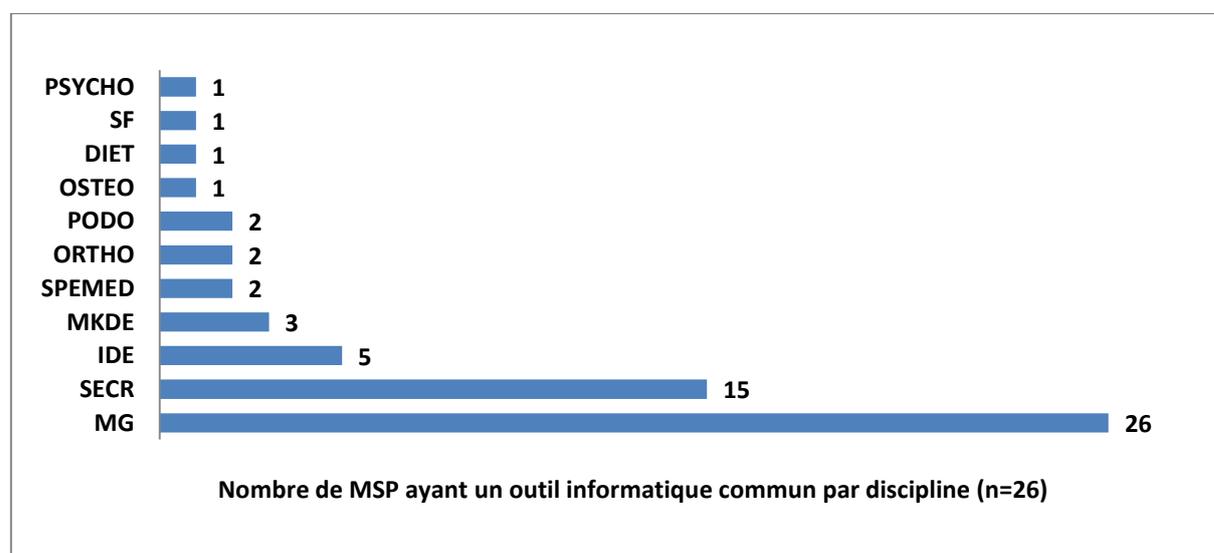
		Nombre MSP	% MSP (n=35)
CONSULTATIONS AVANCEES			
Permanences ou consultations avancées	Oui	10	28.6
	Non	25	71.4
Fréquence moyenne des consultations avancées	> 1/2 journée/semaine	4	40 (n=10)
	1/2 journée /semaine	5	50 (n=10)
	A la demande	1	10 (n=10)

b- Coopération professionnelle (Annexe 8 : questions 13 à 33 + questions 43-44, 48-49)

La question 27 n'a pu être analysée, du fait de l'absence de réponse complète pour la majorité des MSP.

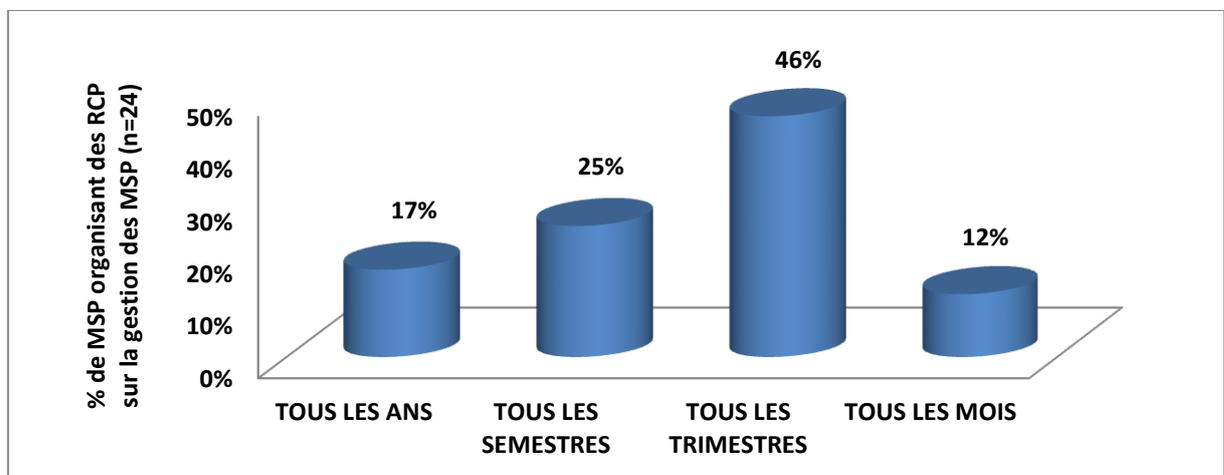
		Nombre MSP	% MSP (n=35)
ORGANISATION DE LA COORDINATION			
Personne référente déclarée à l'ARS.	Oui	16	45.7
	Non	16	45.7
	Ne sait pas	3	8.6
Profession de la personne référente.	MG	15	93.7 (n=16)
	Autre	1	6.3 (n=16)
Système de gestion pour l'organisation et la coordination.	Oui	13	37.1
	Non	22	62.9
Responsable du système de gestion pour l'organisation et la coordination.	Personne de la MSP	11	84.6 (n=13)
	Personne extérieure à la MSP	2	15.4 (n=13)
Séances information et formation pour améliorer l'organisation et la coordination.	Oui	13	37.1
	Non	22	62.9
Salle de réunion	Oui	29	82.9
	Non	6	17.1
Outil informatique commun	Oui, pour tous les PDS	2	5.7
	Oui, pour certains PDS	24	68.6
	Non	9	25.7

Professionnels de santé ayant accès à l'outil informatique commun :



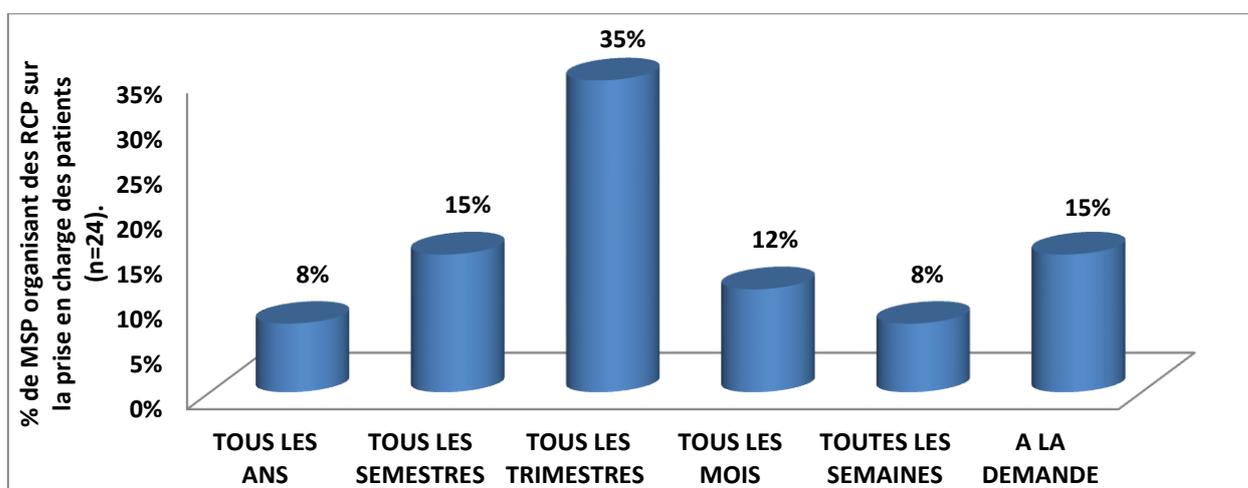
		Nombre MSP	% MSP (n=35)
COOPERATION SUR LA GESTION DE LA STRUCTURE			
Type d'échange entre professionnels sur la gestion de la structure	Oral	32	91.4
	Téléphonique	7	20
	Postal	3	8.6
	Electronique	11	31.4
RCP sur la gestion de la structure	Oui	24	68.6
	Non	11	31.4

Fréquence des RCP sur la gestion de la structure :

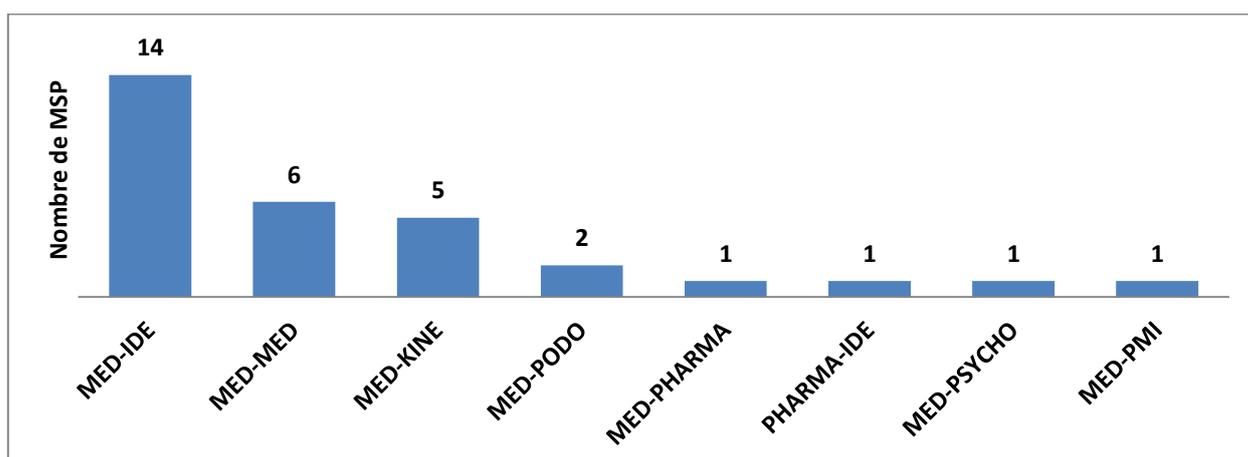


		Nombre MSP	% MSP (n=35)
COOPERATION SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS			
Type d'échange entre professionnels sur la prise en charge d'un patient en commun	Oral	35	100
	Téléphonique	9	25.7
	Postal	1	2.9
	Electronique	4	11.4
RCP sur la prise en charge des patients	Oui	24	68.6
	Non	11	31.4
Compte rendu écrit des RCP	Oui	13	37.1
	Non	14	40
	Pas de réponse	8	22.9
Consultations conjointes programmées	Oui	16	45.7
	Non	19	54.3
Protocoles pluri professionnels de suivi et de prise en charge thérapeutique	Oui	8	22.9
	Non	27	77.1

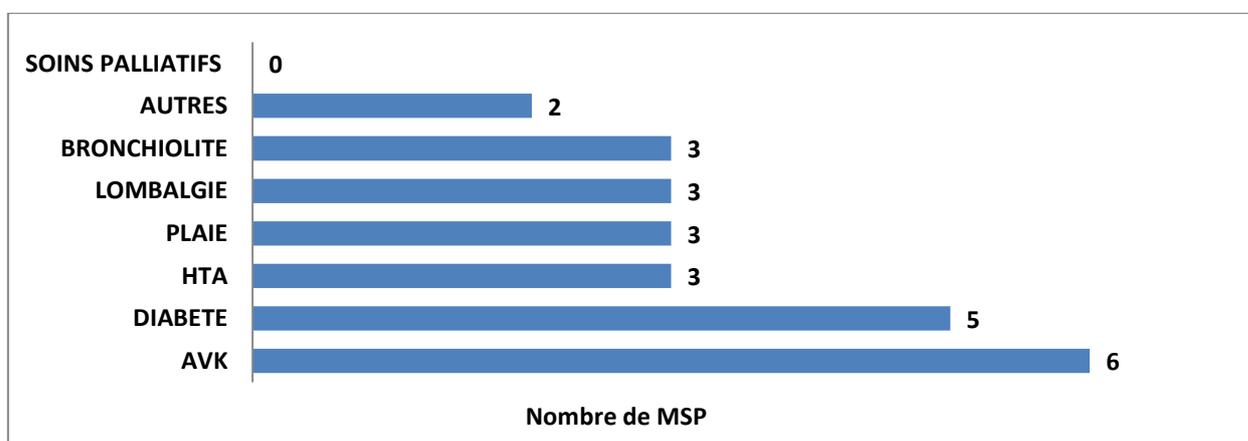
Fréquence des RCP sur la prise en charge des patients :



Types de consultations conjointes programmées :

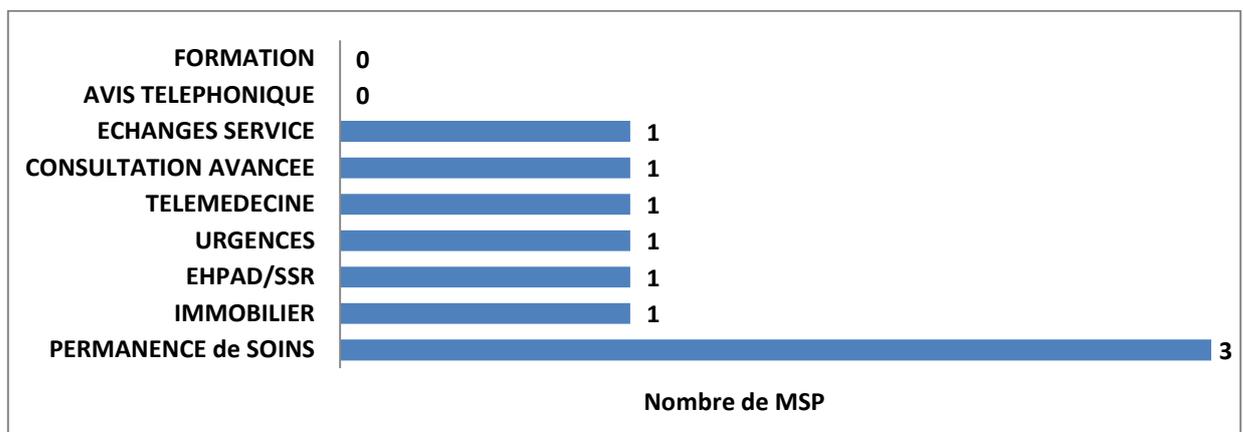


Types de protocoles pluri professionnels de suivi et de prise en charge thérapeutique :



		Nombre MSP	% MSP (n=35)
COOPERATION AVEC LES STRUCTURES EXTERIEURES			
Répertoire écrit des professionnels extérieurs à la MSP	Oui	18	51.4
	Non	16	45.7
	Pas de réponse	1	2.9
Partenariat avec contrat écrit avec l'hôpital	Oui	6	17.1
	Non	29	82.9
Réseaux de santé	Oui	12	34.3
	Non	23	65.7

Types de partenariat avec l'hôpital :

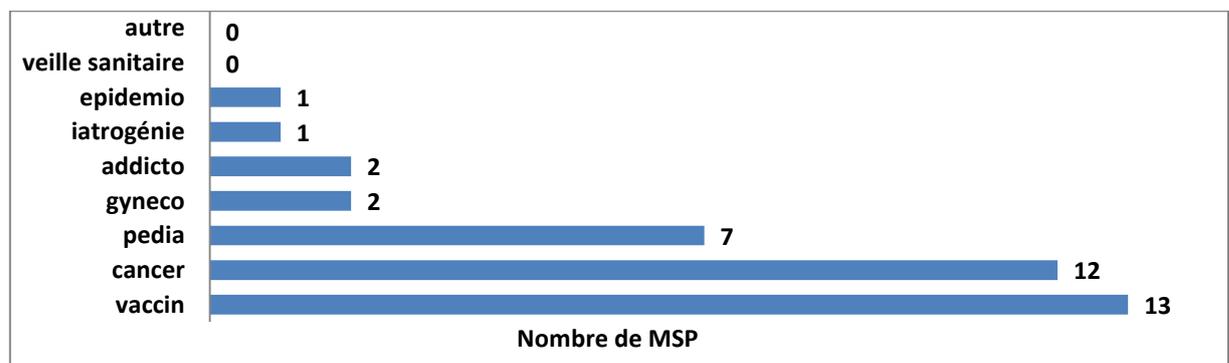


4- Organisation de la prise en charge des patients : projet de soins en médecine générale (Annexe 8 : question 34 à 42 et 45 à 47)

		Nombre MSP	% MSP (n=35)
ACCES ET CONTINUTE DES SOINS			
Support expliquant le fonctionnement de la MSP aux usagers.	Oui	12	34.3
	Non	23	65.7
Zone de soins déficitaires	Oui	13	37.2
	Non	20	57.1
	Ne sait pas	2	5.7
Accès aux personnes à mobilité réduite	Oui, totalement	32	91.4
	Oui, partiellement	3	8.6
	Non	0	0

Plages d'urgences	Oui	27	77.1
	Non	7	20
	Pas de réponse	1	2.9
Dispense d'avance des frais	Fréquemment	19	54.3
	Occasionnellement	13	37.1
	Non	3	8.6
Jours d'ouverture	Du lundi au vendredi après-midi inclus	3	8.6
	Du lundi au samedi matin inclus	29	82.8
	Du lundi au samedi après-midi inclus	2	5.7
	Du lundi au dimanche après-midi inclus	1	2.9
Horaires d'ouverture	< à 12 h par jour	27	77.1
	≥ à 12 h par jour	7	20
	Absence de réponse	1	2.9
Participation des MG à la permanence des soins	Oui, tous les MG	28	80
	Oui, certains MG	6	17.1
	Non	0	0
	Sans réponse	1	2.9
AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS			
Participation des MG à des programmes de formation médicale	Oui, tous les MG	24	68.6
	Oui, certains MG	11	31.4
	Non	0	0
Education thérapeutique collective ou individuelle	Oui	4	11.4
	Non	31	88.6
Fréquence des séances d'éducation thérapeutique	Tous les ans	1	25 (n=4)
	Tous les semestres	1	25 (n=4)
	Tous les trimestres	1	25 (n=4)
	Tous les mois	1	25 (n=4)
Programmes de prévention et de dépistage	Oui	16	45.7
	Non	17	48.6
	Sans réponse	2	5.7

Types de programmes de prévention et de dépistage:



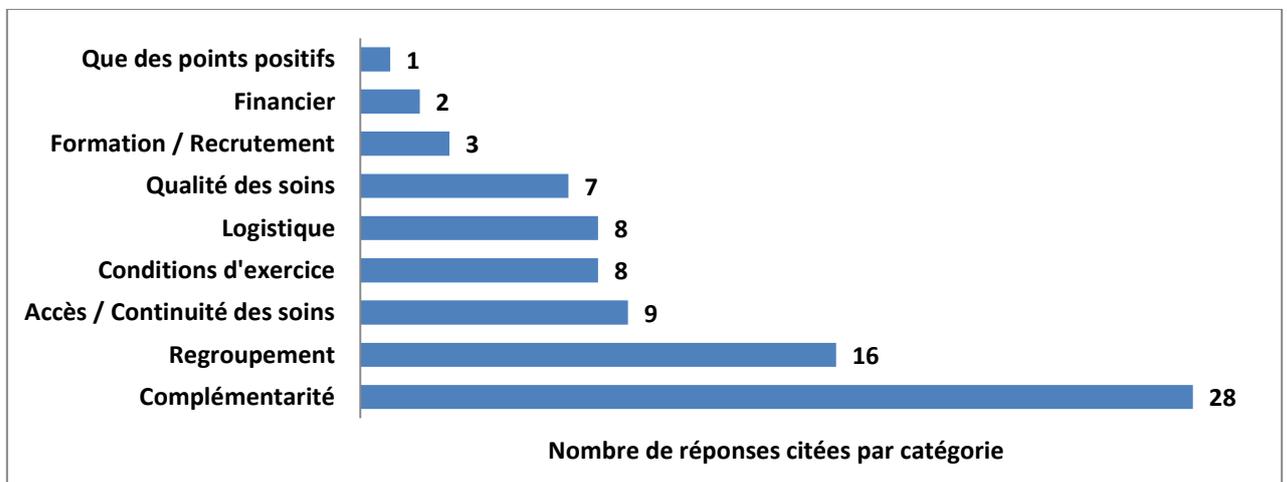
5- Points positifs et négatifs à l'exercice en MSP.

L'analyse des réponses à la question libre a commencé par la retranscription « mot à mot » de chaque réponse. (Annexe 9)

L'objectif était ensuite de regrouper les réponses similaires, de façon à les classer par catégories.

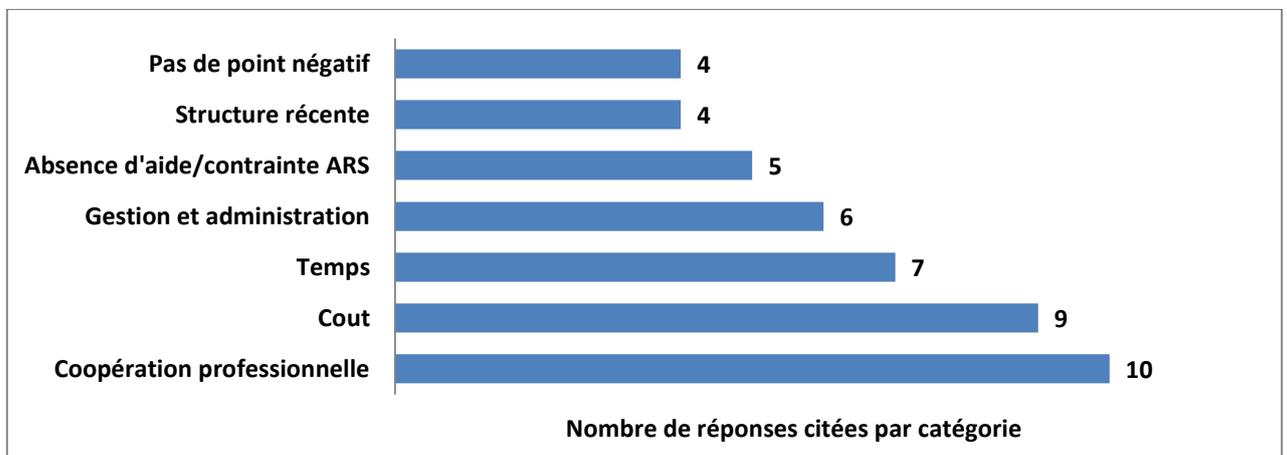
a- Points positifs.

Concernant les points positifs, les principales catégories évoquées étaient les suivantes :



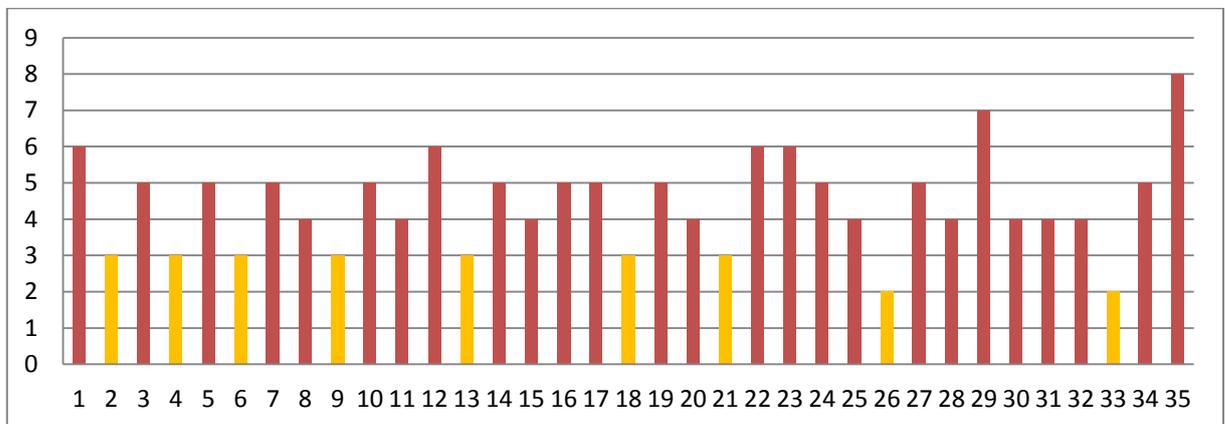
b- Points négatifs.

