



**HAL**  
open science

# Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire

Johann Druz

## ► To cite this version:

Johann Druz. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00619161

**HAL Id: dumas-00619161**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619161>**

Submitted on 5 Sep 2011

**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.

Année 2011

N°

**IDENTIFICATION DES OBSTACLES À L'ADHÉSION  
DES INFIRMIER(E)S DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT À UN  
PROJET DE SOINS LORS DE LA CRÉATION D'UNE  
MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

**Johann DRUZ**

Né le 15 Septembre 1981 à Annecy (74)

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE\***

Le 13 Mai 2011

**DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE**

Président du jury

M. le Professeur Christophe PISON

Membres :

M. le Professeur Patrice FRANCOIS

M. le Professeur Gérard ESTURILLO, directeur de thèse.

Mme le Docteur Pascale ROUX

\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

# **SOMMAIRE**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**INTRODUCTION**

**A. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

**B. RÉSULTATS**

**C. DISCUSSION**

**D. CONCLUSION**

**ANNEXES**

**TABLE DES MATIÈRES**

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) URML Rhône-Alpes, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes pour un schéma de démographie médicale. Actualisation des données 2008.
- (2) Bessiere S., Breuilgenier P., Darrine S.,  
La démographie médicale à l'horizon 2025, une actualisation des projections au niveau national, DRESS, Études et Résultats. Novembre 2004 ; 352 : 1-12
- (3) Délégation, transfert, nouveaux métiers...: conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Haute Autorité de Santé, rapport d'étape, janvier 2007.
- (4) Horrocks S., Anderson E, Salisbury C.  
Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; 324: 819-23.
- (5) Ekwo E., Dusdieker LB et al.  
Physicians' assistants in primary care practices: delegation of tasks and physician supervision. Public Health Rep 1979; 94(4): 340-8.
- (6) Hubert H., Picard D., Imbaud D.,  
Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : Mission de concertation sur la médecine de proximité 25 Novembre 2010
- (7) Juilhard J-M., Crochemore B. ,Touba A.  
Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement Rapport Ministériel, Janvier 2010 tome 1
- (8) Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, février 2005.

- (9) Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2008 – État des lieux. Conseil National de l'Ordre des Médecins, étude n°39-1, août 2008.
- (10) Annereau A.  
Installation des jeunes médecins. Souhaits des résidents. Quelles concordances avec les conclusions ministérielles récentes ? Th D Med . , Nantes ; 2003.
- (11) Midy F. ,  
Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières Revue de la littérature 1970-2002. CREDES Bulletin d'information en économie de la santé, Mars 2003 : 63
- (12) Berland Y.  
Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences.  
Rapport ministériel, octobre 2003.
- (13) Logiciel Cartosanté.  
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Rhône Alpes.
- (14) Séminaire national de Besançon : Recommandations URCAM . 11 septembre 2008
- (15) Mays N., Pope C.  
Qualitative Research : Rigour and Qualitative Research.  
BMJ 1995; 311 : 109-112.
- (16) Marquiset D.  
La délégation de tache en médecine générale: Etude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généraliste installés en Franche-Comté.  
Th D Med, Besançon ; 2007
- (17) Descours C.  
Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport ministériel, juin 2003.

- (18) Berland Y., Bourgueil Y.  
Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé.  
Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé, juin 2006.
- (19) Robin C., Les maisons de santé à propos d'une expérience de création de maison de santé dans l'Ain. Origine et objectifs, comparaison de deux expérience de création de maison de santé, procédure de création d'une maison de santé. Th. D Med médecine, Université Claude Bernard Lyon 1; 2006
- (20) Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale.  
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, du rapport octobre 2004, 2004; 3 .
- (21) Bourgueil Y., Marek A., Mousques J.  
Trois modèles type d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle -Zélande.  
Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Avril 2009; 141: 1-6 .
- (22) Jones P., Bondy D.  
Family Health Service: the PHN and the GP. Canadian Nurse 1969; 65(9): 38-40.
- (23) Bougueil Y., Marek A., Mousquès J.  
Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives  
Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
Novembre 2007 ; (1675)
- (24) Bougueil Y., Marek A., Mousquès J.  
Soins primaire, vers une coopération entre médecins et infirmières  
Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé,  
(1624) Mars 2006