Concernant les points négatifs, les principales catégories évoquées étaient les suivantes :



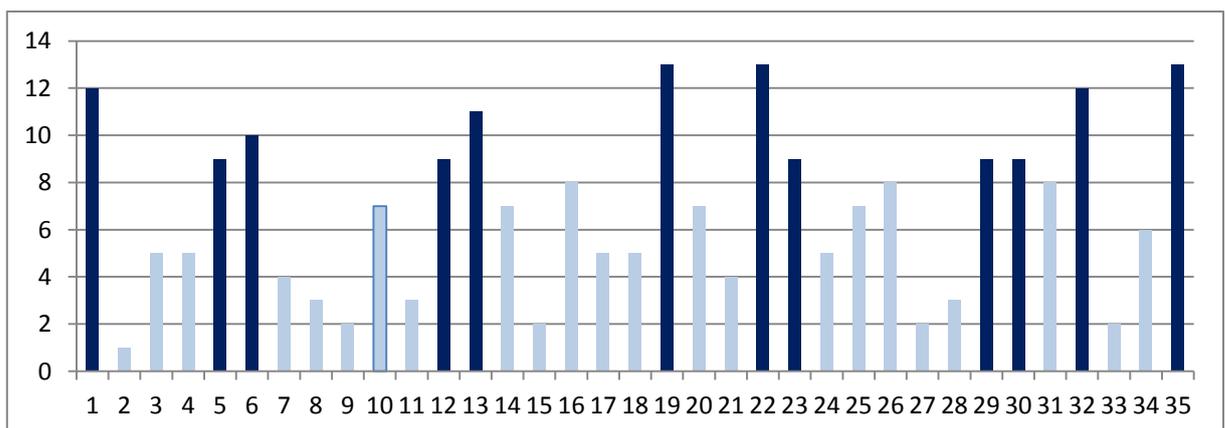
6- Calcul de scores.

a- Score 1 « pluri professionnalité ».



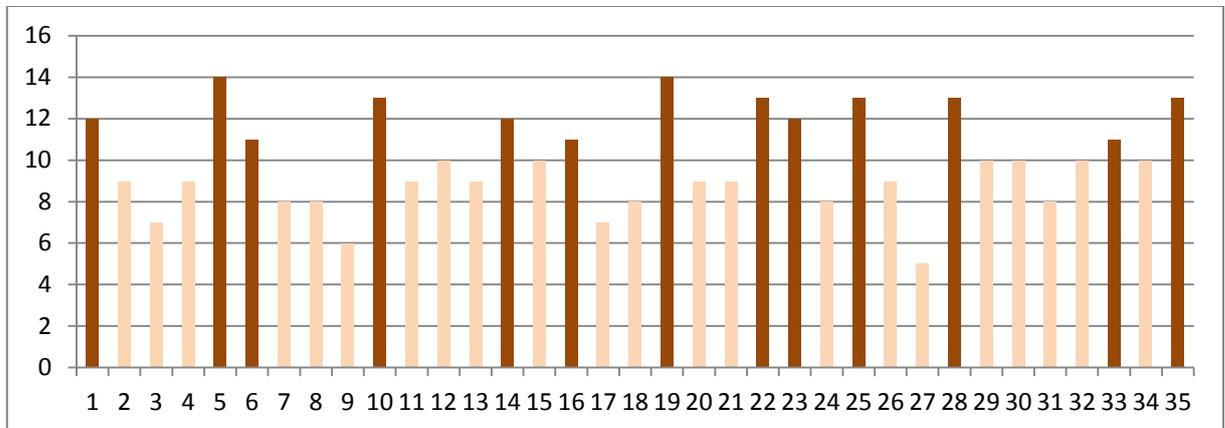
- Score maximal théorique : 8/8
- Score moyen théorique : 4/8
- Score considéré comme développé : $\geq 4/8$
 - En orange: score < 4 , soit 9 MSP (25.7%)
 - En rouge : score ≥ 4 , soit 26 MSP (74.3%)

b- Score 2 « coopération professionnelle au sein de la MSP ».



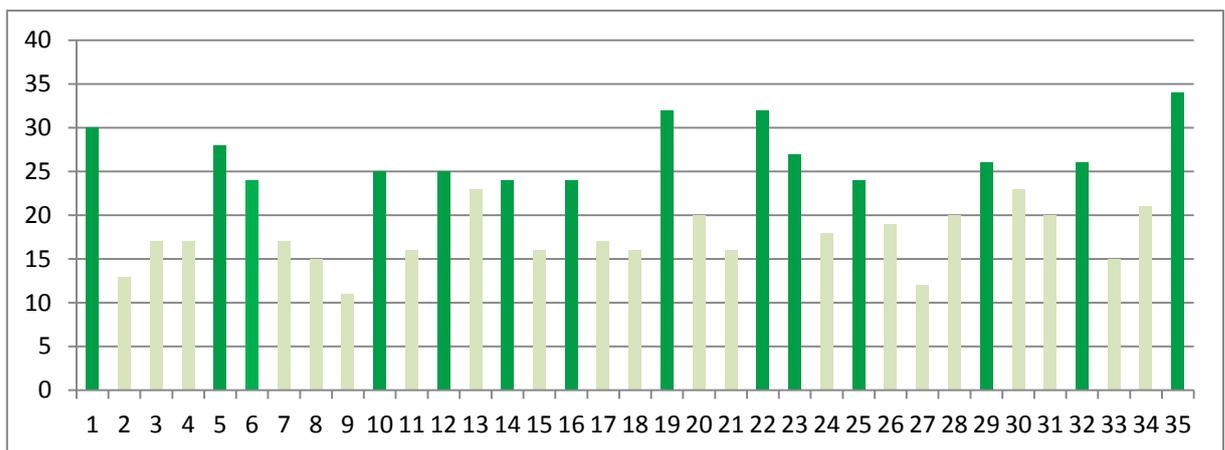
- Score maximal théorique : 14/14
- Score moyen théorique : 7/14
- Score considéré comme développé : $\geq 9/14$
 - En bleu clair : score < 9 , soit 23 MSP (65.7%)
 - En bleu marine : score ≥ 9 , soit 12 MSP (34.3%)

c- Score 3 « organisation de la prise en charge en médecine générale des patients au sein de la MSP ».



- Score maximal théorique : 16/16
- Score moyen théorique : 8/16
- Score considéré comme développé : $\geq 11/16$
 - En saumon : score < 11, soit 22 MSP (62.9%)
 - En marron : score ≥ 11 , soit 13 MSP (37.1%)

d- Score total



- Score maximal théorique : 38/38
- Score moyen théorique : 19/38
- Score considéré comme développé : $\geq 24/38$
 - En vert clair : score total < 24, soit 21 MSP (60%)
 - En vert foncé : score total ≥ 24 , soit 14 MSP (40%)

IV- Discussion

1- Les limites de l'étude.

a- Echantillon.

L'échantillon a permis de dégager les tendances organisationnelles des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes. Ce travail pourrait s'étendre à l'ensemble des MSP recensées en France, de façon à avoir une plus grande représentativité.

Le fait d'inclure 2 structures en cours d'étude pouvait être discutable : certains critères organisationnels avaient pu se mettre en place après l'envoi des premiers questionnaires. Les 2 MSP ont renvoyé leur questionnaire avant même que l'ensemble des résultats soit récupéré. Ce biais peut donc être considéré comme non existant.

Le choix de la liste de l'ARS pouvait également être remis en compte : Plusieurs structures, figurant sur cette liste, ne se considéraient pas comme MSP (3/39). Elles se justifiaient par l'absence formalisée de travail pluri-professionnel et coordonné : deux ont tout de même accepté de répondre au questionnaire. La troisième n'a pas retourné le questionnaire. En prenant en compte ces MSP, nous prenons le risque de sous-estimer le score total.

Au moment de l'étude, plusieurs structures fonctionnaient depuis moins de 1 an (8/35). Certains critères d'organisation n'étaient certainement pas encore formalisés. Les résultats auraient peut-être été différents si nous avions restreint les critères d'inclusion aux MSP fonctionnant depuis plusieurs années. Cependant, nous avons préféré interroger l'ensemble des structures, de façon à augmenter la taille de l'échantillon et la représentativité de l'étude. Certains aspects organisationnels sont amenés à évoluer. Il serait intéressant de renouveler l'étude d'ici quelques temps.

b- Questionnaire et recueil de données.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire composé principalement de questions fermées. Le but était d'optimiser le temps de réponse et ainsi limiter le taux de non-participation. L'inconvénient était de ne pas recueillir les différentes nuances de l'opinion. Une question libre a été rajoutée pour laisser une liberté de réponse.

Le choix des questions nous a paru judicieux, en lien avec l'analyse de la littérature que nous avons effectuée. Les aspects financier et juridique de l'organisation des MSP n'ont pas été traités au cours de l'étude. L'analyse de la littérature s'est essentiellement tournée vers l'organisation des soins primaires en France. Nous aurions pu élargir davantage notre champ de recherche à la littérature internationale. Cependant l'analyse des soins primaires à l'étranger ne nous a pas semblé pertinente pour répondre à notre question.

Le taux de participation est excellent (94.6%), et ce malgré le nombre important de questions. Cela dénote du fort intérêt des répondants à notre travail.

Le questionnaire pourrait être utilisé par d'autres MSP en vue d'une aide à la démarche qualité. Le but serait d'identifier les limites organisationnelles et les objectifs, afin d'établir un plan d'action spécifique à chaque MSP.

Le mode de recueil des données par internet n'a pas été retenu. Le manque d'adresse internet et la limitation géographique à la région Rhône-Alpes nous ont fait préférer la voie postale. Un des questionnaires a été récupéré lors d'un entretien direct avec le médecin. Cet entretien a été proposé devant l'absence de réponse initiale. Il se peut que cela ait eu une incidence sur les résultats car chaque question a été précisée et remplie avec le médecin. Il aurait peut-être été nécessaire d'appliquer la même méthode à chacune des MSP.

Les questionnaires ont été, en grande partie, remplis par une seule personne exerçant au sein de la MSP. Il aurait été intéressant d'interroger l'ensemble des professionnels de santé de chaque MSP, de façon à avoir une vision plus globale voire différente, notamment pour la question libre.

Les données ont été rentrées personnellement dans le logiciel en ligne pour limiter le taux d'erreur à la saisie. Le test de reproductibilité inter-observateur nous a paru satisfaisant quant à la qualité de la saisie (taux de concordance inter-observateur de 99%).

c- Scores.

Il existe dans la littérature des grilles d'analyse relatives à l'organisation des soins primaires. Par exemple, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et l'URPS développent, en association avec la Haute Autorité de Santé (HAS), des matrices de maturité. Ces matrices permettent une auto-évaluation du développement organisationnel et aident à la mise en place d'actions d'amélioration [47]. Une étude a également évalué la dynamique de 60 projets de MSP en France, via un score relatif à l'accès à des soins de qualité [48]. Au niveau international, il existe des matrices de maturité comme l'International Family Practice Maturity Matrix [49] ou encore des indicateurs comme l'European Practice Assessment. Ce dernier évalue la qualité de l'organisation et de la gestion des soins primaires britanniques, applicable à travers l'Europe [50].

Nous avons choisi de construire un score propre à notre étude afin d'avoir un aperçu des différentes variables organisationnelles des MSP en Rhône-Alpes. Nous avons privilégié un score relatif aux dimensions de notre questionnaire : pluri-professionnalité, coopération, et prise en charge des patients. La valeur considérée comme développée pour chacun des scores, ainsi que les différents critères retenus, sont bien entendu subjectifs. Ces scores mériteraient d'être retravaillés et améliorés pour être utilisés par d'autres MSP dans un objectif d'auto-évaluation.

2- Discussion des résultats et pistes d'évolution.

a- Projet de santé.

L'article L 6323-3 du Code de Santé Publique impose aux MSP de se doter d'un projet de santé [25]. Celui-ci doit être transmis pour information à l'ARS.

Au cours de notre étude, nous avons constaté que seule la moitié des MSP (18/35) avait signé et déposé leur projet de santé à l'ARS. Ce manque de participation n'a pas été documenté dans la littérature mais peut s'expliquer par le sentiment de contrainte ressenti par les professionnels de santé : cahier des charges imposant, lourdeur administrative, association du projet de santé à une atteinte de résultats, financement approximatif et incertain, difficulté de communication avec l'ARS... Ce résultat nous a semblé être un frein à la coopération des professionnels avec les collectivités régionales. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis des différents intervenants sur les raisons de ce choix.

L'absence de transmission à l'ARS ne signifie pas forcément l'absence de projet de santé. L'essentiel repose, avant tout, dans l'élaboration du projet de santé, qui constitue le fondement de la pratique en MSP. Il traduit l'engagement des professionnels et permet de faire la distinction avec un simple regroupement géographique. Tout comme la charte éthique [51], il valorise la démarche des professionnels pour une prise en charge globale et coordonnée. Le projet de santé pérennise la dynamique de la MSP et donne de la visibilité à la structure.

Sa transmission aux différents responsables (ARS, URPS) nous paraît avoir un intérêt en termes d'analyse et d'encadrement. Les MSP étant des structures récentes, il est important de les réévaluer régulièrement pour leur apporter une aide appropriée et significative afin d'encourager leur développement. Le projet de santé pourrait servir de support à cette évaluation. Il nous semble alors nécessaire de renforcer les relations avec l'ARS pour accompagner et mettre en cohérence les projets de regroupement avec les projets régionaux de santé. Le développement de guichets uniques régionaux assurerait un espace de concertation et permettrait un soutien de proximité : aide à l'élaboration et au suivi des projets de santé, visite de site, permanence téléphonique, ...

La diffusion des projets de santé permettrait également d'apporter une aide précieuse aux structures en cours d'élaboration. Cette diffusion pourrait se faire via la création d'une revue des MSP, de guides pédagogiques ou lors des colloques, telles que les journées nationales de la FFMPS. L'intérêt est avant tout de partager les expériences mises en place au sein des différentes structures.

L'ARS utilise le projet de santé pour l'élaboration d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens [52]. Seules les structures ayant une contractualisation sont susceptibles de bénéficier d'un soutien financier [53], notamment via le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) [54] et le Fonds d'Intervention Régional (FIR) [55].

Cependant, un projet de santé est amené à évoluer avec la structure selon les besoins et l'offre de soins du territoire. Par exemple, l'évolution des professionnels de santé en termes de compétences et de choix d'exercice fait du projet de santé une dynamique en restructuration permanente. Il nous semble alors difficile d'établir un modèle unique et de se baser sur ses caractéristiques pour obtenir un soutien financier.

b- Composition pluri-professionnelle.

Selon la FFMP, la pluri-professionnalité, ou pluri-disciplinarité, consiste à aborder un sujet d'étude selon différents points de vue diversifiés. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des compétences [56].

Au cours de notre étude, la représentation de la pluri-professionnalité nous a semblé satisfaisante ($\geq 4/8$) pour la majorité des MSP (26/35). Le regroupement de différents professionnels de santé apparaissait d'ailleurs comme un des points positifs à l'exercice en MSP. Cela confirme la sollicitation et l'engouement actuel pour la pratique pluri-professionnelle. La richesse du travail en équipe, le partage des connaissances, la mise en commun des moyens amènent les professionnels de santé à privilégier ce nouveau mode d'exercice [37]-[39].

Le regroupement de plusieurs professionnels n'est pas quelque chose de nouveau : ce mode d'exercice pluriel s'applique au sein des centres de santé depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Cependant, même s'il existe une réelle attractivité pour l'exercice collectif, le regroupement ambulatoire en France est de moins grande taille et moins pluri-professionnel que dans d'autres pays [57]. D'ailleurs, les regroupements restent encore majoritairement intra-professionnels en France [18].

Les résultats de notre étude faisaient ressortir une grande variabilité dans la taille et la composition de la structure. Cela confirme qu'il n'existe pas de modèle unique de MSP. Chaque structure se construit et évolue selon l'offre de soins disponible et les axes de prise en charge privilégiés au sein de la MSP.

Nous avons, tout de même, mis en évidence l'existence d'un noyau de professionnels : IDE, médecin généraliste, masseur-kinésithérapeute et secrétaire. Cette prédominance nous a semblé primordiale à l'application de la pluri-disciplinarité dans la prise en charge des patients. Elle a d'ailleurs été prise en compte dans le calcul de notre score relatif à la pluri-professionnalité. A l'inverse, il existait une très faible représentation du secteur social et médico-social. Le suivi social joue pourtant un rôle important dans la prise en charge globale des patients. Les intervenants et les prestations sociales sont actuellement gérés par le secteur public (Conseil Général et Direction des Affaires Sanitaires et Sociales). Le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale évalue ainsi les besoins relatifs au territoire. L'intégration des structures sociales et médico-sociales au sein des MSP nécessite alors la mise en place de conventions telles que le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCS MS) [58].

Le secteur administratif, bien développé pour les médecins généralistes, était peu représenté au sein de la structure globale. Ceci était, d'autant plus marquant, qu'un des principaux points négatifs concernait les difficultés liées à la gestion et l'administration de la structure.

Bien souvent, les professionnels de santé ne sont pas formés à la gestion administrative et aux difficultés rencontrées. Il serait intéressant de renforcer le secteur administratif des MSP pour libérer du temps (autre obstacle à l'exercice en MSP) qui serait réinvesti dans les soins. Le support administratif pourrait se placer au centre du dispositif et concerner différents domaines comme : la gestion administrative et comptable, la gestion de la patientèle sur le plan médico administratif, du système d'information et de la coordination des professionnels de santé [44]. Nous pouvons comparer nos résultats avec un cabinet pluridisciplinaire « type » au Royaume Uni : la structure se compose en moyenne de 24 professionnels de santé. La part des médecins généralistes et des infirmières est identique, soit 22% chacune. Le personnel administratif constitue la part la plus importante avec 45% des effectifs. [59]. La réorganisation des soins au Royaume Uni se base sur la création de Primary Care Trust, autorités publiques responsables de la planification, de la coordination et du financement des soins [57].

Le développement de la partie administrative au sein des MSP amène inéluctablement la question de son surcoût et de son financement. En effet, il apparaît nécessaire de définir un « forfait structure » ainsi que sa répartition entre chaque professionnel. La mutualisation d'une partie du système administratif avec d'autres structures de santé pourrait également être intéressante.

Un des autres points forts de la pluridisciplinarité réside dans l'accueil et la formation des stagiaires. Les MSP de Rhône-Alpes s'investissent dans la formation des futurs professionnels de santé (28/35). Cependant, les stages sont essentiellement tournés vers les internes en médecine générale. Ces derniers ont la possibilité d'effectuer un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Il serait intéressant d'étendre ces stages de prise en charge en soins primaires à l'ensemble des étudiants en santé (médical, paramédical et pharmacie) [60]. Cela nécessite de développer les terrains de stage ainsi que le nombre de professionnels aptes à former des stagiaires. Pour la médecine générale, il convient alors de renforcer la Filière Universitaire, en augmentant la formation et le nombre de postes des titulaires (Professeur des Universités, Maître de Conférences des Universités), des Chefs de Cliniques Universitaires, des Associés et des Maîtres de Stage des Universités [61].

L'organisation de la pluri-professionnalité peut également s'appuyer sur le développement de consultations avancées, encore minoritaires au sein des MSP en Rhône-Alpes (10/25). Ces consultations pourraient intéresser des professionnels libéraux ou s'inscrire dans le cadre d'une convention avec les établissements de santé hospitaliers, à l'image de la Communauté Hospitalière de Territoire [62].

c- Coopération professionnelle.

Le regroupement de plusieurs professionnels de santé ne suffit pas à se définir comme MSP. La dynamique de ces structures repose avant tout sur la coordination des soins en lien avec la coopération des différents intervenants.

Au cours de notre étude, le score relatif à la coopération professionnelle était efficient pour 12/35 MSP. Ce résultat nous a semblé encourageant : l'approche commune des soins et l'harmonisation des pratiques se mettent en place progressivement, même si une partie du chemin reste encore à parcourir. Nous avons constaté une grande variabilité du degré de coopération au sein des MSP et avec les structures extérieures : salle de réunion, outil informatique, RCP,... La coopération professionnelle apparaissait paradoxalement comme le principal point positif et négatif à l'exercice en MSP. Ces résultats peuvent s'expliquer par une mise en fonctionnement encore récente de la plupart des structures. Certains aspects ne sont peut-être pas encore formalisés. Cela peut également correspondre à différents degrés d'implication et d'organisation des professionnels de santé. « La coopération entre les médecins et [...] avec les autres professionnels de santé n'est pas quelque chose de nouveau. Ce qui l'est, en revanche, ce sont les tentatives d'organisation de ces coopérations » [63]. En France, les conditions actuelles sont peu favorables aux coopérations professionnelles, qui touchent aux principes de l'exercice libéral : indépendance et autonomie professionnelle, colloque singulier « médecin-patient », responsabilité juridique, secret médical, paiement à l'acte,... [64]. Le développement de telles synergies nécessite de dépasser certains obstacles relationnels et organisationnels.

Plusieurs propositions peuvent être mises en avant pour développer ces coopérations entre professionnels de santé [63].

Il convient, avant tout, de prendre en compte l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la MSP. Si nous prenons l'exemple de la personne référente : notre étude a montré que bien souvent ce rôle était endossé par un médecin généraliste (15/16). Cela s'explique par l'implication et l'investissement des médecins généralistes dans l'initiation, la mise en route et le développement des MSP. Il serait pourtant intéressant que d'autres professionnels puissent investir ces responsabilités. Cela limiterait l'épuisement des personnes « leader », en renforçant l'implication des autres professionnels, et favoriserait un fonctionnement de la structure indépendamment de toute hiérarchie. Il apparaît également indispensable que le système de formation évolue pour apprendre aux professionnels de santé à travailler ensemble. La formation initiale pourrait comprendre pour l'ensemble des étudiants en santé un module consacré à l'organisation du système de santé : nouvelles pratiques, information sur les autres professionnels de santé [65]. Des mesures pourraient être prises pour permettre la réalisation d'un stage pratique au sein d'une structure pluri professionnelle pour l'ensemble des futurs professionnels [45]. Concernant la formation continue, une partie de la formation pourrait s'organiser de façon pluri-professionnelle. Chacun apporterait ainsi ses connaissances et l'expérience relative à sa profession [66].

Un point fondamental au développement des coopérations professionnelles réside dans le partage d'informations et de données entre les différents intervenants. L'existence d'une salle de réunion, au sein de chaque MSP, est le témoin d'un lieu d'échange et de communication neutre. 6/35 MSP interrogées ne possédaient pas de salle de réunion au moment de notre étude. Ce résultat nous a paru surprenant et nous a fait nous questionner sur les raisons de ce choix : disposition des locaux et implication financière ? Existence d'une salle extérieure à la MSP ? Choix personnel ? Notre étude a également montré une participation partielle des MSP aux RCP (24/35). La mise en œuvre de RCP régulières nous paraissait pourtant indispensable au fonctionnement des MSP, tant sur la gestion de la structure que sur la prise en charge des patients. Ces différents résultats nous ont fait réfléchir aux modes de communications alternatifs : échanges par voie électronique ou téléphonique, réunions informelles, consultations conjointes, ... A l'inverse, les échanges par voie postale nous ont paru être un frein à l'interaction de professionnels de santé regroupés sur un même site. La coopération repose sur l'interaction entre différents intervenants et leur aptitude à communiquer. La communication entre professionnels de santé se présente comme une compétence clinique indispensable à des soins de qualité [67].

Certains outils techniques, tels que l'outil informatique commun et le dossier patient unique, pourraient aider à renforcer la coordination des professionnels et limiter la perte d'information. La MSP de Saint Genis-sur-Guiers évoque la nécessité d'un dossier médical « partageable, exportable et exploitable, pour instaurer des modes d'exercices coopératifs et assurer une coordination réelle des prises en charge » [68]. Au cours de notre étude, peu de MSP possédaient un outil informatique pour tous les professionnels (2/35). Les professionnels concernés étaient majoritairement les médecins généralistes. Ces résultats peuvent s'expliquer par les différents obstacles liés au développement des systèmes d'information (SI) : réglementaires, techniques et humains [69]. La modernisation des SI joue un rôle essentiel. Sur le plan législatif, les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel au sein de la MSP sont réputées confiées aux autres professionnels de santé, sous réserve du recueil du consentement du patient et de l'adhésion des professionnels au projet de santé [70]. La personne concernée peut refuser à tout moment que des informations soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé [71]. Le recueil du consentement sous-entend l'information du patient avec remise d'un document explicatif suivi d'un temps de réflexion. Cette procédure, en faveur du respect éthique du patient, peut être difficile à mettre en application pour chaque information. Il apparaît nécessaire de spécifier les situations concernées. Sur le plan technique, le développement des SI dans les MSP est encadré par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé), qui met à disposition un cahier des charges du système d'information en maisons, pôles et centres de santé [72]. Sur le plan humain, il convient de convaincre les différents professionnels de santé de l'intérêt d'un SI efficace. De nombreux avantages peuvent être mis en avant : suivi et continuité des soins, amélioration de la coordination des professionnels de santé et de la qualité des soins, recueil de données à visée épidémiologique et statistique.

Parmi les modalités de coopération, la délégation de compétences entre médecin et autres professionnels de santé prend toute son importance. L'HAS, en collaboration avec l'ONDPS, s'est attachée à définir ces nouvelles formes de coopération comme « une nouvelle répartition des tâches existantes ou une répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé » [73]. Nous parlons de substitution lorsqu'un professionnel en remplace un autre pour la même tâche, et de diversification lorsqu'un professionnel ajoute une valence supplémentaire à un soin déjà prodigué par un professionnel. L'objectif est d'optimiser les compétences des différents intervenants autour de la prise en charge du patient. Nous évoluons ainsi vers une réelle complémentarité des professionnels de santé.

L'association ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe, est un exemple de ces nouvelles formes de coopération [74], [75]. Depuis 2004, des médecins généralistes libéraux et des infirmières salariées de l'association coopèrent autour de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. Les infirmières déléguées à la santé publique ont reçu une formation aux protocoles mis en place par ASALEE. Elles assurent des consultations de prévention et d'éducation thérapeutique. Leur rôle consiste également à mettre à jour les dossiers médicaux informatisés pour mieux coordonner les soins. Les résultats sont satisfaisants tant pour les patients que pour les professionnels, et ce sans surcoût en soins [76]. Ces coopérations doivent être acceptées par le patient. Ce dernier peut être réticent à ce que des missions réalisées habituellement par un médecin soient réalisées par un autre professionnel, par crainte d'une prise en charge de moindre qualité [63]. Le rôle du médecin est alors de rassurer le patient quant à l'efficacité de sa prise en charge.

Le développement de coopérations entre professionnels conduit à une évolution des métiers de la santé. Sur le plan juridique et déontologique, il est nécessaire de redéfinir le rôle et le périmètre d'action de chaque professionnel au sein du système de soins. Par exemple, nous pouvons noter la reconnaissance, par un master, du statut d'infirmier libéral en pratiques avancées en gériatrie (ILPAG). L'ILPAG représente une opportunité dans la prise en charge coordonnée et le maintien des personnes âgées à domicile [77].

Pour que ces coopérations prennent de l'ampleur, il paraît indispensable de repenser les modes de rémunération. Actuellement, le paiement à l'acte entretient la pratique d'un exercice individuel. Les transferts de tâches sont vus par les professionnels comme des transferts de revenus. De nouveaux modes de rémunération sont explorés (ENMR) [78] : capitation, forfait, salariat, paiement à la performance, mixage. La rémunération des professionnels de santé devrait en partie être basée sur la performance collective avec des objectifs de coordination et de transfert de tâches. Le but est de rétribuer correctement les professionnels pour des prises en charge chroniques nécessitant de plus en plus de coopération-coordination, tout en préservant l'indépendance professionnelle. Quelle que soit l'évolution des nouveaux modes de rémunération, elle devra concilier les intérêts des professionnels de santé, de l'Assurance Maladie et des patients.

La coopération entre professionnels de santé s'étend également aux structures extérieures, en particulier au système hospitalier et aux réseaux de santé. Le but est d'assurer la fluidification du parcours de soins entre les différentes structures. Les résultats de notre étude ont montré une coopération encore limitée en Rhône-Alpes. L'interaction des MSP avec les structures extérieures varie certainement selon leur proximité. Il est également compréhensible que la préoccupation primaire des professionnels repose sur le développement de la coordination au sein de la structure. La coopération avec les structures périphériques apparaît alors comme un objectif à plus long terme et nécessite des professionnels rémunérés convenablement pour le temps dédié à sa mise en place.

L'articulation hôpital/ville a pour but d'améliorer la prise en charge pré et post hospitalisation des patients. Elle tend à renforcer les relations entre système hospitalier et ambulatoire. Certaines MSP, telle que la MSP de l'hôpital de Lude, fonctionnent en synergie avec l'hôpital dans le respect de chacun [79]. D'ailleurs, une étude auprès des internes en médecine générale a montré l'intérêt des futurs professionnels pour un travail partagé entre MSP et services hospitaliers [80]. Concernant les réseaux de santé, il nous semble intéressant de raisonner par territoire : en effet, les réseaux de santé s'organisent habituellement autour d'une problématique de santé ou d'une population spécifique. Cependant, un patient peut souffrir simultanément de plusieurs pathologies chroniques. Dès lors, nous pourrions travailler sur une organisation de la prise en charge par territoire et donc centrée sur le patient et non sur les pathologies. La coopération avec les structures extérieures pourrait également se tourner vers d'autres structures de coordination : Centre Local d'Information et de Coordination pour les personnes âgées, Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer, ...

Face à l'évolution des pratiques de coopération, il convient de « veiller à la trajectoire du patient entre les différents intervenants, actes et lieux » [81]. Notre enquête a montré que bien souvent le rôle de responsable de la coordination était joué par une personne exerçant au sein de la MSP. Il nous paraît important qu'une personne de la MSP soit impliquée dans la gestion de la coordination, pour s'assurer du respect du projet de santé. Les MSP pourraient également avoir recours à un coordinateur commun à plusieurs MSP. De nouveaux métiers sont alors amenés à se créer : assistant administratif, assistant chargé d'organiser le système, gestionnaire-manager de groupement d'exercice pluri professionnel, ... [44]. Il reste bien entendu à discuter du mode de rémunération de chacun de ces intervenants, essentiel au bon fonctionnement pérenne de ces structures.

Le développement des coopérations entre professionnels de santé devrait s'appuyer sur une évaluation régulière propre au système de soins ambulatoire [82], [83], dans le but de mesurer leur impact sur l'offre et la qualité des soins. Ces évaluations permettraient la diffusion de coopérations effectives et efficaces et pourraient être utilisées par d'autres structures pluri-professionnelles. En effet, les coopérations professionnelles ne sont pas l'apanage des MSP. Elles prennent également toute leur importance dans les centres de santé [84], les pôles de santé [85] et les réseaux de santé [86].

d- Organisation de la prise en charge des patients : projet de soins en médecine générale.

Au cours de notre étude, le score relatif à l'organisation de la prise en charge des patients était considéré comme développé pour 13/35 MSP. Ce résultat nous a semblé intéressant par le niveau minimum atteint, et ce malgré le concept encore récent de MSP.

Accès et continuité des soins.

Notre étude a montré que l'accès et la continuité des soins représentaient un des points positifs et concrets à l'exercice en MSP. Ce constat confirme un des principes fondamentaux de ces nouvelles structures d'exercice, qui est de faciliter l'accès et la continuité des soins à la population [87]. Cette notion prend toute son importance dans le contexte actuel de la démographie médicale et des inégalités territoriales. En favorisant l'attractivité des professionnels de santé, les MSP apparaissent comme une solution dans le maintien voire dans le développement de l'offre de soins, en particulier dans les zones de soins déficitaires [46].

Si nous nous intéressons à leur répartition, nous constatons que le nombre de MSP est plus important dans les départements de l'Ardèche (8 MSP), de l'Isère (8 MSP), de l'Ain (7 MSP) et de la Drôme (6 MSP). Ceci peut s'expliquer, en partie, par la plus grande superficie et le nombre de zones de soins déficitaires de ces départements. A l'inverse, le nombre de MSP est moins important dans les départements du Rhône (4 MSP), de la Loire (1 MSP) et de la Haute-Savoie (1 MSP). La Savoie, 3^{ème} département en superficie, possède actuellement peu de MSP (2 MSP). Cependant, la dynamique se met en place : 27 structures sont en cours de projet ou de réflexion (*Annexe I*).

Nous avons constaté que 20/35 MSP de notre étude n'étaient pas localisées en zone de soins déficitaire. Ce constat montre que les modalités d'exercice en MSP intéressent l'ensemble des professionnels de santé. Leurs nombreux avantages (réponse aux attentes des professionnels, amélioration de la qualité des soins, modèle d'exercice différent et enrichissant, ...) conduisent à les développer, même en dehors des zones déficitaires. Initialement présentées comme une réponse à l'inadéquation de l'offre et de la demande de soins, elles tendent à jouer un rôle dans la réorganisation globale du système de soins ambulatoire. L'approche des soins évolue et se tourne vers une prise en charge plus globale, plus coordonnée, plus collégiale. Dès lors, les MSP ne peuvent être pensées comme outil de régulation de la répartition des professionnels.

Pour améliorer l'accès aux soins, notamment sur les territoires isolés, la télémédecine est présentée comme une éventuelle solution. Elle correspond à « une forme de pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la communication » [88]. Les actes de télémédecine regroupent : la téléconsultation, la télé-expertise, la

télesurveillance et la téléassistance [89]. Ils ont pour objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité, d'optimiser l'utilisation du temps des ressources médicales, de renforcer la collaboration entre professionnels et d'optimiser le parcours de soins [90]. Le développement de la télémédecine apparaît comme un des engagements du pacte territoire santé, dans l'objectif de transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé [91]. En aucun cas, la télémédecine ne doit se substituer à la pratique usuelle en face à face, mais elle pourrait parfois la compléter. Le colloque soignant-patient reste tout de même indispensable à la délivrance des soins.

La dimension géographique est une dimension importante de l'accès aux soins mais d'autres facteurs entrent en compte : l'accès aux soins pour les personnes à mobilité réduite et en situation de précarité. L'équipement des infrastructures tend à se généraliser, de même que la pratique du tiers-payant. L'accès et la continuité des soins nécessitent également la mise en place de plages d'urgences et la participation à la permanence des soins des médecins généralistes, de façon à répondre aux besoins de la population.

Amélioration de la qualité des soins.

Le développement des MSP passe par l'information des usagers sur ces nouvelles structures d'exercice. Notre étude a montré que les supports d'information étaient encore limités. Une affiche dans chaque salle d'attente pourrait aider à informer les patients sur le fonctionnement et les objectifs des MSP. Des supports pourraient également être transmis par l'ARS aux MSP, aux mairies et aux établissements dédiés à la santé (CPAM, hôpitaux, pharmacies, structures de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ...).

L'amélioration de la qualité des soins nécessite l'actualisation des connaissances des professionnels de santé. La formation continue prend alors toute son importance. Dans notre étude, la participation des médecins généralistes aux programmes de formation était majoritaire. Cependant, cela ne diffère pas des pratiques habituelles des médecins [92], [93]. La formation continue fait partie intégrante des missions du médecin généraliste ; l'importance réside également dans la formation des autres professionnels.

Les MSP ont pour objectif de proposer une offre diversifiée de services de santé, via des actions de santé publique, d'éducation et de prévention. Notre étude a montré que ces activités étaient encore minoritaires. Les structures étant encore jeunes, ces pratiques n'ont peut-être pas eu le temps de se mettre en place. La coopération entre professionnels de santé n'étant pas encore optimale, le temps et l'organisation de ces nouvelles pratiques ne sont pas encore établis. Les pratiques actuelles sont encore essentiellement tournées vers des actes de soins curatifs. Les MSP se doivent alors d'inscrire leur démarche dans une prise en charge plus globale de prévention, d'éducation et de dépistage, pour répondre au vieillissement et à l'augmentation des maladies chroniques. Notons tout de même que ces activités font déjà parties intégrantes de la pratique des professionnels, de façon plus ou moins formalisée.

L'OMS Europe a défini l'éducation thérapeutique comme « visant à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie » [94]. Il est démontré que l'éducation thérapeutique améliore l'efficacité des soins et réduit la fréquence et la gravité des complications [95]. L'éducation thérapeutique devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. Elle vise l'autonomisation du patient dans la gestion de sa santé. L'éducation thérapeutique ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Son intégration au système de soins de premier recours prend alors toute son importance : évaluation des besoins et élaboration d'un programme personnalisé, séance d'éducation thérapeutique individuelle ou collective. Pour l'améliorer, il apparaît indispensable de former les professionnels de santé à la pratique de l'éducation thérapeutique. Le développement des coopérations entre professionnels et la création de nouveaux métiers ont pour objectif de libérer du temps médical pour la formation et la diversification des offres de soins. Ce n'est qu'en réorganisant les coopérations entre professionnels que nous pourrions renforcer l'éducation thérapeutique et les pratiques de prévention et de dépistage. Il convient également d'adapter les dispositifs de financement, comme par exemple la création d'un forfait d'éducation thérapeutique [96].

Le score total de notre étude, prenant en compte la pluri professionnalité, les coopérations professionnelles et la prise en charge des patients, nous a semblé favorable pour les MSP, quoiqu'encore fragile : selon les critères retenus, 14/35 MSP étaient considérées comme développées. Ces résultats, encourageants, sont proches de ceux de l'étude réalisée sur 60 MSP sur l'accès à des soins de qualité : sur 60 MSP, 23 présentaient une vraie dynamique de MSP avec « la chance d'apporter une évolution profonde des modes d'organisation des pratiques, avec une démarche active en termes de qualité et d'efficience » [48]. Ces résultats doivent cependant être tempérés : la prise en charge des patients ne doit pas être comparée aux autres types d'exercice professionnel, individuel ou de groupe. Les MSP ne représentent pas la seule voie pour travailler ensemble.

V- Conclusión

Thèse soutenue par : Axelle MOUTY.

TITRE : Organisation professionnelle et projet de soins en médecine générale : état des lieux des maisons de santé pluri professionnelles en Rhône Alpes.

CONCLUSION.

Depuis plusieurs années, nous assistons à une réorganisation progressive des soins primaires en France. De nouvelles formes d'exercice ambulatoire se développent face à l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, et la volonté d'un mode d'exercice différent. Parmi elles, les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) sont de plus en plus sollicitées par l'ensemble des acteurs de santé. Initialement conçues pour favoriser l'accès aux soins, elles présentent de nombreux avantages : amélioration des conditions d'exercice, développement de la qualité des pratiques et des soins. La dynamique des MSP se caractérise par le regroupement de professionnels autour d'un projet de santé qui se compose d'un projet professionnel et d'un projet de soins. Le projet professionnel détermine l'organisation pluridisciplinaire et coordonnée des professionnels de santé. Le projet de soins définit l'organisation de la prise en charge des patients.

L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques d'organisation des MSP en fonctionnement en Rhône Alpes. Les critères de jugement étaient la pluridisciplinarité, la coordination des professionnels de santé et des soins, et la prise en charge des patients au sein de la structure. L'objectif secondaire consistait à dégager d'éventuelles pistes d'évolution. Nous avons réalisé un état des lieux via un questionnaire adressé à l'ensemble des MSP recensées par l'ARS au 31/03/2013. Au total, 37 MSP ont été incluses dans l'étude. 35 questionnaires ont été retournés, soit un taux de participation de 94.6%.

La majorité des MSP avait signé et déposé leur projet de santé à l'ARS (18/35, soit 51%).

La pluridisciplinarité se caractérisait par la prédominance d'un noyau de professionnels : infirmière, médecin généraliste, masseur kinésithérapeute et secrétaire. Le secteur médico-social était peu représenté (1/35).

La coordination entre professionnels de santé n'était pas généralisée à l'ensemble des MSP : 17% n'avaient pas de salle de réunion (6/35). 26% ne possédaient pas d'outil informatique commun (9/35). 31% n'organisaient pas de réunion de concertation pluridisciplinaire (11/35). 54% ne réalisaient pas de consultation conjointe (19/35). Les protocoles pluri professionnels de suivi et de prise en charge thérapeutique étaient présents dans 23% des MSP (8/35).

La prise en charge des patients nous semblait adéquate concernant l'accès et la continuité des soins : plages d'urgences (27/35), accueil des personnes à mobilité réduite (32/35), application fréquente du tiers-payant (19/35), participation à la permanence des soins (28/35). Cependant, la majorité des MSP n'était pas localisée en zone déficitaire en offre de soins (20/35 soit 57%).

Les actions de santé publique restaient minoritaires : 11% des MSP avaient mis en place des séances d'éducation thérapeutique (4/35) ; 46% participaient à des programmes de prévention et de dépistage (16/35).

Les points positifs à l'exercice en MSP, répertoriés au cours de notre étude, étaient le regroupement et la complémentarité des professionnels. Les points négatifs étaient la coopération entre professionnels, ainsi que le coût, la difficulté et le temps nécessaires à la gestion de la structure.

L'état des lieux des MSP en Rhône Alpes est plutôt encourageant. Un des axes fort réside dans le développement des coopérations entre les professionnels de santé, afin d'optimiser les compétences et le temps de chacun. Plusieurs pistes peuvent être avancées pour améliorer cette coopération et donc la prise en charge des patients :

- Formation à la prise en charge en soins primaires, pour l'ensemble des professionnels de santé.
- Redéfinition du rôle et du périmètre d'action de chaque professionnel de santé.
- Développement de la prise en charge conjointe des problèmes de santé.
- Généralisation des systèmes de partage d'information, notamment un outil informatique commun à tous les professionnels de santé.
- Modification des modes de rémunération avec prise en compte du travail collectif, de la coordination et du surcoût de la structure.
- Management de la gestion et de la coordination.

Les maisons de santé pluri professionnelles sont présentées comme une solution d'avenir à l'organisation du système de soins primaires. Le concept est encore récent et se développe progressivement. L'objectif n'est pas de parvenir à un modèle unique. Il importe d'adapter chaque projet à l'évolution des besoins de la population et à l'implication des professionnels au sein du territoire de santé. Les MSP sont surtout des portes ouvertes vers une autre conception du soin : « le soigner ensemble » ¹

Vu et permis d'imprimer, Grenoble, le : 03/07/2013

LE DOYEN

Professeur Jean-Paul Romanet

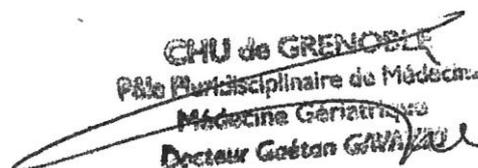
Professeur Jean-Paul Romanet



LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Gaëtan Gavazzi

Professeur Gaëtan Gavazzi



¹ Maxime de la MSP « DOMENE SANTE »

VI- Bibliographie

- [1] « Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires », rapport conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.
- [2] BERNIER M., « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire », Présidence de l'Assemblée Nationale, 30/09/2008.
- [3] LEBRETON-LEROUVILLOIS G., « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2013.
- [4] ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », DREES, études et résultats, février 2009, n° 679.
- [5] MILLET-KAPTEIN C., « Le vécu du cursus de médecine générale en France et aux Pays bas. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des internes de Paris et d'Amsterdam », thèse médecine, Université Paris Descartes, 2011.
- [6] Sondage BVA « Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel », Conseil National de l'Ordre des Médecins, mars 2007.
- [7] FAUVET L., « Les médecins au 1^{er} janvier 2012 », DRESS, études et résultats, mars 2012, n° 796.
- [8] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. « La médecine générale, résumé des principaux enseignements, le pré-rapport 2006-2007 », 2007, p°1-6.
- [9] ROBELET N., LAPEYRE-SAGESSE N., ZOLESIO E., « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas de médecins âgés de 30 à 35 ans », Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2006.
- [10] BELLAMY V., BEAUMEL C., « Bilan démographique 2012. La population croît mais plus modérément », INSEE, division enquêtes et études démographiques (INSEE), janvier 2013, n° 1429.
- [11] BLOCH J., « Les maladies chroniques, état des lieux. Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies », adsp n° 72, septembre 2010, p°14.
- [12] « Texte de loi n°2009 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », titre II : accès de tous à des soins de qualité, article 36 chapitre Ier bis : organisation de soins, J.O, 22/07/2009, p. 12184.
- [13] « Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie », titre I : dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, section 1 : coordination des soins, article 7, JO, 17/08/2004.