- (25) Elbaum M.  
Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé.  
Rapport de l'HAS. Décembre 2007
- (26) Matillon Y.  
Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles et  
médicales. Rapport de mission, mars 2006.
- (27) Paul C.  
La délégation de tâches en médecine générale : enquête auprès des  
médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie.  
Th D Med : Rouen ; 2006.
- (28) Nouveaux modes de rémunération en Franche-Comté : sept maisons,  
pôles ou centre de santé s'engagent. Dossier de presse  
(<http://www.femasac.org/>). Consulté le 12/10/10
- (29) Exercice coordonné et protocolé en maison, pôle et centre de santé. Une  
démarche d'amélioration des pratiques – HAS - 2007
- (30) Bougueil Y., Le Fur P., Mousquès J.,  
La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des  
patients diabétiques de type 2 : Evaluation médico-économique de  
l'expérimentation ASALEE Institut de recherche et documentation en  
économie de la santé. Décembre 2008 ; 1733
- (31) Sanfourche C.  
Médecins et infirmiers se mêlent de prévention  
Le Généraliste. 2007 ; 2413 : 14-15.
- (32) Deleau E.  
Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine  
générale : installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans les  
cabinets de médecine générale, sur le mode de la délégation de tâches.  
Exemple de la prise en charge du diabète de type 2. Th D Med : Poitiers ;  
2005.

- (33) Mehrotra A., Epstein A.M., Rosenthal M.B.  
Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations ?  
Ann Intern Med. 2006;145:826-833
- (34) Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A.,  
Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature.  
Institut de recherche et documentation en économie de la santé.  
Décembre 2006 ; 116.
- (35) Lawrence RS., De Friese GH., et al.  
Physician receptivity to nurse practitioners: a study of the correlates of the delegation of clinical responsibility.  
Med Care. 1977; 15(4): 298-310.
- (36) Bourgueil Y., Marek A., Mousques J.  
La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec.  
Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé,  
octobre 2005.
- (37) Berland Y.  
Commission de démographie médicale.  
Rapport ministériel, avril 2005.
- (38) L'exercice en groupe des médecins libéraux.  
Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,  
étude et résultats, 2004; 314.
- (39) Kernick D., Scott J.  
Economic approaches to doctor / nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions.  
Br J Gen Prac 2002 Jan; 52 (474): 42-6.



- (40) Sibbald B.  
Inter-disciplinary working in British primary care teams: a threat to the cost effectiveness of care?  
Critical Public Health 2000; 10 (4): 439-51.
- (41) VIIIème Congrès National de la Médecine Générale du XXIème siècle à Angers. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentatives des Internes en Médecine Générale, janvier 2007
- (42) Dauce-Prioul A.  
Projet de construction d'une maison médicale à Vizille (ISERE,38) :  
identification des besoins chez les professionnels de santé.  
Th D Med, Grenoble ; 2005
- (43) WONCA, The European definition of general practice/family medicine,  
WONCA Europe 2002.
- (44) URCAM Franche-Comté, *Maison médicale pluridisciplinaire : aide à l'élaboration d'un projet*, octobre 2005 .<http://www.urcam.org/franche-comte.0.html>. Consulté le 15/10/10
- (45) Bessière S., Coldefy M. Collet M.  
Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal »,  
La Documentation française. Rapport 2005 de l'ONDPS, 2006 ; 1 : 134-154.
- (46) Berland Y.  
Mission démographie des professions de santé.  
Rapport ministériel, novembre 2002.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ADELI** : Registre national informatisé des professionnels médicaux et paramédicaux

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**ARS**: Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de SAnté Libérale En Equipe

**BMJ** : British Medical Journal

**CFES** : Comité Français d'Education pour la Santé

**CHC** : Community Health Centres

**CLSC** : Centres locaux de services communautaires

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CREDES** : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DREES**: Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

**DSI** : Demande de Soins Infirmiers

**GMF** : Groupes de Médecine de Famille

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

**PLFSS** : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

**ISNAR-IMG** : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**ONDPS** : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

# REMERCIEMENTS

## A NOTRE JURY DE THÈSE

### **Mr le Professeur Christophe PISON**

Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

### **Mr Professeur Patrice FRANCOIS.**

Vous nous faites l'honneur d'évaluer ce travail. Je vous en remercie. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

### **Mr le Professeur Gérard ESTURILLO, directeur de thèse.**

Depuis cinq ans, ma perception de la médecine ambulatoire a été bouleversée au travers de l'enseignement que vous dirigez. Je vous remercie pour toutes nos conversations construites autour de la modernisation de la médecine générale, de son enseignement, de sa pratique. Merci à titre personnel et professionnel d'avoir su me donner la motivation et l'énergie pour accomplir ce travail. Qu'il me soit permis de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon profond respect.

### **Mme le Docteur Pascale ROUX**

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury de cette thèse. Ta compétence et ton expérience en médecine générale permettront d'apporter un éclairage majeur sur ce travail. Je t'en suis très reconnaissant.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

### **A mes parents, Annie et Jean-Marc,**

Qui ont toujours cru en moi, que ce travail soit une marque de mon amour éternel et de toute ma reconnaissance. Je vous remercie de m'avoir façonné à votre image, aujourd'hui c'est à moi de transmettre les valeurs de notre famille.

### **A mon frère,**

Que j'aime et qui me paraît si loin, parfois.

### **A mon oncle et ma tante, Annie et Faouzi,**

Qui ont suivi le déroulement de ce cursus médical depuis ses premiers balbutiements, et dans une discrète protection ont participé à son envol...

A toute ma famille, mes amis et à la mémoire de ceux qui ont laissé en moi un grand vide.

A tous ceux qui ont bien voulu remplir mon questionnaire et contribuer à la réalisation de cette thèse, en particulier Didier ROUX, merci de votre participation et de vos messages d'encouragement.

### **A Lidwine, mon épouse**

Que j'aime et que j'admire, qui supporte ma mauvaise humeur, qui m'entraîne et m'encourage les jours difficiles, m'apporte un bonheur et une joie de vivre qui rythment ma vie. Qu'il lui soit fait en ce jour les honneurs publics qu'elle mérite.

**A Charlotte et Clémence,** mes deux petites perles, vous grandissez trop vite, et votre papa vous aime tendrement.



# A. Introduction

Depuis quelques années, les études démographiques font état d'une situation préoccupante pour la médecine générale. Le nombre de médecins généralistes libéraux en activité est en diminution (1) avec un ratio de trois cessations d'activité pour un médecin formé par an et pourrait s'avérer insuffisant face à une demande de soins en constante augmentation (2).

Par ailleurs, les champs de compétences des professionnels de santé se sont élargis avec une demande des autorités sanitaires appuyée par des études (3) pour des missions de prévention primaire et d'éducation à la santé ces dernières années. Il semble que certaines activités ne justifient plus aujourd'hui la seule intervention des médecins (4) et pourraient être transférées à d'autres professionnels (5).

Dans sa lettre du 27 avril 2010, le Président de la République a précisé le sens de la mission confiée au Docteur Élisabeth HUBERT, ancien Ministre de la Santé et de l'Assurance Maladie : « permettre aux français, en 2020 ou 2030, d'accéder de façon satisfaisante et équitable aux soins de premier recours dispensés par la médecine de proximité »(6).

Une des pistes de réflexion apportée par le rapport définitif consiste à encourager la création de pôles et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) (7).

Elles semblent être une réponse au désintérêt des jeunes médecins pour l'exercice libéral (8) ( le Conseil National de L'ordre des Médecins annonce un ratio d'une installation en secteur libéral pour neuf en secteur salarié ou assimilé en 2010) et la Médecine Générale(9), en proposant un exercice pluridisciplinaire et structurel (10).

Elles contribuent également à libérer du temps Médical en déléguant des actes de soins ne requérant pas les compétences d'un médecin (11).

A ce jour, ces maisons bien qu'en évolution démographique, sont trop peu nombreuses et rencontrent des difficultés de mise en place (7), d'une part concernant les domaines financiers et juridiques, et d'autre part par le manque d'intérêt qu'elles suscitent en particulier chez le personnel infirmier .