- [14] Agence Régionale de Santé Rhône Alpes, « Schéma Régional d'Organisation des Soins, volet ambulatoire », Projet Régional de Santé Rhône Alpes 2012-2017, juillet 2012.
- [15] HOEREE T., GROUWELS D., CUYPERS R., HEYRMAN J., « La pratique de médecine générale revisitée : un document de vision », Projet Huisarts en samenwerking (HUSAm), médecin généraliste et collaboration (MédgéCo), 2006, p. 9-14.
- [16] AUDRIC S., « L'exercice en groupe des médecins libéraux », études et résultats DRESS, juin 2004, n° 314 : 12 p.
- [17] EVRARD I., BOURGUEIL Y., LE FUR P., MOUSQUES J., BAUDIER F., « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale », Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES, p.221-237.
- [18] BAUDIER F., BOURGUEIL Y., EVRARD I., GAUTIER A., LE FUR P., MOUSQUES J., « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », IRDES, questions d'économie à la santé n°157, septembre 2010. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
- [19] URML - Rhône-Alpes, Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, CAREPS, Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire. « Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale Rhône-Alpes », février 2005, 67 p.
- [20] GIRARD A., « Les jeunes et les maisons de santé », La Revue du praticien Médecine générale 2009 ; 829 : 708
- [21] SPANOUDIS C., « La pratique de groupe en médecine générale : projet d'aide à l'élaboration d'une association ». Travail de fin d'étude 2009.
- [22] CHAMONAL R., « Motivations et limites de l'exercice libéral en groupe », thèse médecine, université Claude Bernard Lyon 1, 2008.
- [23] BEAUTE J, BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., « Organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons », baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. IRDES, document de travail n°5, aout 2007.
- [24] BOURGUEIL Y., CLEMENT M-C, CORALET P-E, MOUSQUES J., PIERRE A., « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche Comté et de Bourgogne », Questions d'économie de la santé n°147, IRDES, octobre 2009. <http://www.Irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>
- [25] « Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité Sociale pour 2008, article 44 pour insertion dans le Code de Santé Publique, article L.63.23-3 ». Site www.legifrance.fr

- [26] « Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », J.O, 11/08/2011 : 13754-13769
- [27] www.rhonealpes.paps.sante.fr, rubrique « exercice coordonné ou regroupé », sous rubrique « exercer en maisons de santé » et « les projets de maisons de santé de votre région. »
- [28] « Rhône Alpes », Larousse encyclopédie, éditions Hachette.
- [29] « Présentation de la région Rhône Alpes, résumé de la France et ses régions », INSEE Références, édition 2012, mise à jour février 2011.
- [30] « Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie », rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR - Juillet 2003
- [31] ROMESTAING P., LEBRETON-LEROUVILLOIS G., « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Rhône Alpes ». Situation au 1^{er} juin 2011, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.
- [32] « Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône Alpes », Observatoire de la santé Rhône Alpes, ARS Rhône Alpes, mars 2011.
- [33] « Profils de santé des territoires de santé : région Rhône Alpes », Observatoire Régional de la Santé Rhône Alpes, mai 2013.
- [34] « STATISS 2012. Statistiques et indicateurs santé et médico-social en Rhône Alpes », ARS Rhône Alpes, mars 2013, 41 p.
- [35] BOURGUEIL Y., « Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur les besoins à une approche centrée sur l'organisation des soins ». Revue Hospitalière de France n° 538 jan-févr. 2011, p°12-16
- [36] BAUDIER F., THOMAS T., « Les maisons de santé : une solution d'avenir », Santé publique, 2009, vol 21, suppl. n°4, 112 p
- [37] CHABOT J-M, DE HAAS P., « La fin de l'exercice isolé », la Revue du praticien médecine générale, décembre 2011, tome 25, n°871, p.805-808.
- [38] CARTIER T., MERCIER A., DE POUVOURVILLE N., HUAS N., RUELLE Y., ZERBIB Y., BOURGUEIL Y., RENARD V., « Constats sur l'organisation des soins primaires en France », Exercer, 2012, vol 23, n°101, 65-71
- [39] DURAND G., « Les maisons de santé : beaucoup de bruit ... pour quelque chose », Icône médiation santé, Rennes, La Revue Prescrire, août 2012, tome 32, n° 346, p 614-619.
- [40] LEGMANN M., « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010.

[41] Annexe 2 au cahier des charges ministériel relatif aux maisons de santé- DGOS / 21/07/2010 : caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles.

[42] Annexe 3 au cahier des charges ministériel relatif aux maisons de santé- DGOS/21/07/2010 : recommandations pour le projet de santé des maisons de santé.

[43] Haute Autorité de Santé, « L'exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôles de santé et centres de santé », novembre 2007.

[44] BAUDIER F., CLEMENT M-C, « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », Santé Publique, 2009, hs1 Vol. 21, p. 103-108.

[45] JUILHARD J-M, CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G., CHAMBAUD L., SCHAETZEL F., « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », 2009, p 13

[46] Circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM/2005 n°63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

[47] Haute Autorité de Santé, « Matrices de maturité en soins primaires. Note de synthèse », date de validation par le collège : décembre 2012, 45 p.

[48] DURAND G., « Accès aux soins de qualité. Analyse des perspectives de 60 projets de maisons de santé en France », Icône médiation santé, Rennes. Texte inédit : Revue Prescrire 2012 ; 32(346) : 623. Contribution aux rencontres Prescrire 2012 (25 et 26 mai 2012 à Angers)

[49] ELWYN G, BEKKERS M-J, TAPP L, EDWARDS A, NEWCOMBE R, ERIKSSON T, et al., « Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix », Qual Saf Health Care 2010 ;19(6):e48.

[50] « Quality Management in Primary Care - European Practice Assessment », 2004, http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf

[51] www.ffmps.fr, rubrique « vous avez un projet », sous rubrique « charte, règlement intérieur et autres textes »

[52] Décret n° 2010-1170 du 4/10/2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé. Publié au journal Officiel n° 0231 du 05/10/10, p°18028, texte n°10.

[53] Annexe 1 au cahier des charges ministériel relatif aux maisons de santé- DGOS / 21/07/2010 : les modes de financement des maisons de santé pluri professionnelles.

[54] Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, article 94.

[55] Fonds d'intervention régional, loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012, article 36.

[56] Fédération française des maisons et pôles de santé. Des regards différents pour un objectif commun. www.ffmps.fr, rubrique « Définitions », sous rubrique « Lexique »

[57] BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J. « Médecine de groupe en soins primaires dans 6 pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives », IRDES, novembre 2007, biblio N°1675.

[58] « La coopération entre les associations sanitaires et sociales : zoom sur les Groupements de Coopérations Sociales et Médico-Sociales », Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux, septembre 2008, 15 p.

[59] SIBBALD B., « Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume Uni et enseignements de la littérature internationale », Revue française des affaires sociales 2010/3 n°3, p°35-37

[60] « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain (volet 1) : les coopérations entre professionnels de santé », Centre d'analyse stratégique, la note d'analyse, questions sociales, décembre 2011, n° 254.

[61] Collège National des Généralistes Enseignants, www.cnge.fr, rubrique « enseignants », sous rubrique « les enseignants de médecine générale »

[62] Communauté Hospitalière de Territoire, fiche pédagogique HPST, en ligne sur : www.sante.gouv.fr/communaute-hospitaliere-de-territoire.html

[63] Rapport de la Commission Nationale Permanente « Les coopérations entre professionnels de santé. Coordination des soins au bénéfice des patients », Conseil National de l'Ordre des médecins, 19/06/2010.

[64] DELAMAIRE M-L, LAFORTUNE G., « Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries ». OECD Health Working Papers, 2010

[65] Observatoire de la régionalisation, « 8 propositions pour développer les maisons de santé pluri-disciplinaires », 15/05/2013.

[66] WOSTYN A., « Des soignants s'entendent localement et se forment ensemble », La Revue Prescrire Aout 2012, tome 30 n ° 346 page 598-599

[67] RICHARD C., LUSSIER M-T, « La communication professionnelle en santé », Editions ERPI, Saint-Laurent (Québec, Canada) 2005 : 840 pages.

[68] Projet de création d'une maison de santé pluri-disciplinaire Saint Genis Sur Guiers, www.reseaux-sante73.fr/uploaded/docs/diaporam-msp.pdf

[69] <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/logiciels-et-bases-de-donnees-en-maison-de-sante>

[70] Article L 1110-4 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011, article 2

[71] <http://www.sante.gouv.fr/le-partage-de-l-information-entre-les-professionnels-de-sante-dans-les-centres-et-les-maisons-de-sante.html>

[72] Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluri professionnels et des centres de santé polyvalents, ASIP-Santé (Agence des Systèmes d'information partagées de santé), décembre 2011, p°1-90

[73] Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS, « Délégation, transferts, nouveaux métiers,... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », avril 2008.

[74] BOURGUEIL Y. et coll., « La coopération médecins généralistes/infirmière améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation Asalée. » Question d'économie de la santé 2008 ; (136) : 8 pages

[75] « L'association Asalée : une coopération médecins-infirmières. » Revue Prescrire 2010 ; 30 (318) : 303-305

[76] BOURGUEIL Y. et coll., « La coopération entre médecins/infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation Asalée ». Institut de recherche et de documentation en économie de la santé 2008 ; (1733) :143 pages.

[77] LAMBERT P., « Rôle de l'infirmier libéral en pratiques avancées en gérontologie », Soins gérontologie, mai/juin 2013, n° 101.

[78] « Expérimenter une alternative au paiement à l'acte : les ENMR », Direction de la Sécurité Sociale, 29 novembre 2011.

[79] Fiche projet leader en vue d'une capitalisation entre projets et programmes leader, maison de santé pluridisciplinaire de l'hôpital du Lude, juillet 2012 n°26

[80] PELAT Marion, « Attractivité des maisons de santé pluri professionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France », thèse médecine, Créteil, 2012.

[81] MINO J-C, « Coordinateur, référent, assistant, ... des fonctions de plus en plus visibles », actualités et dossier en santé publique, mars 2010, n°7, p.22-23.

[82] « Evaluation qualitatives des expérimentations de coopérations entre professionnels de santé », HAS, février 2008.

[83] « Nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé : rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade », HAS, juin 2008.

[84] www.lescentresdesante.com

[85] « Article L 6323-4 du Code de Santé Publique », titre II : autres services de santé, chapitre III ter : Pôles de santé, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 40.

[86] « Guide méthodologique. Amélioration de la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », Direction générale de l'offre de soins, octobre 2012.

[87] CLEMENT M-C et al, « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », Santé Publique, 2009 hs 1 vol 21, p. 79-90

[88] « Article L 6316-1 code de Santé Publique », créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009- article 78

[89] Haute Autorité de Santé, « Efficience de la télémédecine : Etat des lieux de la littérature internationale et évaluation. », HAS, service évaluation économique et santé publique, juillet 2013.

[90] « La télémédecine en action. 25 projets passés à la loupe : un éclairage pour le déploiement national. Tome 1 les grands enseignements », ANAP (agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), date de publication mai 2012.

[91] Pacte territoire Santé, « 12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux », engagement 7 : développer la télémédecine, décembre 2012.

[92] GALLOIS P., « La formation continue des médecins français. Quelques données sur la situation actuelle », adsp n°32, septembre 2000.

[93] BRAS P.L, DUHAMEL G., « Formation médicale continue et évaluations des pratiques professionnelles des médecins », novembre 2008.

[94] « Therapeutic patient education continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease », rapport de l'OMS-Europe publié en 1996, traduit en français en 1998.

[95] Haute Autorité de Santé, « Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », recommandations HAS, juin 2007.

[96] « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », Haut conseil de santé publique, novembre 2009.

VII- Annexes

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 :

Liste des MSP en Rhône Alpes. Situation arrêtée par l'ARS au 30/06/2013.

Annexe 2 :

Liste des MSP en fonctionnement en Rhône Alpes. Situation arrêtée par l'ARS au 31/12/2012.

Annexe 3:

Liste des 37 MSP incluses dans l'étude.

Annexe 4 :

Répartition géographique des 37 MSP incluses dans l'étude.

Annexe 5 :

Questionnaire de l'étude.

Annexe 6 :

Lettre explicative accompagnant le questionnaire.

Annexe 7 :

Construction des scores relatifs à notre étude.

Annexe 8 :

Graphique des résultats quantitatifs.

Annexe 9 :

Points positifs et négatifs à l'exercice en MSP.

ANNEXE 1 : Liste des MSP en Rhône-Alpes. Situation arrêtée par l'ARS au 30/06/2013

Sites en fonctionnement

Dép.	Type ¹	Localisation commune	Zone	Zonage SROS ZF : zone fragile opposable ZV : zone vigilance NR : Non retenue	Mise en fonct.	Projet de santé transmi	Nb de pds
01	MSP	BEYNOST	Rurale	NR	2009	Oui	14
01	MSP	CHAZEY SUR AIN	Rurale	NR	2010	Non	7
01	MSP	PONT D'AIN	Rurale	NR	2006	Oui	18
01	MSP	PONT DE VAUX	Rurale	ZV	2011	Non	12
01	MSP	PRIAY	Rurale	NR	2011	Oui	8
01	MSP	SAINT PAUL DE VARAX	Rurale	ZV	2012	Non	6
01	MSP	VILLEREVERSURE	Rurale	NR	2011	Non	6
07	MSP	LA CHAPELLE SOUS AUBENAS	Urbaine	ZV	nc	Non	7
07	MSP	LE CHEYLARD	Rurale	ZF	nc	Non	11
07	MSP	JAUJAC	Rurale	ZF	2012	Non	15
07	MSP	JOYEUSE	Rurale	ZF	2012	Oui	24
07	MSP	LABEGUDE	Urbaine	ZV	2011	Oui	7
07	MSP	SAINT AGREVE	Rurale	ZF	2010	Non	11
07	MSP	SAINT MARCEL D'ARDECHE	Rurale	NR	2009	Non	6
07	MSP	SAINT MARTIN DE VALAMAS	Rurale	ZF	2010	Non	7
26	MSP	ANNEYRON	Rurale	ZV	2012	Oui	16
26	MSP	AOUSTE SUR SYE	Rurale	NR	2010	Oui	7
26	MSP	ETOILE SUR RHONE	Rurale	NR	< 2008	Non	15
26	MSP	MALISSARD	Rurale	NR	nc	Non	4
26	MSP	MONTOISON	Rurale	NR	nc	Non	10
26	MSP	ROMANS SUR ISERE	Urbaine	ZV	2010	Non	6
38	MSP	BOURGOIN	Urbaine	NR	2011	Non	15
38	MSP	BOURG D'OISANS	Urbaine	ZF	nc	Non	3
38	MSP	LA CHAPELLE DE LA TOUR	Rurale	ZV	2012	Non	7
38	MSP	CLELLES	Rurale	ZF	nc	Non	10
38	MSP	CORPS	Rurale	ZF	2009	Oui	12
38	MSP	DOMENE	Urbaine	NR	2012	Non	13
38	MSP	IZEAUX	Rurale	NR	2010	Non	11
38	MSP	LA MURETTE	Rurale	NR	2010	Non	6
38	MSP	TREPT	Rurale	ZF	2012	Non	13
38	MSP	VILLEFONTAINE	Urbaine	ZF	2011	Non	16
42	MSP	SURY LE COMTAL	Rurale	ZV	2010	Non	10
69	MSP	ECULLY	Urbaine	NR	2012	Non	5
69	MSP	SAINT MARTIN EN HAUT	Rurale	ZV	2012	Oui	18
69	MSP	VENISSIEUX	Urbaine	NR	2009	Oui	11
69	MSP	VILLEFRANCHE/SAONE	Urbaine	NR	2009	Oui	7
73	MSP	LESCHERAINES	Rurale	ZV	1985	Oui	16
73	MSP	SAINT GENIX SUR GUIERS	Rurale	ZV	2011	Oui	11
74	MSP	CHAMONIX MONT-BLANC	Rurale	ZV	2012	Oui	18

Sites en Projet

Dép.	Type	Localisation commune	Zone	Zonage SROS ZF : zone fragile opposable ZV : zone vigilance NR : Non retenue
01	MSP	BAGE LE CHATEL	Rurale	ZV
01	MSP	CHATILLON SUR CHALARONNE	Rurale	ZV
01	MSP	COLLONGES	Rurale	ZV
01	MSP	HAUTEVILLE	Rurale	ZV
01	MSP	MARBOZ	Rurale	ZV
01	MSP	MEXIMIEUX	Rurale	ZV
01	MSP	SAINT RAMBERT EN BUGEY / TENAY	Rurale	ZV
01	MSP	SAINT TRIVIER DE COURTES	Rurale	ZV
01	MSP	SAINT TRIVIER SUR MOIGNANS	Rurale	ZV
01	MSP	SERRIERES DE BRIORD	Rurale	ZF
01	MSP	TOSSIAT	Rurale	ZV
07	MSP	ANDANCE	Rurale	ZV
07	MSP	AUBENAS	Urbaine	ZF
07	MSP	LAMASTRE	Rurale	ZF
07	MSP	LARGENTIERE	Rurale	ZF
07	MSP	VERNOUX EN VIVARAIS	Rurale	ZF
07	MSP	VILLENEUVE DE BERG ---> en construction	Rurale	ZF
26	MSP	BUIS LES BARONNIES	Rurale	ZF
26	MSP	CHATEAUNEUF DE GALAURE	Rurale	ZV
26	MSP	DIE	Rurale	ZF
26	MSP	LE GRAND SERRE	Rurale	ZV
26	MSP	NYONS	Rurale	ZF
26	MSP	SAINT VALLIER ---> en construction	Urbaine	ZV
26	MSP	SAUZET	Rurale	ZV
38	MSP	LES ABRETS	Rurale	ZV
38	MSP	BIOL	Rurale	ZF
38	MSP	HEYRIEUX	Rurale	ZF
38	MSP	LANS EN VERCORS	Rurale	ZV
38	MSP	PONT EVEQUE	Urbaine	ZF
38	MSP	ROYBON ---> en construction	Rurale	ZV
38	MSP	SAINT MARTIN D'HERES	Urbaine	ZF (2
38	MSP	SAINT VICTOR DE CESSIEU	Rurale	ZV
38	MSP	VALBONNAIS	Rurale	ZF
38	MSP	VILLEFONTAINE (quartier Servenoble)	Urbaine	ZF (3
38	MSP	VILLEFONTAINE (quartier Saint Bonnet)	Urbaine	ZV (3
38	MSP	VIZILLE	Urbaine	ZV
42	MSP	MARLHES	Rurale	ZF
42	MSP	NOIRETABLE	Rurale	ZF
42	MSP	ROANNE	Urbaine	ZV
42	MSP	ST ETIENNE (Montreynaud) ---> en	Urbaine	ZF
42	MSP	SAINT GERMAIN LAVAL ---> en construction	Rurale	ZF
42	MSP	SAINT JUST EN CHEVALET (PAYS D'URFE)	Rurale	ZF
69	MSP	AMPLEPUIIS	Rurale	ZF
69	MSP	BEAUJEU ---> en construction	Rurale	ZF
69	MSP	COURS LA VILLE ---> en construction	Rurale	ZF
69	MSP	LACENAS	Rurale	ZV
69	MSP	LAMURE SUR AZERGUES	Rurale	NR
69	MSP	LIMONEST	Urbaine	ZV
69	MSP	LYON Etats-Unis	Urbaine	ZF
69	MSP	LYON Mermoz	Urbaine	ZF

69	MSP	PONTCHARRA SUR TURDINE	Rurale	ZF
69	MSP	SAINT FONS	Urbaine	ZF (4
69	MSP	SAINT PRIEST	Urbaine	ZF (7
69	MSP	SAINT SYMPHORIEN SUR COISE	Rurale	ZV
69	MSP	THURINS	Rurale	ZF
73	MSP	AIGUEBLANCHE	Urbaine	ZV
73	MSP	AIME	Rurale	ZF
73	MSP	AIX LES BAINS	Urbaine	ZV
73	MSP	ALBERTVILLE	Urbaine	NR
73	MSP	BEAUFORT	Rurale	ZF
73	MSP	BOZEL	Rurale	ZF
73	MSP	LA RAVOIRE	Rurale	NR
73	MSP	LES ECHELLES	Rurale	ZF
73	MSP	LES MARCHES	Rurale	ZV
73	MSP	SAINT MICHEL DE MAURIENNE	Rurale	ZV
73	MSP	SAINT PIERRE D'ALBIGNY	Rurale	ZV
73	MSP	UGINE	Rurale	ZV
74	MSP	SAINT JEAN D'AULPS	Rurale	ZF
74	MSP	THORENS GLIERES	Rurale	NR
74	MSP	VILLE LA GRAND	Urbaine	ZV

Sites en réflexion

Dép.	Type	Localisation commune	Zone	Zonage SROS ZF : zone fragile opposable ZV : zone vigilance NR : Non retenue
01	MSP	CEYZERIAT	Urbaine	NR
01	MSP	COLIGNY	Rurale	ZF
01	MSP	CULOZ	Urbaine	ZF
01	MSP	DIVONNE LES BAINS	Rurale	NR
01	MSP	LAGNIEU	Urbaine	ZV
01	MSP	OYONNAX	Rurale	ZF
01	MSP	THOISSEY	Rurale	NR
07	MSP	GUILHERAND GRANGES	Urbaine	NR
07	MSP	SAINT CLAIR	Rurale	ZV
07	MSP	SAINT JULIEN DU SERRE	Rurale	ZV
26	MSP	LA BEGUDE DE MAZENC	Rurale	ZF
26	MSP	PIZANCON	Rurale	ZF
26	MSP	SAINT PAUL TROIS CHATEAUX	Rurale	ZV
38	MSP	BEAUREPAIRE	Rurale	ZF
38	MSP	CHABONS	Rurale	ZV
38	MSP	CREMIEU	Rurale	ZV
38	MSP	DOMARIN	Rurale	NR
38	MSP	FOUR	Rurale	NR
38	MSP	GRENOBLE	Urbaine	ZF (19 quartiers)
38	MSP	ISLE D'ABEAU	Urbaine	NR
38	MSP	MOIRANS	Rurale	NR
38	MSP	MONTALIEU VERCIEU	Rurale	ZV
38	MSP	PONT DE CHERUY	Rurale	ZV
38	MSP	SAINT CLAIR DU RHONE	Rurale	ZV
38	MSP	SAINT JUST DE CLAIX	Rurale	NR
38	MSP	SAINT SAVIN	Rurale	ZV
38	MSP	LE VERSOUD	Rurale	NR
38	MSP	VIENNE (quartier Charlemagne)	Urbaine	NR
42	MSP	BELMONT DE LA LOIRE	Rurale	ZF
42	MSP	BOURG ARGENTAL	Urbaine	ZV
42	MSP	CHARLIEU	Rurale	ZF
42	MSP	MONTROND LES BAINS	Rurale	NR

42	MSP	MONTVERDUN	Rurale	ZV
42	MSP	NEULISE	Rurale	NR
42	MSP	SAINT CHAMOND (quartier Le Creux)	Urbaine	ZV
42	MSP	SAINT MARTIN D'ESTREAU	Rurale	ZF
42	MSP	VILLARS	Rurale	NR
69	MSP	AMPUIS	Rurale	NR
69	MSP	TARARE	Rurale	ZF
69	MSP	VILLEURBANNE	Urbaine	NR
73	MSP	BARBERAZ	Urbaine	NR
73	MSP	BARBY	Urbaine	NR
73	MSP	BOURG SAINT MAURICE	Rurale	NR
73	MSP	BRISON SAINT INNOCENT	Rurale	NR
73	MSP	CHALLES LES EAUX	Rurale	NR
73	MSP	COISE SAINT JEAN PIED GAUTHIER	Rurale	ZV
73	MSP	LA CHAMBRE	Rurale	ZV
73	MSP	GRIGNON	Rurale	NR
73	MSP	MODANE	Urbaine	ZF
73	MSP	MOUTIERS	Urbaine	ZV
73	MSP	SAINT JEAN DE MAURIENNES	Urbaine	ZF
73	MSP	SAINT SORLIN D'ARVES	Rurale	ZV
73	MSP	TIGNES	Rurale	NR
73	MSP	VAL D'ISERE	Rurale	NR
74	MSP	ANNEMASSE	Urbaine	NR
74	MSP	ARACHES LA FRASSE	Rurale	NR
74	MSP	CRUZEILLES	Rurale	ZF
74	MSP	FAVERGES	Rurale	ZV
74	MSP	MAGLAND	Rurale	ZV
74	MSP	MEGEVE	Rurale	NR
74	MSP	PEILLONNEX	Rurale	NR
74	MSP	PERRIGNIER	Rurale	ZV
74	MSP	SAINT GERVAIS LES BAINS	Rurale	NR
74	MSP	SAINT PAUL EN CHABLAIS	Rurale	ZV
74	MSP	SCIEZ	Rurale	NR
74	MSP	SCIONZIER	Rurale	ZF
74	MSP	SEYSSEL	Rurale	ZF

ANNEXE 2 : Liste des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes. Situation arrêtée par l'ARS au 31 décembre 2012.