Quels sont les obstacles à l'adhésion des IDE à un Projet de soins lors de la création d'une MSP?

C'est sur la relation pivot entre Médecins et Infirmier(e)s que repose le concept de transfert de compétences (ou délégation de tâches) régissant le fonctionnement de ces Maisons de Santé Pluridisciplinaires (12).

Le dispositif ne pourrait donc être validé sans comprendre les obstacles d'installation du personnel infirmier au sein de ces structures et sans y apporter une réponse.





# B. Matériel et Méthodes

## 1. Type d'étude

Nous avons choisi d'effectuer une étude de type descriptive qualitative ainsi que quantitative par enquête sondage sur une population définie.

## 2. Population

### 2.1. Caractéristiques de la population

La population inclue l'intégralité des IDE exerçant en secteur libéral uniquement. Ne sont recrutés que les IDE titulaires en exercice, sont exclus de l'étude les remplaçants occasionnels.

### 2.2. Critères de sélection de l'échantillon

Après avoir passé en revue les différentes procédures de recrutement qui s'offraient à nous pour la réalisation de cette enquête, nous avons pris l'option de réaliser un échantillon par choix raisonné.

Un premier critère était de contacter des IDE libéraux exerçant dans des secteurs de soins qualifiés de zones fragilisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) sans être réellement qualifiées de déficitaires(13).

Un second critère imposait un projet de MSP en cours d'étude ou en voie de réalisation dans le même secteur de soins.

Les secteurs de soins retenus répondent aux critères précédents, de plus une connaissance personnelle de correspondants médicaux locaux a déterminé le choix des différents secteurs de soins choisis:

le secteur de soins des Échelles en Savoie

le secteur de soins de St Pierre d'Albigny en Savoie

le secteur de soins de La Rochette en Savoie

le secteur de soins de Thorens les Glières en Haute Savoie

le secteur de soins de Saint André le Gaz en Isère (Pont de Beauvoisin)

### 2.3. Effectif de l'échantillon

Un total de 39 IDE ont été sollicités par courrier nominatif. Le listing complet des IDE exerçant sur les différents bassins de soins retenus a consisté en un recoupement des données des Pages Jaunes locales, de l'ARS et du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

Secteurs de soins	Effectifs Infirmier
Les Échelles en Savoie	4
St Pierre d'Albigny en Savoie	4
La Rochette en Savoie	8
Thorens les Glières en Haute Savoie	10
St André le Gaz en Isère	13

*Tableau 1: Répartition des IDE Recrutés selon les secteurs de soins*

### 2.4. Type de collecte

La collecte et le recueil de données ont consisté en une enquête avec questionnaires physiques type papier complétés par la personne enquêtée.

La totalité des IDE libéraux installés dans les secteurs de soins retenus ont été contactés via un questionnaire envoyé par courrier postal.

Nous avons adressé un courrier personnel nominatif comprenant un questionnaire d'une page recto verso (annexe 1) accompagné d'une notice explicative (annexe 2 ) ainsi que d'une enveloppe affranchie et pré remplie à notre adresse personnelle pour le retour du questionnaire complété.

Les envois ont été effectués entre le 01/08/2010 et le 31/10/2010

Les questionnaires retournés sont traités de façon anonyme, sans qu'il soit possible d'identifier l'individu ou le secteur de soins dont il est issu. Chaque questionnaire a été numéroté suivant son ordre de réception.

### 3. Réalisation du questionnaire (annexe 1)

L'objet de cette étude étant de mettre en avant les freins à une installation du personnel infirmier au sein d'une MSP, les items du questionnaire ont consisté en une énumération des caractéristiques propres à une MSP.

Ces caractéristiques sont régies par un cahier des charges strict issu essentiellement des recommandations du Séminaire National des Maisons de Santé de Besançon de juin 2008 (14) ainsi que des critères d'obtention du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (*FIQCS*)( Annexe 2 et 3).

Le questionnaire est composé de quatre parties.

La première partie consiste à définir les généralités et comporte 7 questions (âge, sexe, année d'obtention du diplôme d'état et d'installation en secteur libéral..) elle permet de déterminer le lieu et le type d'exercice ainsi que de rechercher un début de sensibilisation de l'infirmier aux termes de MSP et Projet de santé.