Sites en fonctionnement

Dép.	Type ¹	Localisation commune	Zone	Zonage SROS ZF : zone fragile opposable ZV : zone vigilance NR : Non retenue	Mise en fonct.	Projet de santé transmi	Nb de pds
01	MSP	BEYNOST	Rurale	NR	2009	Oui	14
01	MSP	CHAZEY SUR AIN	Rurale	NR	2010	Non	7
01	MSP	PONT D'AIN	Rurale	NR	2006	Oui	18
01	MSP	PONT DE VAUX	Rurale	ZV	2011	Non	12
01	MSP	PRIAY	Rurale	NR	2011	Oui	8
01	MSP	SAINT PAUL DE VARAX	Rurale	ZV	2012	Non	6
01	MSP	VILLEREVERSURE	Rurale	NR	2011	Non	6
07	MSP	LA CHAPELLE SOUS AUBENAS	Urbaine	ZV	nc	Non	7
07	MSP	LE CHEYLARD	Rurale	ZF	nc	Non	11
07	MSP	JAUJAC	Rurale	ZF	2012	Non	15
07	MSP	JOYEUSE	Rurale	ZF	2012	Oui	24
07	MSP	SAINT AGREVE	Rurale	ZF	2010	Non	11
07	MSP	SAINT MARCEL D'ARDECHE	Rurale	NR	2009	Non	6
07	MSP	SAINT MARTIN DE VALAMAS	Rurale	ZF	2010	Non	7
26	MSP	ANNEYRON	Rurale	ZV	2012	Oui	16
26	MSP	AOUSTE SUR SYE	Rurale	NR	2010	Oui	7
26	MSP	ETOILE SUR RHONE	Rurale	NR	< 2008	Non	15
26	MSP	MALISSARD	Rurale	NR	nc	Non	4
26	MSP	MONTOISON	Rurale	NR	nc	Non	10
26	MSP	ROMANS SUR ISERE	Urbaine	ZV	2010	Non	6
38	MSP	BOURGOIN	Urbaine	NR	2011	Non	15
38	MSP	BOURG D'OISANS	Urbaine	ZF	nc	Non	3
38	MSP	LA CHAPELLE DE LA TOUR	Rurale	ZV	2012	Non	7
38	MSP	CELLES	Rurale	ZF	nc	Non	10
38	MSP	CORPS	Rurale	ZF	2009	Oui	12
38	MSP	DOMENE	Urbaine	NR	2012	Non	13
38	MSP	IZEAUX	Rurale	NR	2010	Non	11
38	MSP	LA MURETTE	Rurale	NR	2010	Non	6
38	MSP	TREPT	Rurale	ZF	2012	Non	13
38	MSP	VILLEFONTAINE	Urbaine	ZF	2011	Non	16
42	MSP	SURY LE COMTAL	Rurale	ZV	2010	Non	10
69	MSP	ECULLY	Urbaine	NR	2012	Non	5
69	MSP	SAINT MARTIN EN HAUT	Rurale	ZV	2012	Oui	18
69	MSP	VENISSIEUX	Urbaine	NR	2009	Oui	11
69	MSP	VILLEFRANCHE/SAONE	Urbaine	NR	2009	Oui	7
73	MSP	LESCHERAINES	Rurale	ZV	1985	Oui	16
74	MSP	CHAMONIX MONT-BLANC	Rurale	ZV	2012	Oui	18

ANNEXE 3 : Liste des 37 MSP incluses dans l'étude.

- **BEYNOST** (01)
Cabinet Médical et Paramédical, 4 Place des Dombes, 01700 BEYNOST
Tél : 04 72 25 82 25
- **CHAZEY SUR AIN** (01)
Maison médicale, 151 rue du Mail, 01150 CHAZEY SUR AIN
Tel : 04 74 61 92 50
- **PONT D'AIN** (01)
Maison de Santé, 16 rue du 1er septembre 1944, 01160 PONT D'AIN
Tél. : 04 74 39 79 00
- **PONT DE VAUX** (01)
SCM Dr Barriere, Dauvergne, Dumont, Roy, Barrière, Place du Dr Eugene Pillard, 01190 PONT DE VAUX
Tel : 03 85 30 32 05
- **PRIAY** (01)
Cabinet médical, 332 grande rue de la Côtère, 01160 PRIAY
Tel : 04 74 35 66 43
- **SAINT PAUL DE VARAX** (01)
Maison médicale, Rue de la Dombes, 01240 St PAUL DE VARAX
Tel : 04 74 42 51 94
- **VILLEREVERSURE** (01)
Centre médical, 95 place du Monument, 01250 VILLEREVERSURE
Tel : 04 74 30 65 43
- **LA CHAPELLE SOUS AUBENAS** (07)
125 quartier Raspail, 07200 LA CHAPELLE SOUS AUBENAS
Tel : 04 75 93 11 12
- **LE CHEYLARD** (07)
Chemin de la Pra, la palisse, BP 12, 07 160 LE CHEYLARD
Tel : 04 75 29 08 29
- **JAUJAC** (07)
Maison de santé de Jaujac, rue du Tribes, 07380 JAUJAC
Tel : 04 75 93 21 90
- **JOYEUSE** (07)
Maison de santé pluridisciplinaire, 530 route de Lablachère, 07260 JOYEUSE
Tel : 04 75 39 50 06
- **SAINT AGREVE** (07)
Maison de santé, chemin des Grisards, 07320 SAINT AGREVE
Tel : 04 75 30 15 44
- **SAINT MARCEL D'ARDECHE** (07)
Avenue de Provence, 07 700 ST MARCEL d'ARDECHE
Tel : 04 75 04 68 54
- **SAINT MARTIN DE VALAMAS** (07)
Parking de l'Eglise, 07 310 ST MARTIN de VALAMAS
Tel : 06 48 70 13 54
- **LABEGUDE** (07)
Quartier verrerie, 4 rue du 11 novembre 1918, 07200 LABEGUDE
Tel : 04 75 37 54 09

- **ANNEYRON** (26)
APS MSPA (association des professionnels de santé, Maison de santé pluridisciplinaire d'Anneyron), 2 Rue du levant, quartier la plaine, 26140 ANNEYRON,
Tel : 04 75 31 58 32
- **AOUSTE SUR SYE** (26)
Aouste Santé, Via Augusta , 26400 AOUSTE SUR SYE
Tél : 04 75 25 09 27
- **ETOILE SUR RHONE** (26)
Maison médicale, rue du 11 novembre 1918, 26800 ETOILE SUR RHONE
Tel : 04 75 60 67 87
- **MALISSARD** (26)
10 avenue de Provence, 26 120 MALISSARD
Tel : 04 75 85 21 33
- **MONTOISON** (26)
6 place de la Poste, 26800 MONTOISON
Tel : 04 75 84 42 91
- **ROMANS SUR ISERE** (quartier la Monnaie) (26)
Pôle santé du maquis, 26 avenue du maquis, 26 100 ROMANS SUR ISERE
Tel : 04 75 70 20 76
- **BOURG D'OISANS** (38)
Rue Jean Baptiste Gauthier, 38 520 BOURG D'OISANS,
Tel : 04 76 11 06 71
- **LA CHAPELLE DE LA TOUR** (38)
155 Boulevard de la mairie, 38 110 LA CHAPELLE DE LA TOUR
Tel : 04 74 97 80 25
- **CLELLES** (38)
Place de l'église, 38 930 CLELLES EN TRIEVES
Tel : 04 76 34 18 32
- **CORPS** (38)
Chemin Saint Roch, 38970 CORPS
Tél. : 04 76 30 87 16
- **IZEAUX** (38)
255 rue Paul Bert, 38 140 IZEAUX
Tel : 04 76 35 90 80
- **LA MURETTE** (38)
125 rue du Bouchat, 38 140 LA MURETTE
Tel : 04 76 05 48 25
- **TREPT** (38)
14 place Sébastien Boyrivent, 38 460 TREPT
Tel : 04 74 96 15 57
- **VILLEFONTAINE** (quartier les Roches)(38)
Maison de santé pluridisciplinaire Dauphiné, 67 rue du midi, 38090 VILLEFONTAINE
Tel : 04 74 96 50 50
- **SURY LE COMTAL** (42)
Centre médical du champ de mars, 1 rue du 11 novembre, 42450 SURY LE COMTAL
Tel : 04 77 30 01 54
- **ECULLY** (69)
Maison de santé des sources, 33 avenue des sources, 69130 ECULLY
Tel : 04 78 64 97 44

- **SAINTE MARTIN EN HAUT** (69)

1 rue du sacré cœur, 69 850 SAINTE MARTIN EN HAUT

Tel : 04 78 19 14 72

- **VENISSIEUX** (quartier les minguettes) (69)

Cabinet Médical Pluridisciplinaire Anne Ingrid 12 Bis Avenue d'Oschatz, 69200 VENISSIEUX

Tél : 04 72 51 28 74

- **VILLEFRANCHE SUR SAONE** (quartier Belleruche) (69)

Cabinet Médical et Paramédical de Belleruche, 506 Rue de Belleruche, 69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE

Tél : 04 74 62 36 72

- **LESCHERAINES** (73)

Maison Médicale des Bauges, 73340 LESCHERAINES

Tél : 04 79 63 30 28

- **SAINTE GENIS SUR GUIERS** (73)

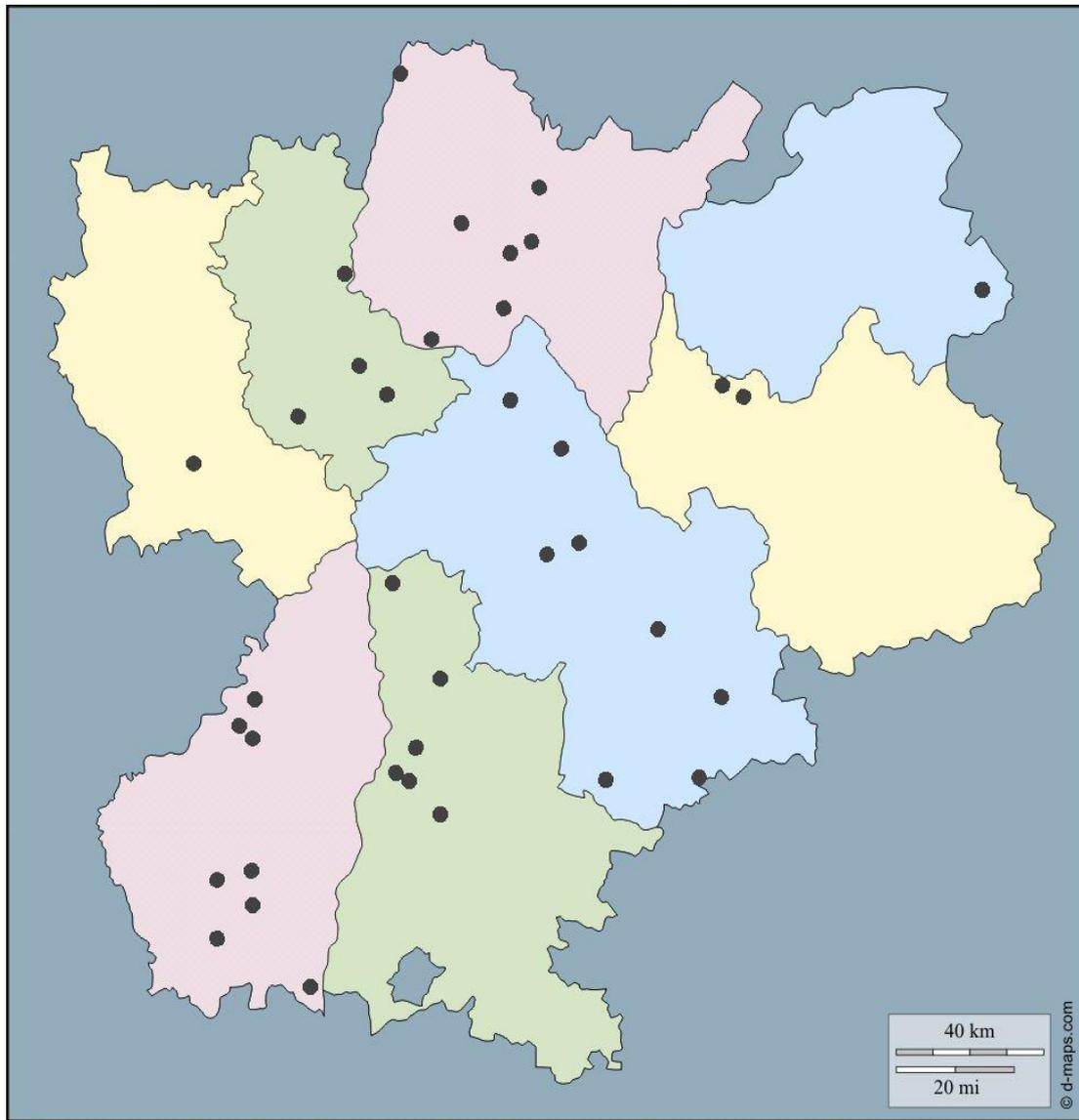
Maison de santé du Guiers, 77 rue du Collège, 73340 SAINTE GENIS SUR GUIERS

Tel : 04 76 31 61 17

- **CHAMONIX MONT-BLANC** (74)

Maison de santé de Chamonix, 509 route des Pèlerins, 74 400 CHAMONIX MONT BLANC, 04 50 55 80 55

ANNEXE 4 : Répartition géographique des MSP incluses dans l'étude.



ANNEXE 5 : Questionnaire de l'étude.

Organisation professionnelle et projets de soins en médecine générale. **Etat des lieux des maisons de santé pluri professionnelles en Rhône Alpes**

- 1- Le projet de santé de la MSP a-t-il été signé et déposé auprès de l'ARS ?
 Oui.
 Non.

1^{ère} partie : ORGANISATION PROFESSIONNELLE.

- 2- Combien de professionnels (médicaux, paramédicaux, médicaux-sociaux et administratifs) exercent au sein de la MSP ?

- 3- Combien de médecins généralistes exercent au sein de la MSP ? _____
- 4- Quelles sont les autres professionnels représentés au sein de la MSP ? (Veuillez indiquer leur nombre entre parenthèses)
 Spécialité médicale autre que médecine générale (_____)
 Spécialité chirurgicale (_____)
 Secrétaire (_____)
 Infirmière (_____)
 Masseur-kinésithérapeute (_____)
 Ostéopathe (_____)
 Chirurgien-dentiste (_____)
 Orthophoniste (_____)
 Pharmacien (_____)
 Pédiacre-podologue (_____)
 Diététicien-nutritionniste (_____)
 Assistante sociale (_____)
 Sage-femme (_____)
 Orthoptiste (_____)
 Psychologue (_____)
 Biologiste d'analyses médicales (_____)
 Autre, précisez : _____
- 5- La MSP possède-t-elle un secrétariat ?
 Oui, pour tous les professionnels de la MSP.
 Oui, pour certains professionnels de la MSP.
 Non.
- 6- Les médecins généralistes possèdent-ils un secrétariat ?
 Oui, pour tous les médecins généralistes.
 Oui, pour certains médecins généralistes.
 Non.
- 7- Si oui, de quel type de secrétariat s'agit-il pour les médecins généralistes ?
 Secrétariat physique.
 Secrétariat téléphonique.
 Secrétariat physique et téléphonique.
- 8- Si oui, de quel type de secrétariat s'agit-il pour les médecins généralistes ?
 Secrétariat à temps plein.
 Secrétariat à temps partiel.
- 9- La MSP est-elle un terrain d'accueil et de formation de stagiaires ?
 Oui.
 Non.

10- Si oui, combien de stagiaires sont accueillis en moyenne par an et par discipline ?

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| - Interne médecine générale : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Externe médecine : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Interne pharmacie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Externe pharmacie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Interne dentiste : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Secrétariat : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Masseur-kinésithérapie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Ostéopathie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Pédicure-podologie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Soins infirmiers : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Diététique-nutrition : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Sage-femme : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Assistante sociale : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Orthophonie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Orthoptie : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Psychologue : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Biologiste d'analyses médicales : | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |
| - Autres : précisez _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 et plus |

11- Existe-t-il des permanences ou consultations avancées au sein de la MSP ? (plages horaires prévues pour accueillir les consultations de professionnels médicaux ou paramédicaux extérieurs à la MSP).

- Oui.
- Non.

12- Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?

- Plus d'une demi-journée par semaine.
- Une demi-journée par semaine.
- Entre une et deux demi-journées par mois.
- Moins d'une demi-journée par mois.
- Autre : précisez : _____

13- Existe-t-il une personne référente de la MSP, déclarée à l'ARS ?

- Oui.
- Non.

14- Si oui, quelle profession exerce-t-elle ?

- Médecin généraliste.
- Autre, précisez : _____

15- Existe-t-il un système de gestion pour l'organisation et la coordination des professionnels au sein de la MSP ?

- Oui.
- Non.

16- Si oui, qui en est le responsable ?

- Personne référente de la MSP (déclarée à l'ARS).
- Personne exerçant au sein de la MSP, autre que la personne référente.
- Société privée de management.
- Autre, précisez : _____

17- Existe-t-il des séances d'information ou de formation, en vue d'améliorer l'organisation et la coordination des professionnels au sein de la MSP ?

- Oui.
- Non.

18- Les échanges entre professionnels de la MSP sur la gestion de la structure se font principalement par ?

- Voie orale.
- Voie téléphonique.
- Voie postale.
- Voie électronique.
- Autre : précisez _____

- 19- Les échanges entre professionnels de la MSP sur la prise en charge d'un patient en commun se font principalement par ?
- Voie orale.
 - Voie téléphonique.
 - Voie postale.
 - Voie électronique.
 - Autre : précisez _____
- 20- Possédez-vous un outil informatique commun au sein de la MSP, permettant un accès au dossier médical informatisé des patients ?
- Oui, pour tous les professionnels de la MSP.
 - Oui, pour certains professionnels de la MSP.
 - Non.
- 21- Si oui, quels sont les professionnels au sein de la MSP, ayant accès au dossier médical informatisé des patients ?
- Médecins généralistes.
 - Spécialité médicale autre que médecine générale.
 - Spécialité chirurgicale.
 - Secrétaire.
 - Infirmière.
 - Masseur-kinésithérapeute.
 - Ostéopathe.
 - Chirurgien-dentiste.
 - Orthophoniste.
 - Pharmacien.
 - Pédiacre-podologue.
 - Diététicien-nutritionniste.
 - Assistante sociale.
 - Sage-femme.
 - Orthoptiste.
 - Psychologue.
 - Biologiste d'analyses médicales.
 - Autre, précisez : _____
- 22- Possédez-vous une salle de réunion au sein de la MSP ?
- Oui.
 - Non.
- 23- Organisez-vous des réunions de concertation pluridisciplinaire relatives à la prise en charge des patients ?
- Oui.
 - Non.
- 24- Si oui, combien de réunion sont organisées en moyenne ?
- Une réunion tous les ans
 - Une réunion tous les semestres
 - Une réunion tous les trimestres
 - Une réunion tous les mois
 - Une réunion toutes les semaines.
 - Autres : précisez : _____
- 25- Organisez-vous des réunions de concertation pluridisciplinaire relatives au fonctionnement et la gestion de la structure ?
- Oui.
 - Non.
- 26- Si oui, combien de réunion sont organisées en moyenne ?
- Une réunion tous les ans
 - Une réunion tous les semestres
 - Une réunion tous les trimestres
 - Une réunion tous les mois
 - Une réunion toutes les semaines.
 - Autres : précisez : _____

27- Quels professionnels participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire et à quelle fréquence en moyenne ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Autre spé. médicale : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Spé. Chirurgicale : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Secrétaire : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> IDE : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Masseur-kiné : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathe : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Pédiacre-podologue : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Diététicien-nutrition : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Orthoptiste : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Psychologue : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Biologiste : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais |

28- Existe-t-il un compte rendu écrit des réunions de concertation pluridisciplinaire, distribué à chaque professionnel de la MSP ?

- Oui.
 Non.

29- Existe-t-il des consultations conjointes programmées entre les professionnels de la MSP (médecin-IDE, médecin-pharmacien, médecin-médecin, ...) ?

- Oui.
 Non.

30- Si oui, lesquelles ?

- médecin-IDE.
 médecin-pharmacien.
 médecin-médecin.
 pharmacien-IDE.
 médecin-kinésithérapeute.
 Autres : précisez _____

31- Existe-t-il un répertoire écrit avec les coordonnées des différents professionnels de santé locaux extérieurs à la MSP ?

- Oui.
 Non.

32- Existe-t-il un partenariat avec contrat écrit avec l'hôpital ?

- Oui.
 Non.

33- Si oui, de quel type de partenariat s'agit-il ?

- Immobilier (partage de locaux).
 Avis téléphonique.
 Télémédecine.
 Consultations avancées.
 Permanence des soins.
 Formation interdisciplinaire.
 Autre, précisez : _____

2^{ème} partie : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN MEDECINE GENERALE.

34- Existe-t-il un support expliquant le fonctionnement de la MSP aux usagers (livret d'accueil, affiches,...) ?

- Oui.
 Non.

35- La MSP est-elle localisée en zone de soins déficitaire? (définie par les articles L.162-14-1 et L.162-47 du code de la sécurité sociale et la circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM/2005/63 du 14 janvier 2005)

- Oui.
 Non.

- 36- La MSP est-elle adaptée pour accueillir les personnes à mobilité réduite ? (places de parking, ascenseurs, déplacements, sanitaires,...)
- Oui, totalement.
 - Oui, partiellement.
 - Non.
- 37- La continuité des soins médicaux est assurée :
- Le matin : De ___ h à ___ h
 - L'après-midi : De ___ h à ___ h
- 38- La continuité des soins médicaux est assurée :
- Du lundi matin au vendredi après-midi inclus.
 - Du lundi matin au samedi matin inclus.
 - Du lundi matin au samedi après-midi inclus.
 - Du lundi matin au dimanche matin inclus.
 - Du lundi au dimanche après-midi inclus.
 - Autre : précisez _____
- 39- Existe-t-il des plages horaires laissées libres en prévision de consultations médicales non programmées ? (plages d'urgences)
- Oui.
 - Non.
- 40- Les médecins généralistes de la MSP participent-ils à la permanence de soins ?
- Oui, tous les médecins généralistes.
 - Oui, certains médecins généralistes.
 - Non.
- 41- Les médecins généralistes de la MSP appliquent-ils une dispense d'avance des frais totale ou partielle ?
- Oui, fréquemment.
 - Oui, occasionnellement.
 - Non.
- 42- Les médecins généralistes de la MSP participent-ils à des programmes de formations médicales ? (séminaires, groupe de pairs, développement professionnel continu, téléformation, groupe d'analyses des pratiques, ...)
- Oui, tous les médecins généralistes.
 - Oui, certains médecins généralistes.
 - Non.
- 43- Existe-t-il des protocoles pluri-professionnels de suivi et de prise en charge thérapeutique au sein de la MSP ?
- Oui.
 - Non.
- 44- Si oui, lesquels ?
- HTA.
 - Diabète.
 - Plaie chronique.
 - Patients sous anticoagulants.
 - Lombalgie.
 - Bronchiolite.
 - Soins palliatifs.
 - Autres, précisez : _____
- 45- Existe-t-il des séances d'éducation thérapeutique collective ou individuelle au sein de la MSP ? (diabète, asthme, obésité, FRCV, traitement par anticoagulant, ...)
- Oui.
 - Non.
- 46- Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?
- Une fois par an.
 - Une fois tous les semestres.
 - Une fois tous les trimestres.
 - Une fois par mois.
 - Une fois par semaine
 - Autre : précisez : _____

47- Existe-t-il des programmes de prévention et de dépistage mis en place au sein de la MSP ?

- Oui.
- Non.

48- Si oui, lesquels ?

- Programme de vaccination.
- Dépistage des cancers : sein, colorectal, ...
- Consultation de planning familial et éducation sexuelle.
- Suivi pédiatrique.
- Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
- Enquête épidémiologique.
- Veille sanitaire.
- Addictologie : tabac, alcool, drogues, ...
- autres, précisez : _____

49- La Maison de santé pluridisciplinaire fait-elle partie d'un réseau de santé (diabète, AVC, soins palliatifs, ...)

- Oui.
- Non.

50- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire ?

Points positifs : _____

Points négatifs : _____

ANNEXE 6 : Lettre explicative accompagnant le questionnaire.

Cher confrère, chère consœur,

D'après les informations de l'Agence Régionale de Santé (ARS), vous exercez au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

J'effectue actuellement un travail de recherche sur les MSP de la région Rhône-Alpes. Cette étude se déroule dans le cadre de la soutenance de ma thèse de médecine générale à la faculté de Grenoble, dirigée par le Dr O. Marchand.

Ma question de recherche est la suivante :

Quelle sont les caractéristiques, en termes d'organisation professionnelle et de prise en charge des patients, des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes ?

Ce travail a pour but de réaliser un état des lieux des MSP de la région, de façon à étudier les différents modèles organisationnels.

Je souhaiterais ainsi recueillir des informations quant à la pratique de votre structure de soins. Je vous fais parvenir, ci-joint, un questionnaire divisé en 2 parties :

- organisation professionnelle.
- organisation relative à la prise en charge des patients.

Le questionnaire a été pré-testé au sein d'une structure similaire à la vôtre. La durée de réponse a été estimée à environ 10 minutes. Les réponses seront anonymes lors du traitement des données. Vous serez bien entendu tenu informé des résultats obtenus à l'issue de cette étude.

Je vous laisse donc prendre connaissance du questionnaire. Je vous recontacterai dans un délai de 15 jours pour choisir du mode de recueil des résultats :

- Par voie postale à l'aide de l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.
- Ou par voie téléphonique au cours d'un rendez-vous téléphonique que nous fixerons selon vos disponibilités.

En attendant, pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me joindre au ...

En vous remerciant par avance de l'intérêt et du temps que vous porterez à cette étude.

Confraternellement.

ANNEXE 7 : Construction des scores relatifs à notre étude.

• **SCORE 1 : Pluri-professionnalité.**

Composition pluri professionnelle (≥ 2 MG, ≥ 1 IDE, ≥ 1 professionnel de rééducation)	Oui, totalement	2
	Oui, partiellement	1
	Non	0
Secrétariat	Oui, pour tous les pds	2
	Oui, pour certains pds	1
	Non	0
Stagiaire	Oui, dans plusieurs disciplines	2
	Oui, pour 1 discipline	1
	Non	0
Consultation avancée	Oui, $\geq \frac{1}{2}$ journée par semaine	2
	Oui, $< \frac{1}{2}$ journée par semaine	1
	Non	0
SCORE 1 MAXIMAL		8
SCORE 1 CONSIDERE COMME DEVELOPPE		≥ 4

• **SCORE 2 : Coopération professionnelle au sein de la MSP.**

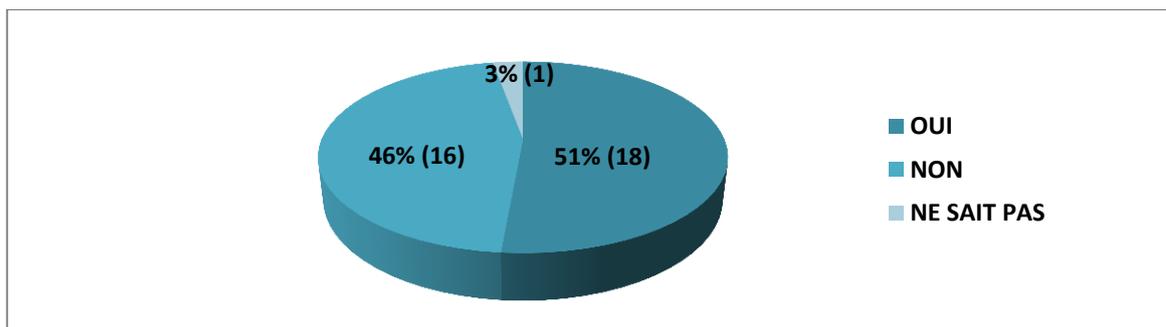
Système de gestion de la coordination	Oui	2
	Non	0
Salle de réunion	Oui	2
	Non	0
Outil informatique commun	Oui, pour tous les pds	2
	Oui, pour certains pds	1
	Non	0
RCP gestion de la structure	Oui, avec une fréquence ≥ 3 mois	2
	Oui, avec une fréquence < 3 mois	1
	Non	0
RCP prise en charge des patients	Oui, avec une fréquence ≥ 3 mois	2
	Oui, avec une fréquence < 3 mois	1
	Non	0
Consultations conjointes	Oui	2
	Non	0
Protocole pluri-professionnel	Oui	2
	Non	0
SCORE 2 MAXIMAL		14
SCORE 2 CONSIDERE COMME DEVELOPPE		≥ 9

- **SCORE 3 : Organisation de la prise en charge des patients en médecine générale au sein de la MSP.**

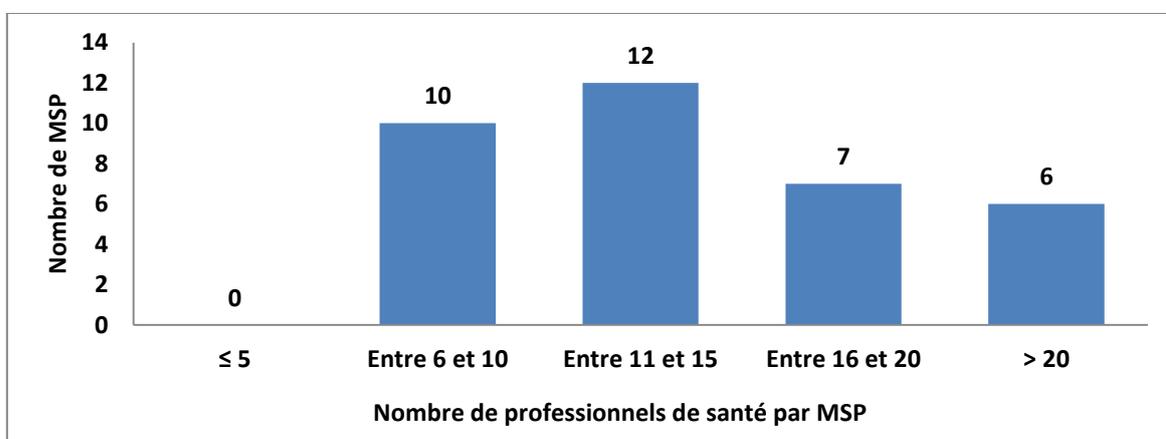
Information des patients	Oui	2
	Non	0
Accès des personnes à mobilité réduite	Oui, totalement	2
	Oui, partiellement	1
	Non	0
Plages d'urgences	Oui	2
	Non	0
Pratique du tiers-payant	Oui, fréquemment	2
	Oui, occasionnellement	1
	Non	0
Participation à la permanence des soins	Oui, tous les MG	2
	Oui, certains MG	1
	Non	0
Formation des médecins généralistes	Oui, tous les MG	2
	Oui, certains MG	1
	Non	0
Education thérapeutique	Oui avec une fréquence ≥ 3 mois	2
	Oui, avec une fréquence < 3 mois	1
	Non	0
Programmes de prévention et de dépistage	Oui, plusieurs programmes	2
	Oui, 1 programme	1
	Non	0
SCORE 3 MAXIMAL		16
SCORE 3 CONSIDERE COMME DEVELOPPE		≥ 11

ANNEXE 8 : Graphiques des résultats quantitatifs.

- Question 1 : le projet de santé a-t-il été signé et déposé à l'ARS ?

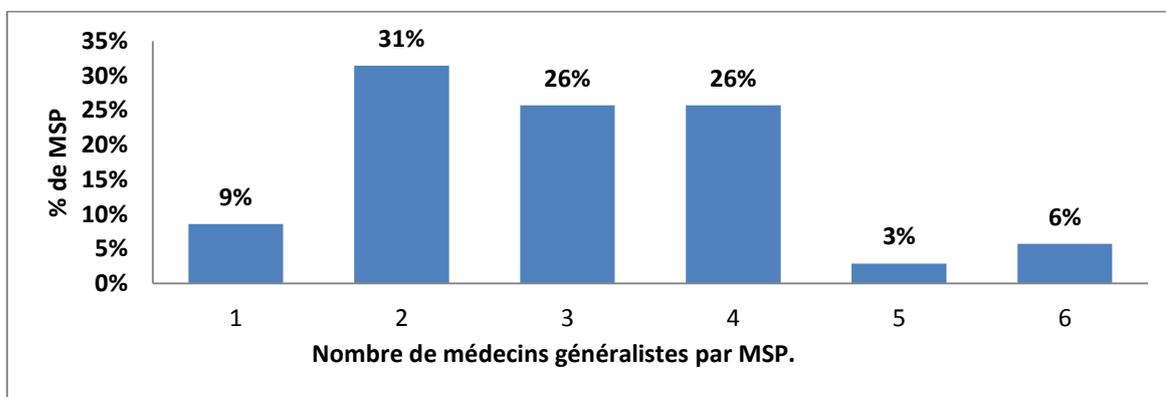


- Question 2 : Combien de professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, médicosociaux et administratifs) exercent au sein de la MSP ?

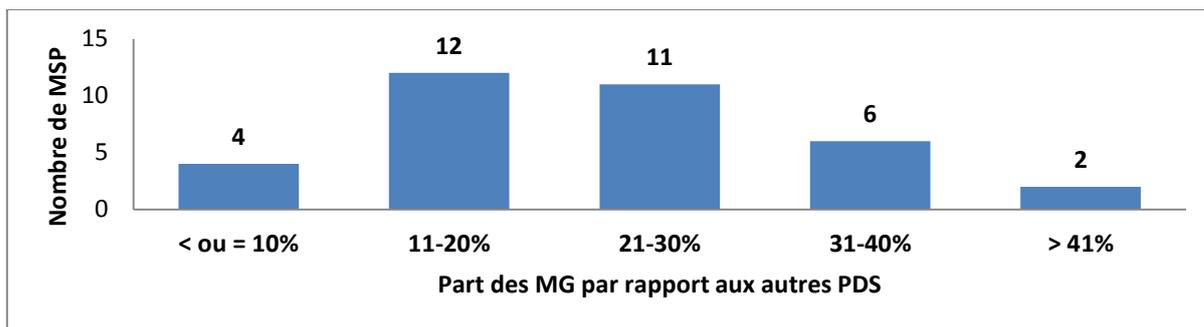


- Question 3 : Combien de médecins généralistes exercent au sein de la MSP ?

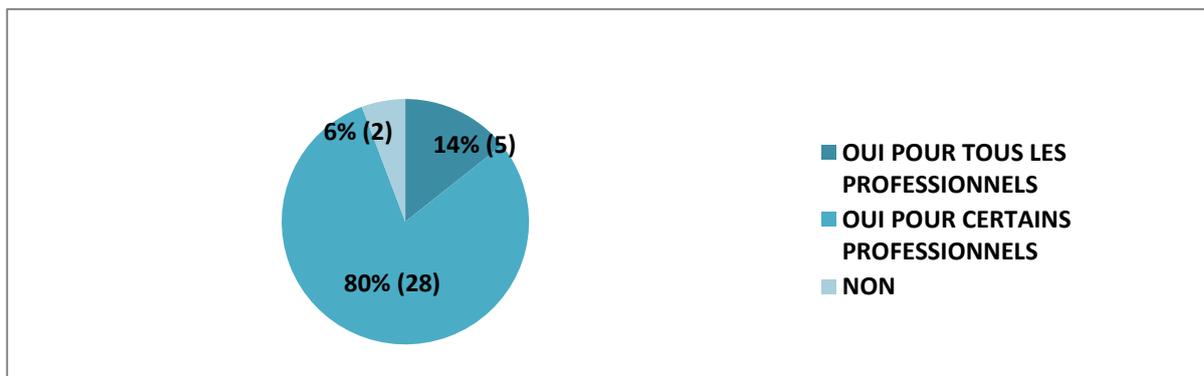
- 1 médecin généraliste : 3 MSP
- 2 médecins généralistes : 11 MSP
- 3 médecins généralistes en exercice : 9 MSP
- 4 médecins généralistes en exercice : 9 MSP
- 5 médecins généralistes en exercice : 1 MSP
- 6 médecins généralistes en exercice : 2 MSP



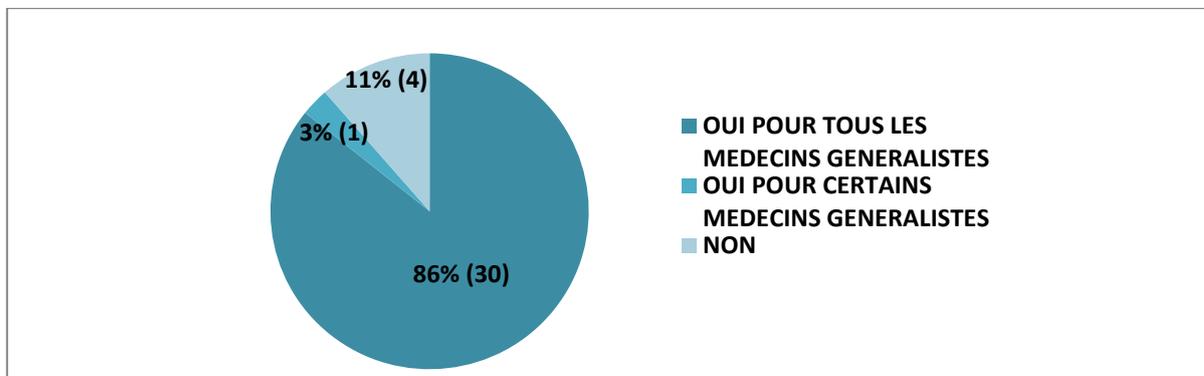
Proportion des médecins généralistes par rapport aux autres professionnels de santé :



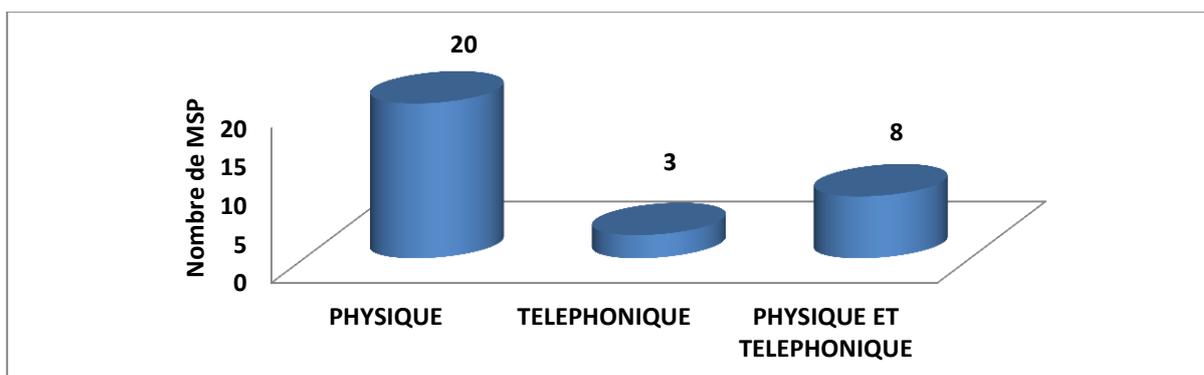
- **Question 5 : la MSP possède-t-elle un secrétariat ?**

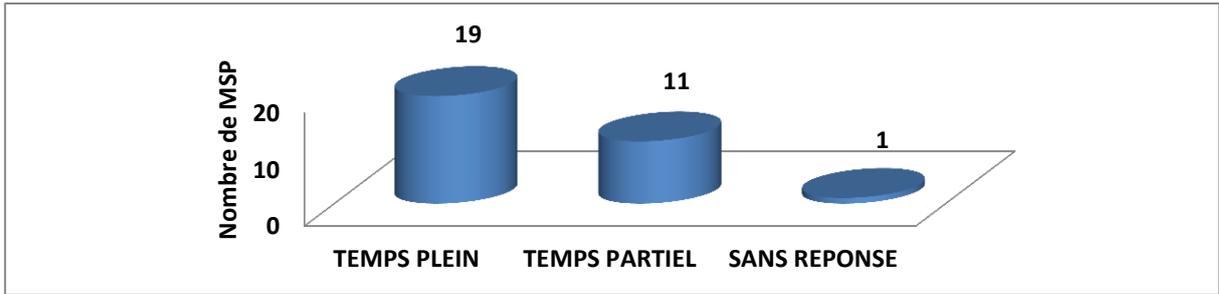


- **Question 6 : les médecins généralistes possèdent-ils un secrétariat ?**

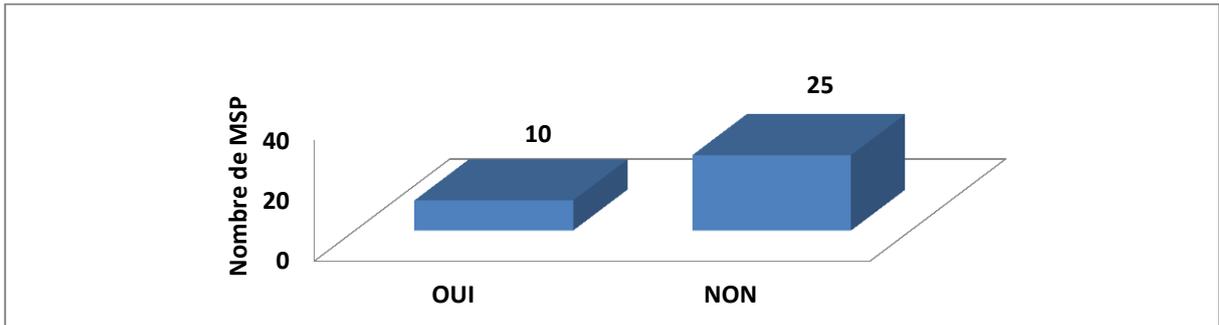


- **Question 7 et 8 : De quel type de secrétariat s'agit-il pour les médecins généralistes ?**

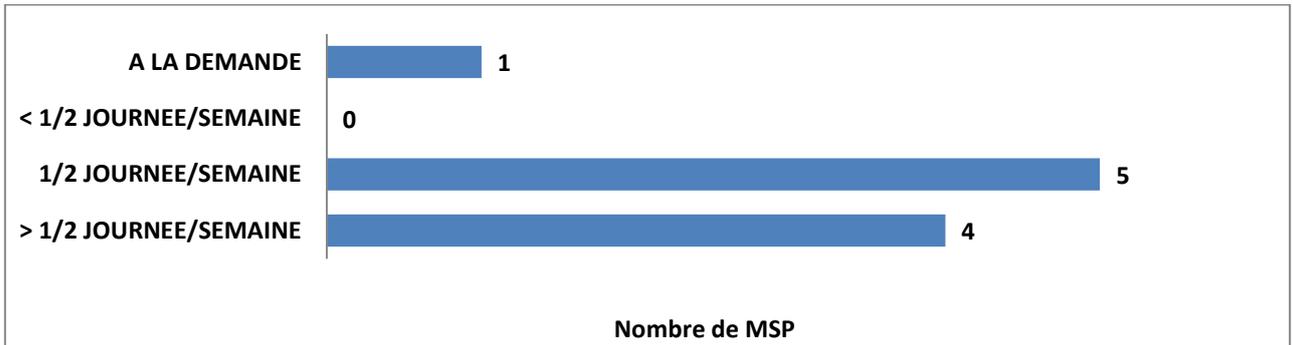




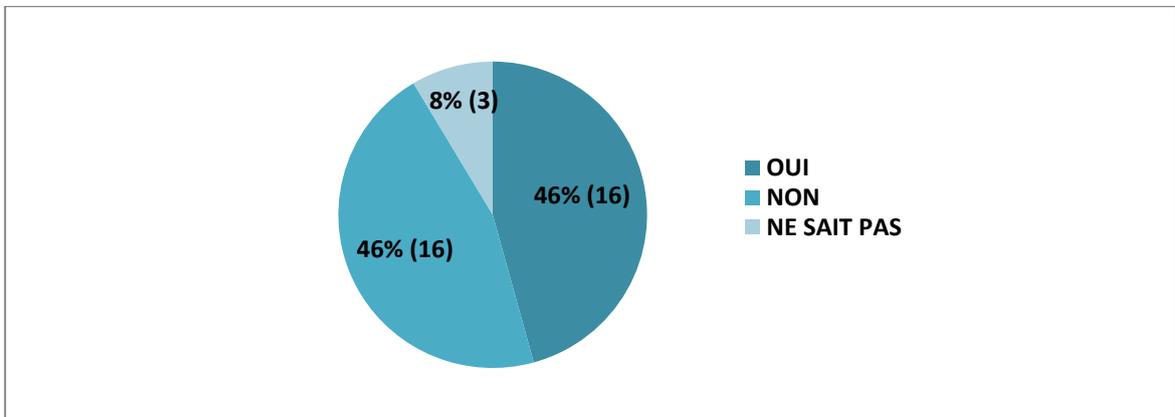
- **Question 11 : Existe-t-il des permanences ou consultations avancées au sein de la MSP ?**