La seconde partie est composée d'affirmations concernant des caractéristiques propres à la structure de la MSP. Elle comporte 5 questions.

La troisième partie explore les caractéristiques de fonctionnement d'une MSP, elle approfondit notamment la notion de Projet de santé (annexe 4) en 11 questions.

Dans la deuxième et la troisième partie du questionnaire, chaque item est

développé sous forme d'affirmation pour laquelle la personne interrogée à quatre choix de réponse: **Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord.** Pour effectuer ce choix il suffit de cocher la réponse choisie dans la colonne correspondante et ce pour chaque question.

Nous avons fait le choix de ne pas proposer de réponses intermédiaires du type **ne se prononce pas** ou **ni pour ni contre** dans le but de diriger les personnes sondées vers une prise d'opinion.

Enfin la dernière partie est une question volontairement ouverte afin de laisser la place à d'éventuelles remarques ou suggestions concernant la question de recherche.

Nous avons demandé à des infirmiers libéraux non concernés par l'étude de tester le questionnaire élaboré afin d'en rectifier les contre-sens et les points ambigus. De même cette phase de test nous a permis d'évaluer le temps de réalisation du test soit une moyenne de 6 minutes, réponse ouverte comprise. Cette durée est considérée comme acceptable.

#### 4. Réalisation de l'annexe au questionnaire

Nous avons associé un courrier d'introduction au questionnaire lors de l'envoi postal et la prise de contact.

Ce courrier consiste en une introduction sommaire au principe de fonctionnement d'une MSP et développe la question de recherche. (Annexe 5)

## 5. Méthodologie d'analyse des données

### 5.2. Les matériaux à analyser

Nous avons à notre disposition trois types de matériaux à analyser :

Les résultats des questions générales numérotées de 1 à 7, définissent la population sondée par des caractéristiques civiles et professionnelles ainsi que sur la connaissance concernant la question de recherche. Ils sont composés de données binaires, tri modales ou chiffrées.

Les items numérotés de 8 à 23 sont destinés à recueillir les opinions des personnes sondées sur les caractéristiques techniques de fonctionnement des MSP. Les réponses sont obligatoirement de quatre types selon l'accord ou le désaccord de la personne sondée.

L'item 24. est une question ouverte: « Quels seraient les points négatifs qui vous empêcheraient d'intégrer une Maison de Santé Pluridisciplinaire? » (sur le plan structurel et sur le fonctionnement).

### 5.3. Transcription et analyse des données des questionnaires

Chaque questionnaire réponse a contribué à renseigner un tableau synthèse.

Chaque réponse à un item est pondérée à hauteur de 1. Les réponses identiques sont additionnées pour obtenir le nombre total de réponses devant les quatre possibilités proposées.

Les résultats sont exprimés en valeurs absolues (tableau 3 et 5) ainsi qu'en valeurs relatives pour une meilleure lisibilité (Annexe 3 et 4).

Les items pour lesquels il n'existe pas d'orientation de réponse bénéficient d'une analyse approfondie afin de rechercher les facteurs prédisposant à un type de réponse.

## 6. Méthodologie de la recherche bibliographique

Nous avons essentiellement procédé à des recherches via Internet grâce à différents moteurs de recherche spécifiques : Pubmed et Medline ainsi que le le moteur de recherche du catalogue CiSMeF.

Nous avons pour cela utilisé plusieurs mots-clés : « Maisons de Santé Pluridisciplinaires », « transfert de compétences » et « coopération entre professionnels de santé » tout en précisant le cadre qui nous intéressait : « les soins primaires » ou « la Médecine Générale ».

Nous avons pu ainsi naviguer sur les sites de l'ONDPS, de la DREES, du CNOM ou de l'ARS.

Nous avons également obtenu des informations dans des thèses de Médecine Générale via le répertoire national SUDOC.

Notre sujet étant un sujet d'actualité, nous avons aussi parcouru attentivement la presse spécialisée.





# C. Résultats

## 1. Phase de contact et recrutement

Nous avons contacté trente-neuf personnes par courrier postal individuel. Le nombre de questionnaires retournés complétés et exploitables est de treize soit un taux de réponse de 33,3 %.