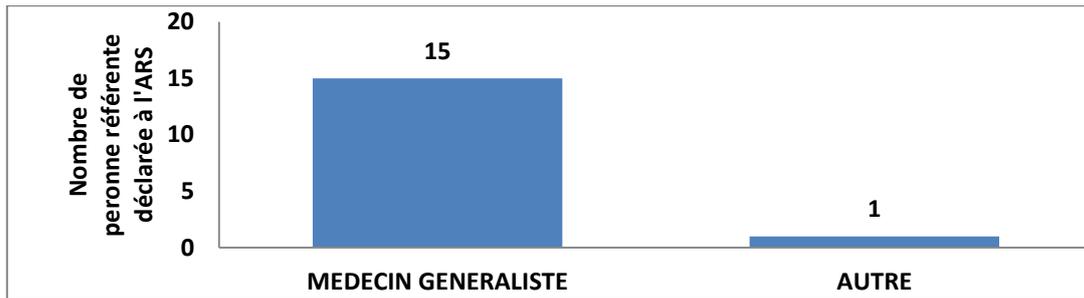
- **Question 12 : A quelle fréquence en moyenne sont organisées les consultations avancées ?**



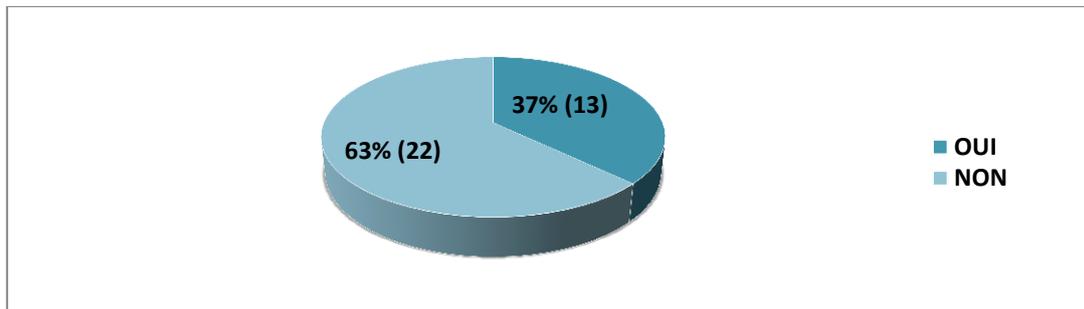
- **Question 13 : Existe-t-il une personne référente de la MSP déclarée à l'ARS ?**



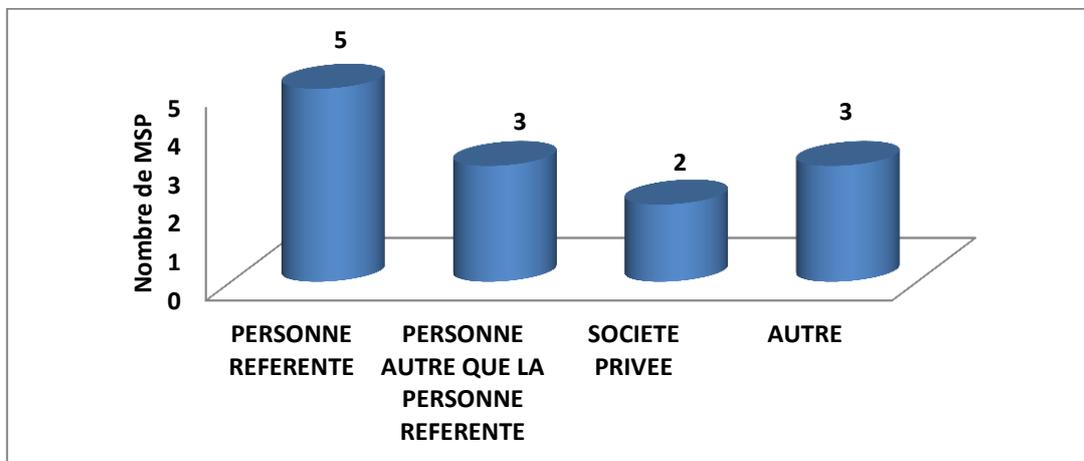
- **Question 14 : Quelle est la profession de la personne référente ?**



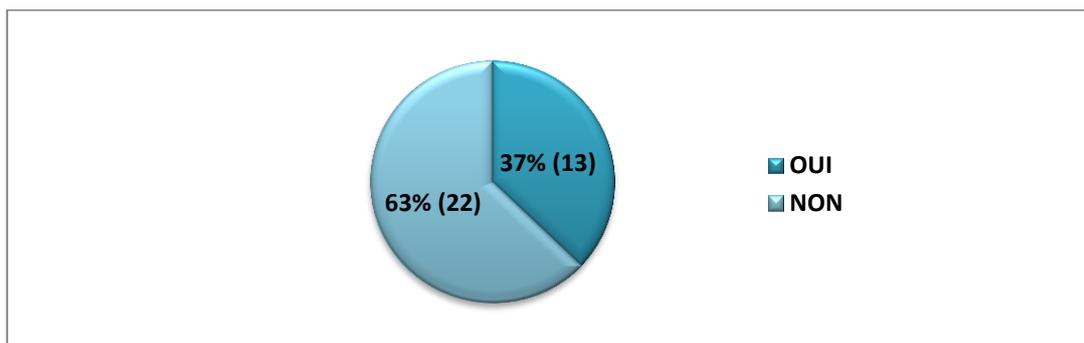
- **Question 15 : Existe-t-il un système de gestion pour l'organisation et la coordination des professionnels au sein de la MSP ?**



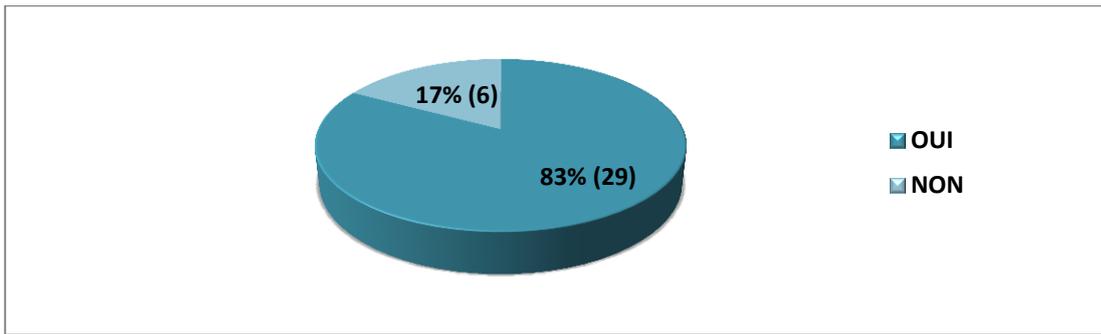
- **Question 16 : Si oui, qui est le responsable du système de gestion pour l'organisation et la coordination des professionnels ?**



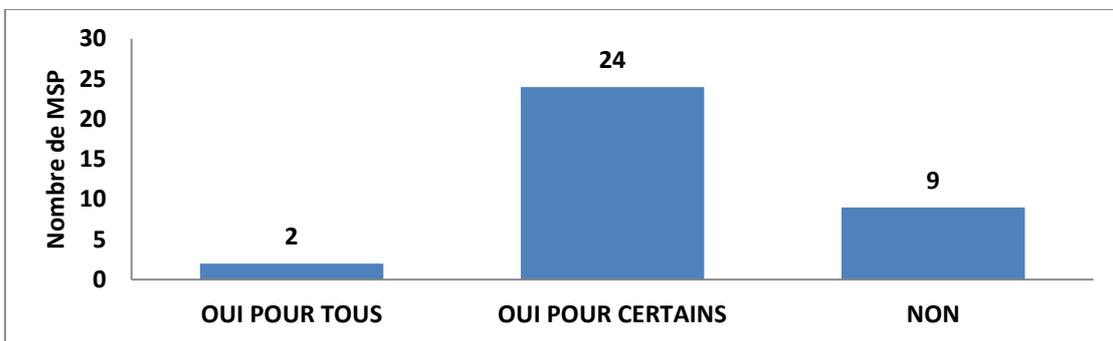
- **Question 17 : Existe-t-il des séances d'information et formation pour améliorer l'organisation et la coordination des professionnels de santé ?**



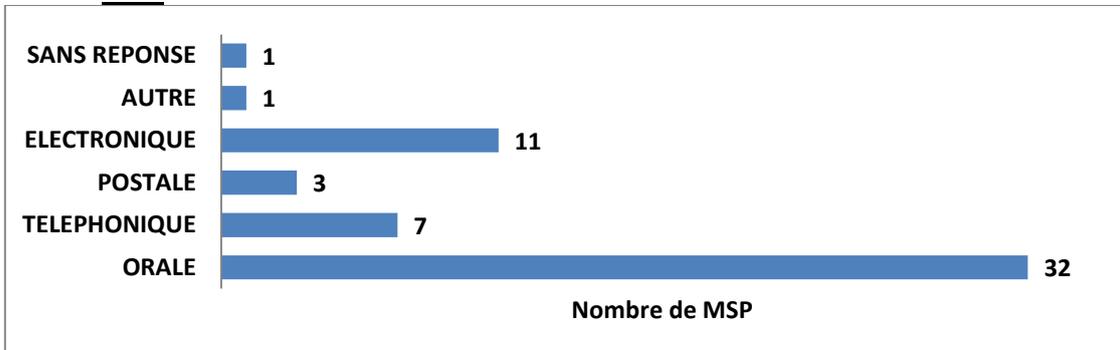
- **Question 22 : Possédez-vous une salle de réunion au sein de la MSP ?**



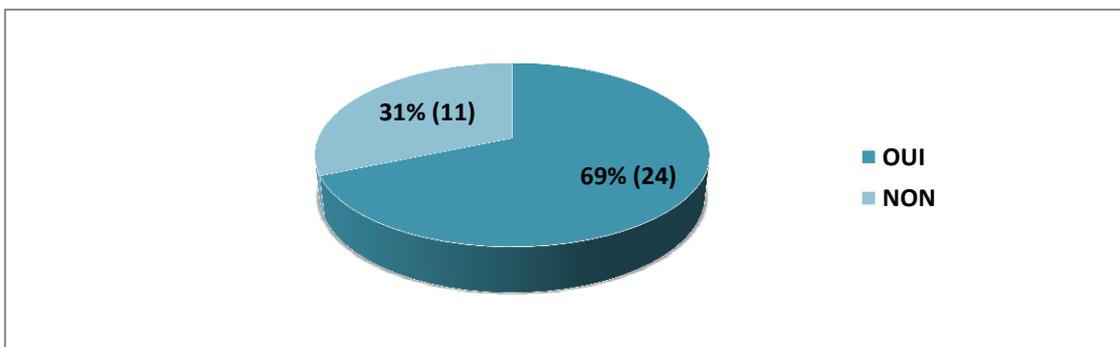
- **Question 20 : Possédez-vous un outil informatique commun au sein de la MSP, permettant un accès au dossier médical informatisé des patients ?**



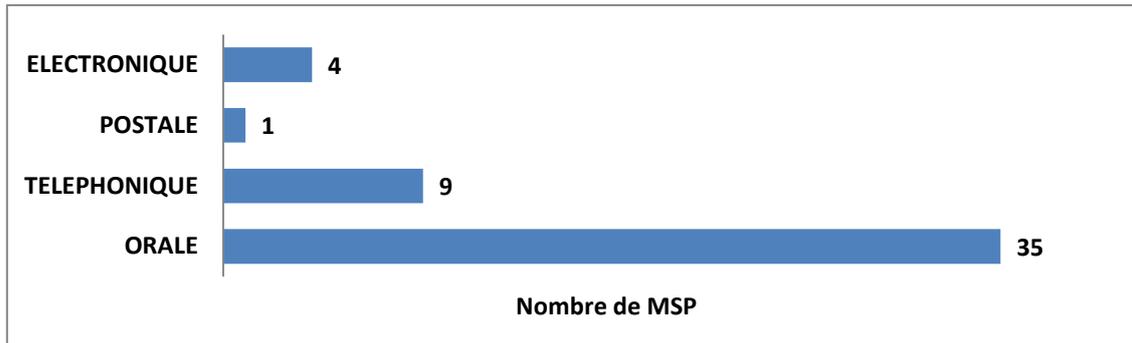
- **Question 18 : Les échanges entre professionnels de la MSP sur la gestion de la structure se font :**



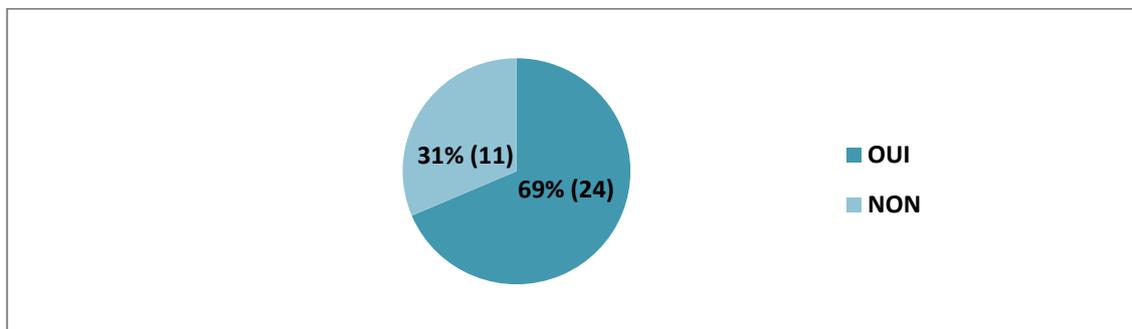
- **Question 25 : Organisez-vous des réunions de concertation pluri disciplinaires sur la gestion de la MSP ?**



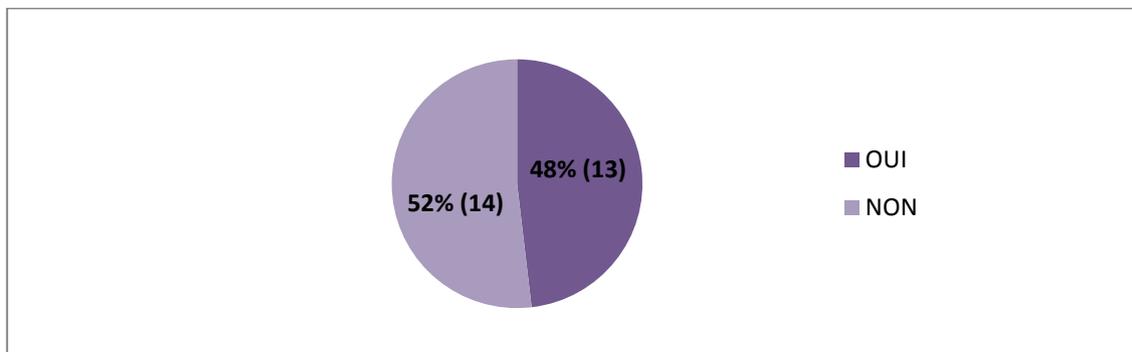
- **Question 19 : Les échanges entre professionnels sur la prise en charge d'un patient en commun se font par : (plusieurs réponses possible)**



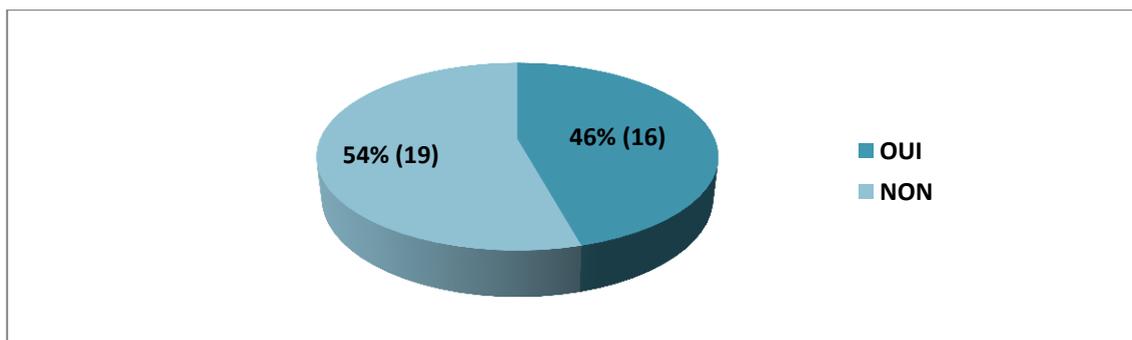
- **Question 23 : Organisez-vous des réunions de concertation pluridisciplinaire sur la prise en charge d'un patient en commun ?**



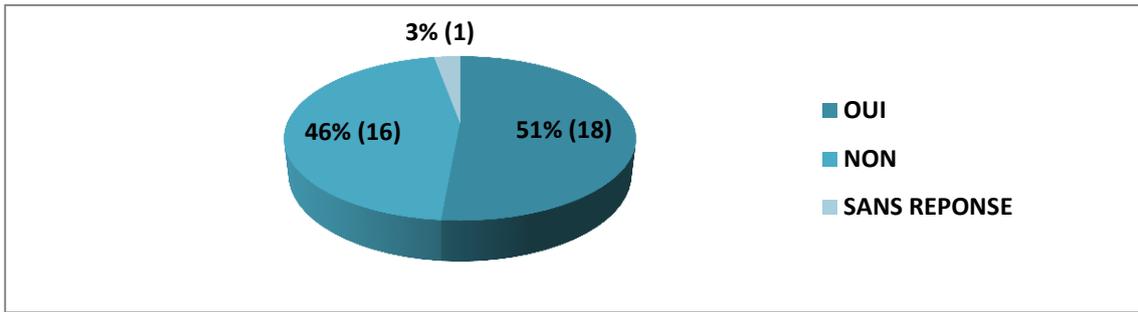
- **Question 28 : Existe-t-il un compte rendu écrit des RCP distribué à chaque professionnels de la MSP ?**



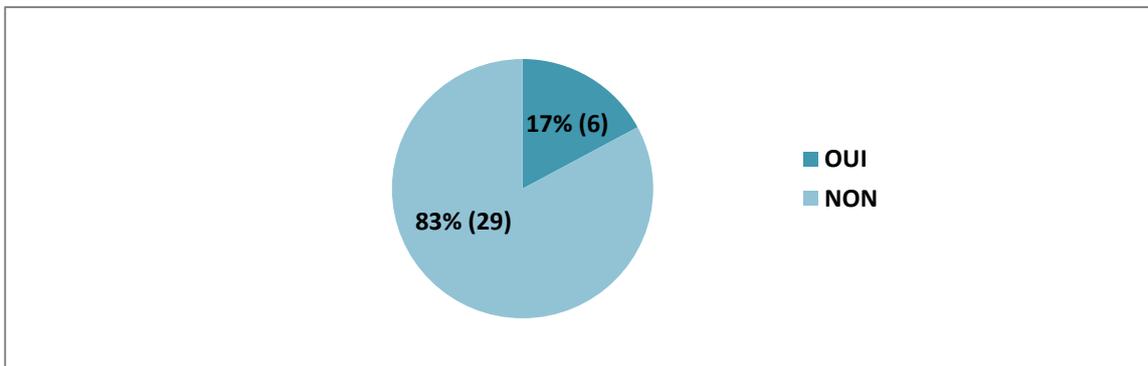
- **Question 29 : Existent-il des consultations conjointes programmées entre les professionnels de la MSP ?**



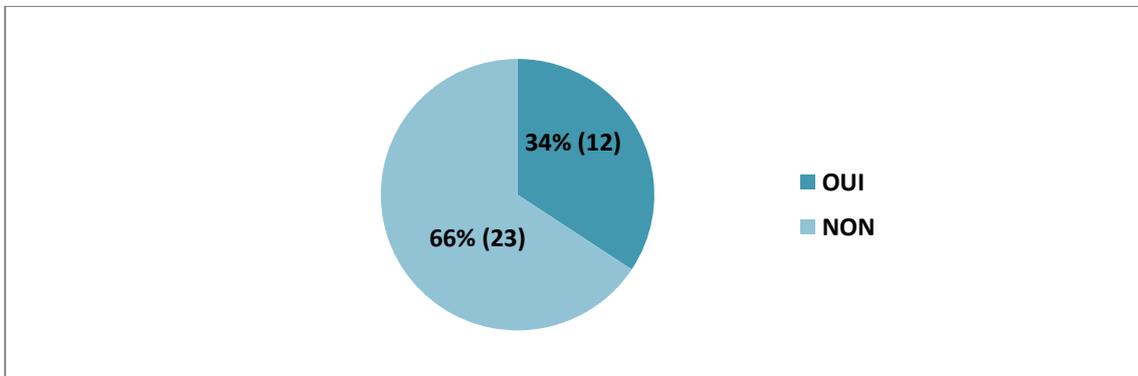
- **Question 31 : Existe-t-il un répertoire écrit avec les coordonnées des professionnels de santé extérieurs à la MSP ?**



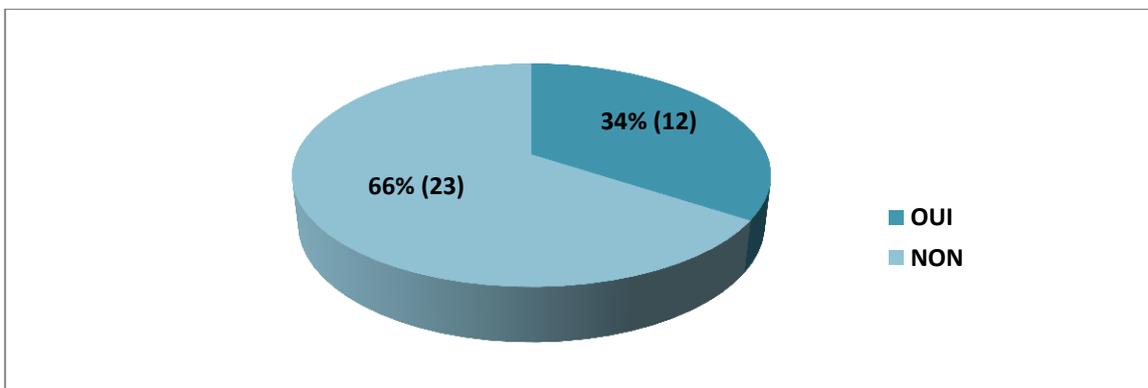
- **Question 32 : Existe-t-il un partenariat avec contrat écrit avec l'hôpital ?**



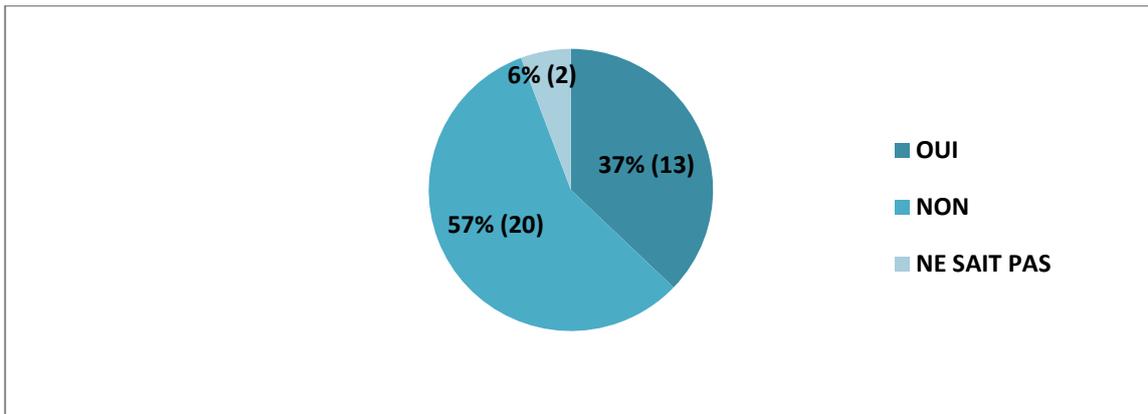
- **Question 39 : La MSP fait-elle partie d'un réseau de santé ?**



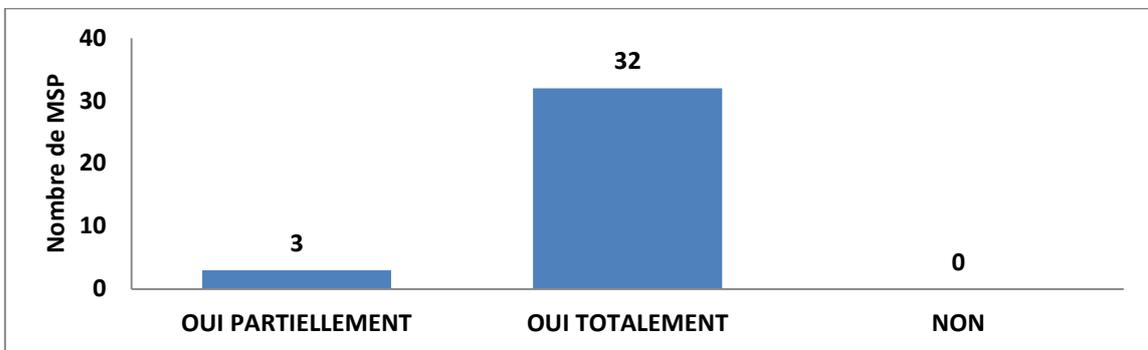
- **Question 34 : Existe-t-il un support expliquant le fonctionnement de la MSP aux usagers ?**



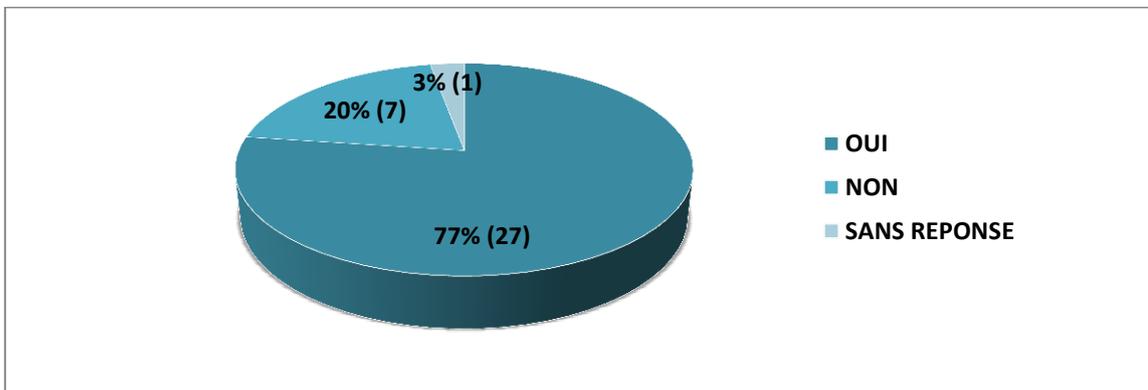
- **Question 35 : La MSP est-elle localisée en zone de soins déficitaire ?**



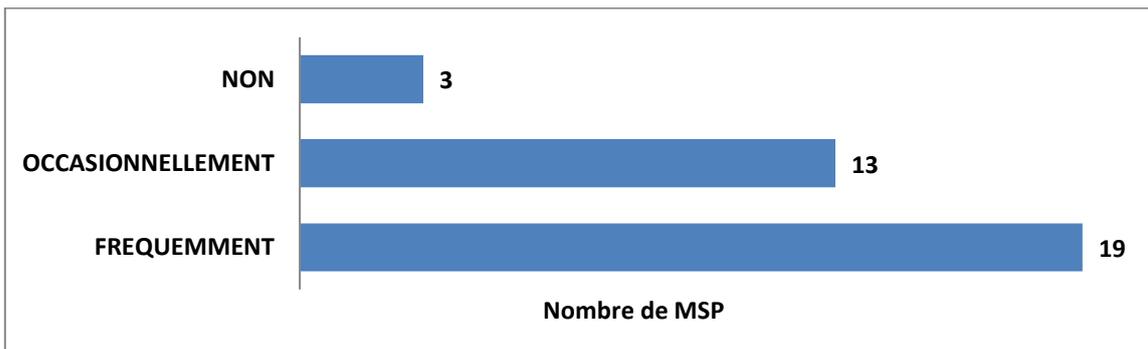
- **Question 36 : La MSP est-elle adaptée pour accueillir les personnes à mobilité réduite ?**



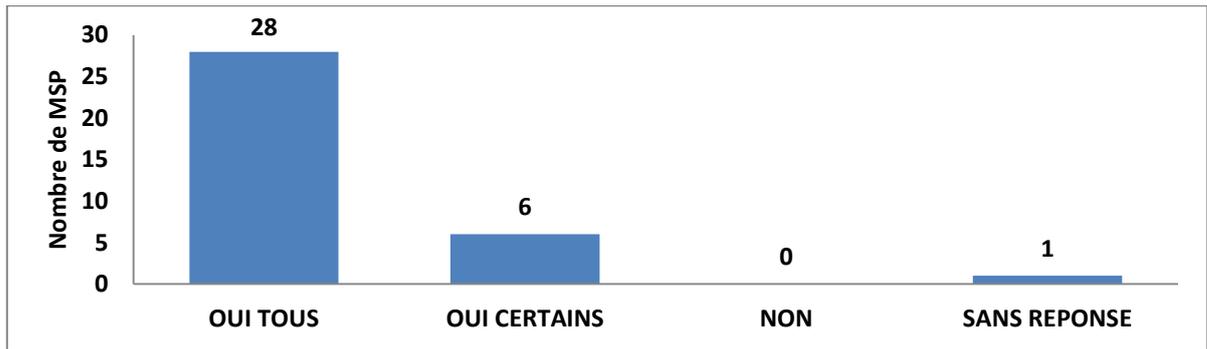
- **Question 39 : Existe-il des plages d'urgences ?**



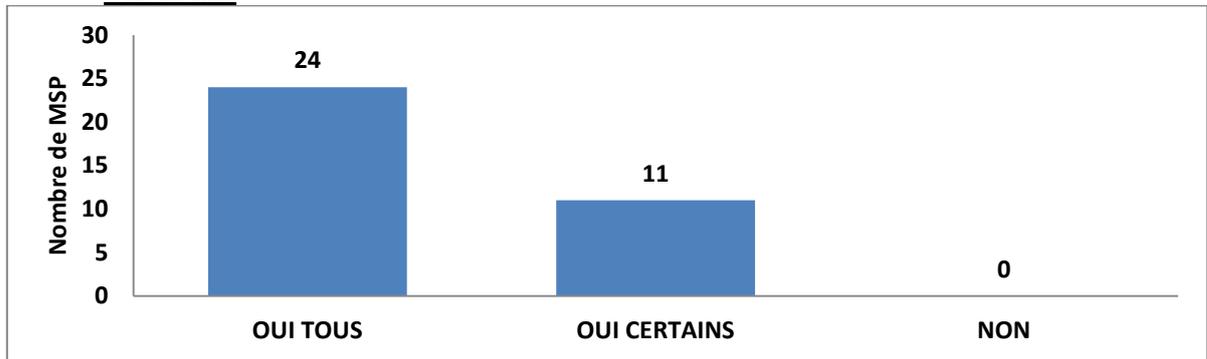
- **Question 41 : Les médecins généralistes appliquent-ils une dispense d'avance des frais ?**



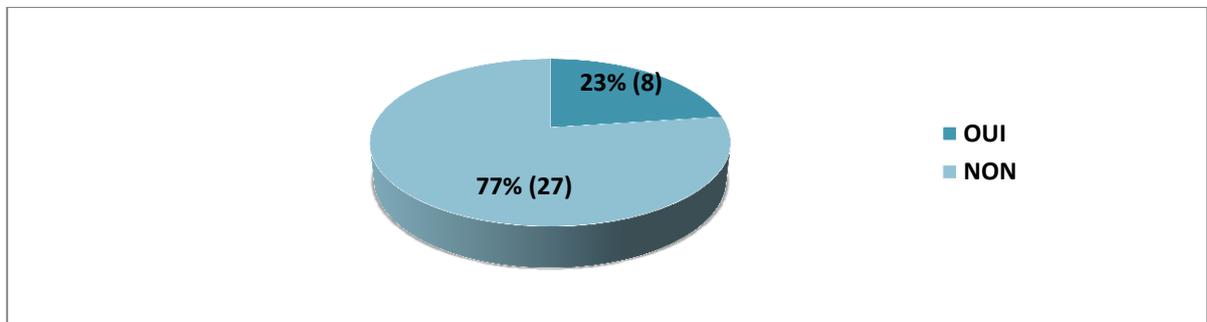
- **Question 40 : les médecins généralistes participent –ils à la permanence des soins ?**



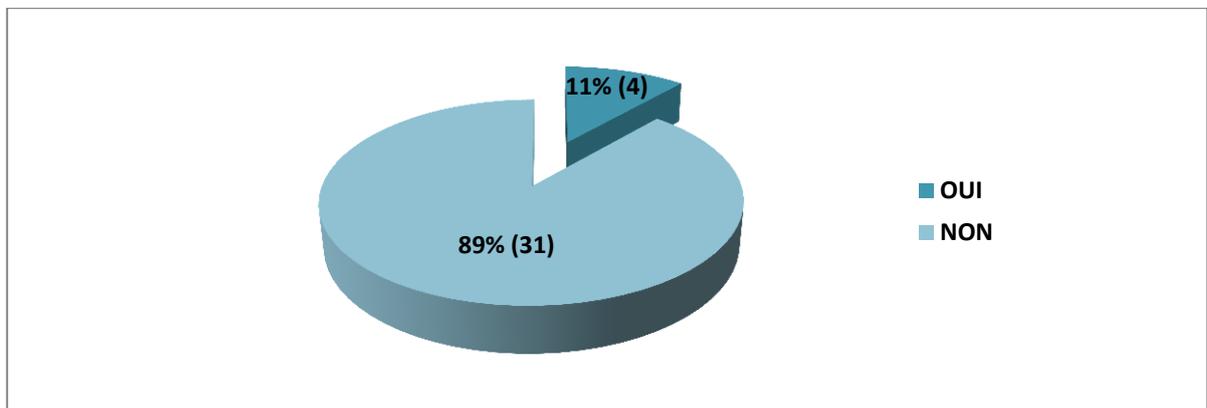
- **Question 42 : Les médecins généralistes participent-ils à des programmes de formations médicales ?**



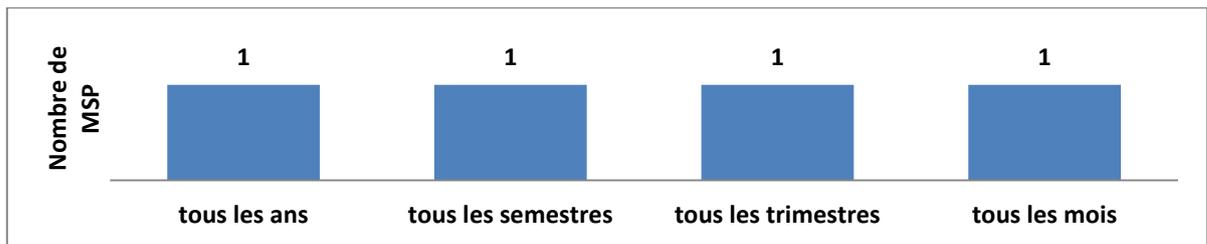
- **Question 43 : Existe-t-il des protocoles pluri professionnels de suivi et de prise en charge thérapeutique ?**



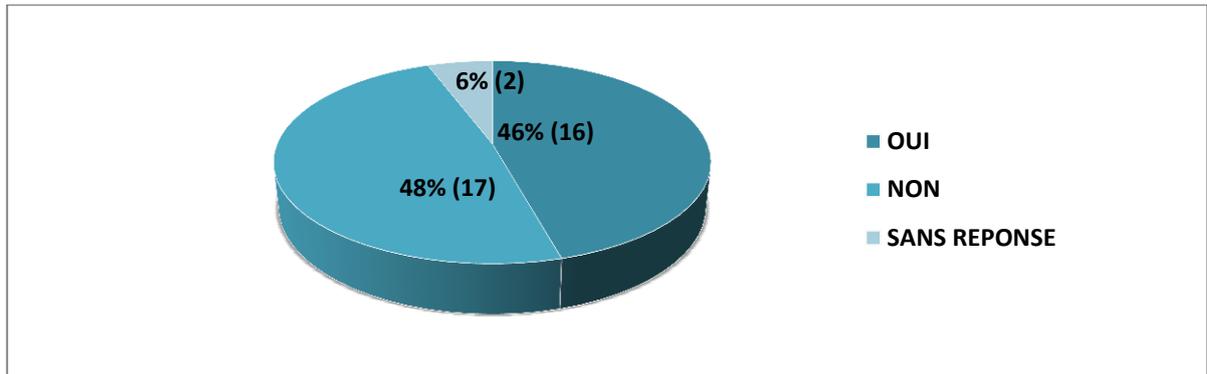
- **Question 45 : Existe-t-il des séances d'éducation thérapeutique collective ou individuelle ?**



- **Question 46 : Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?**



- **Question 47 : existe-t-il des programmes de prévention et de dépistage ?**



ANNEXE 9 : Points positifs et négatifs à l'exercice en MSP.

Points positifs	Points négatifs
<ul style="list-style-type: none"> - Travail en équipe - Travail en équipe - Travail en équipe - Travail d'équipe - Travail de groupe - Regroupement - Regroupement - Regroupement - Rapprochement des professionnels - Exercice de groupe - Echanges entre professionnels - Echanges entre professionnels - Echanges entre professionnels - Echanges entre professionnels - Echanges professionnels - Echanges entre professionnels multiples et riches - Echanges - Rompre l'isolement des professionnels - Disparition du sentiment d'isolement - Complémentarité des différents professionnels - Aspect collaboratif et pluridisciplinaire - Dialogue facilité - Dialogue facilité entre professionnels - Communication - Modification des comportements au contact des autres - Facilité de communication avec les IDE - Amélioration de la coordination - Facilité de coordination avec les paramédicaux - Coordination des soins et des permanences - Coordination - Exercice pluridisciplinaire - Travail en commun - Concertation rapide et pluridisciplinaire - Multidisciplinarité - Travail pluridisciplinaire : formation - Stimulation intellectuelle - Réactivité - Dynamique de groupe - Améliorer les méthodes de travail - Partage des connaissances et des pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de temps à consacrer au fonctionnement - Chronophage - Chronophage - Chronophage - Imposé du temps de concertation - Demande du temps et de l'énergie - Lourdeur de fonctionnement - Lourdeur administrative - Lourdeur de la création de la structure - Difficulté de prendre des décisions concernant la gestion et l'administration - Gestion - Gestion compliquée - Coût - Coût - Augmentation des charges - Charges chères - Charges importantes - Frais de fonctionnement - Coût de fonctionnement - Charges de fonctionnement élevées (secrétariat + loyer) - Mode rémunération à modifier : les modes de rémunération actuels poussant à un exercice individuel - Absence de travail formalisé pluri professionnel - Coordination pluridisciplinaire limitée - Fonctionnement indépendant - Pas de MSP contrairement à l'affichage de l'ARS : regroupement de professionnels au sein d'un même lieu - Absence de toute aide d'état - Absence d'aide publique - Soumission au bon vouloir de l'ARS - Contraintes imposées par l'ARS pour être MSP ne correspondant pas au travail désiré - L'ARS souhaite que les projets soient portés avant la réalisation de la MSP : difficulté de se projeter dans un projet « virtuel » - MSP très jeune : actions en cours de création - Trop tôt : réflexion à reprendre dans 1 ou 2 ans

<ul style="list-style-type: none"> - Partage des connaissances, des interrogations - Partage - Partage - Améliorer la qualité de vie professionnelle - Ambiance de travail - Satisfaction des professionnels de santé - Convivialité - Soutien confraternel - Soutien des collègues - Organisation - Partage des locaux - Mise en commun des moyens (personnel, informatique) - Moyens d'exercice décuplés (secrétariat) - Secrétariat vivant - Ergonomie des locaux - Locaux adaptés (installation technique moderne, normes handicapées, salle d'urgence) - Aide logistique (secrétariat, gestion des approvisionnements, comptabilité) - Flexibilité emploi du temps - Visibilité de la structure de soins - Locaux dédiés à la santé - Proximité - Facilité d'accès aux différents professionnels de santé - Centralisation de l'offre de soins - Construire les soins primaires en France - Permanence des soins - Permanence des soins - Coût : avantage du bail - Aides financières - Améliorer la prise en charge des patients - Meilleure prise en charge des patients - Prise en charge globale du patient - Meilleure prise en charge des patients - Continuité pour les patients - Prise en charge pluridisciplinaire des patients - Sécurité patient - Sécurité d'exercice - Satisfaction des patients - Rôle éducatif (internes, externes) - Recrutement de jeunes médecins - Faciliter l'installation des professionnels - Que des points positifs 	<ul style="list-style-type: none"> - MSP jeune - Type de structure rare : exemples rares - Faible nombre de professionnels : Impossibilité de réaliser les actions demandées, si ce n'est ne plus voir de patient - Importance d'un noyau dur de professionnels motivés : démotivation - Motivations et implications différentes - Difficulté à mobiliser - Peu d'investissement - Tension ou conflit relationnel - Mésentente concernant la répartition des charges - Aucun point négatif - Aucun point négatif - Aucun point négatif - Aucun point négatif
--	---

VIII- Résumé

Organisation professionnelle et projet de soins en médecine générale: état des lieux des maisons de santé pluri-professionnelles en Rhône-Alpes.

Résumé (340 mots)

Introduction:

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) apparaissent comme une solution d'avenir dans la restructuration des soins primaires. Leur dynamique repose sur l'élaboration d'un projet de santé, défini par une organisation pluri-professionnelle et coordonnée (projet professionnel) et par la prise en charge des patients (projet de soins). L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux quant aux caractéristiques organisationnelles des MSP en fonctionnement en Rhône-Alpes.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une enquête quantitative et qualitative par questionnaire. Nous avons interrogé les 37 MSP en fonctionnement, recensées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en Rhône-Alpes au 31/03/2013.

Résultats:

Le projet de santé avait été signé et transmis à l'ARS pour 18/35 MSP. La pluri-professionnalité était considérée comme développée pour 26/35 MSP. La coopération des professionnels et la coordination des soins commençaient à se mettre en place (12/35 MSP). L'organisation de la prise en charge nous a semblé encourageante pour 13/35 MSP. Les points positifs à l'exercice en MSP étaient le travail d'équipe et la complémentarité des professionnels. Les points négatifs étaient la coopération professionnelle, le coût et la lourdeur administrative.

Discussion:

Il n'existe pas de modèle unique dans l'organisation des MSP. Les MSP sont des structures récentes. Plusieurs pistes peuvent être avancées pour favoriser leur développement. Un des axes privilégiés consiste à renforcer la coopération entre les différents professionnels de santé. Pour y parvenir, il nous paraît indispensable de redéfinir le périmètre d'action de chacun, de généraliser les systèmes de partage d'information et de renforcer la formation en soins primaires des professionnels. Cela nécessite également de modifier les modes de rémunération, de répondre à la lourdeur administrative et d'optimiser les systèmes de gestion et de coordination.

Conclusion:

L'état des lieux des MSP en Rhône-Alpes est encourageant et traduit l'engagement des professionnels, même si une partie du chemin reste à parcourir. Au-delà du concept de MSP, le système de soins évolue vers une nouvelle approche pour une prise en charge globale et coordonnée.

Mots clef : maison de santé pluri-professionnelle, Rhône-Alpes, organisation, coopération, prise en charge, médecine générale.

IX- Abstract

**Professional organization and care project in general medicine practice:
An inventory of multi-professional houses in Rhone-Alpes.**

Abstract (285 words)

Introduction :

Multi-professional houses (MSP) care appears to be a solution for the future for restructuring of primary care. Their dynamic is based on the work out of a health project, defined by a multi-professional and coordinated organization (professional project) and by handling patients (care project).

The objective of our study was to work out the current situation of the organizational characteristics of MSP in Rhône-Alpes.

Material and methods :

We conducted a quantitative and qualitative survey. We interviewed 37 MSP in operation, identified by the Agence Régionale de Santé at 31/03/2013.

Results :

Health project had been signed and forwarded to the ARS for 18/35 MSP. Multi-professional organization was considered to be developed for 26/35 MSP. Health professional cooperation and coordination of care began to set up (12/35 MSP). Patient management organization seemed encouraging for 13/35 MSP. The positives in MSP exercise were teamwork and complementarity between health professionals. The negatives were professional cooperation, cost and administrative burdens.

Discussion :

There is no single model in MSP organization. MSPs are recent structures. Several prospects could be cited to further their development. A privileged approach is to strengthen cooperation between the different health professionals. To improvement, it seems essential to redefine the scope of each health professional, to generalize information sharing systems, and strengthen primary care training for professionals. This requires also changing rewards patterns, resolves administrative burdens and optimizing management and coordination systems.

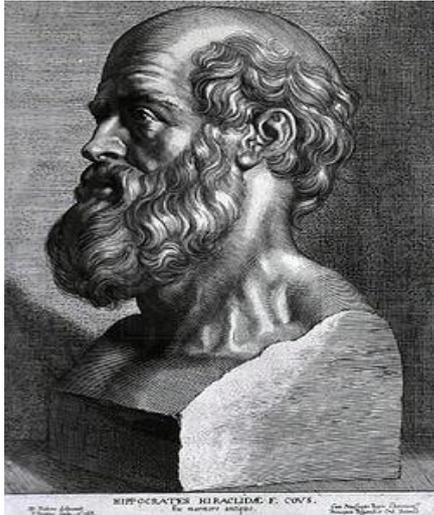
Conclusion :

Current situation of multi-professional houses care in Rhone-Alpes is encouraging and translates the professional's agreement, even if part of the way remains to be done. Beyond the MSP concept, the care system is evolving towards a new approach for comprehensive and coordinated cares.

Key words :

Multi-professional houses care, Rhône-Alpes, organization, cooperation, support, care, general medicine.

X- Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.