Les questionnaires retournés l'ont été moins de quinze jours après leur date d'envoi.

## 2. Analyse de l'effectif de l'échantillon de la population

### 2.1. Caractéristiques de l'échantillon

N° questionnaire	Sexe	Age	Année d'obtention du DE	Durée de la carrière IDE	Durée de l'exercice libéral	Secteur de soin
1	F	37	1998	13	2	rural
2	F	39	2006	5	5 mois	Semi rural
3	F	40	1994	17	5,5	Semi rural
4	H	31	2002	9	2	rural
5	F	29	2004	7	1	Semi rural
6	F	29	2004	7	1	citadin
7	F	37	1994	17	7	rural
8	F	50	1992	19	5	rural
9	F	40	1999	12	4	rural
10	H	56	1972	39	30	rural
11	H	50	1987	24	18	Semi rural
12	F	58	1975	36	30	Semi rural
13	F	41	1991	20	17	rural

*Tableau 2 : synthèse des caractéristiques de l'échantillon.*

L'effectif de l'échantillon est de 13 individus.

Il est composé de 3 hommes et de 10 femmes.

L'âge individuel moyen est de 41,3 ans, la médiane des âges est de 40 ans.

Les IDE sont diplômés depuis 17 ans en moyenne, la médiane est également de 17 ans.

*La durée moyenne d'exercice infirmier en secteur libéral est de 9,4 mois, la médiane est de 5 ans.*

## 2.2. Connaissance des termes MSP et Projet de santé

Devant l'affirmation : « je sais ce qu'est une Maison de Santé Pluridisciplinaire »

- 12 personnes ont répondu OUI
- aucune Réponse NON
- 1 questionnaire rendu sans réponse à cette question mais avec un point d'interrogation.

À la question : « Je sais ce qu'est un Projet de santé »

- 8 Réponses OUI
- 4 Réponses NON
- 1 questionnaire rendu sans réponse à cette question mais avec un point d'interrogation.

### 3. Synthèse des résultats pour les questions à choix multiples.

#### 3.1. Résultats de la partie « structure de la Maison de Santé Pluridisciplinaire »

##### a) Effectifs Absolus

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>
<b>8.</b> Je souhaite intégrer une structure de soin importante	2	4	5	2
<b>9.</b> Je souhaite avoir une certaine proximité géographique avec les autres professionnels de santé	8	3	1	1
<b>10.</b> Je pense perdre ma patientèle en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	0	0	6	7
<b>11.</b> Je pense diminuer mes revenus en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	2	7	3
<b>12.</b> Je souhaite intégrer une part salariale à mon activité	0	2	5	6

*Tableau 3 : réponse en effectif absolu*

Le tableau des effectifs relatifs est disponible en annexe 6

## b) Analyse des résultats non probants

Selon les critères de sélection retenus, seul l'item n° 8 (« Je souhaite intégrer une structure de soin importante ») du questionnaire affiche un résultat non catégorique.

En effet, 46,15 % des personnes interrogées seraient en faveur d'une intégration, contre 53,84 %. Nous avons scindé l'échantillon en 2 groupes, le groupe 1 correspondant aux personnes en accord avec l'item n°8 et le groupe n°2 regroupant les personnes en désaccord avec l'item n°8.

### - Caractéristiques du groupe 1

effectif de 6 personnes dont 5 femmes pour 1 homme  
age moyen 43 ans, age médian 40,5 ans  
diplôme depuis 18 ans en moyenne, depuis 19,5 ans en médiane  
exercice en secteur libéral depuis 10,8 ans en moyenne, depuis 6 ans en médiane

5 personnes exercent en secteur rural, 1 personne en milieu semi rural  
Tous pensent connaître les principes de fonctionnement ainsi que la structure d'une MSP.

### - Caractéristiques du groupe 2

effectif de 7 personnes dont 5 femmes pour 2 hommes  
age moyen 40 ans , age médian 39 ans  
diplôme depuis 16 ans en moyenne, depuis 13 ans en médiane  
exercice en secteur libéral depuis 9,5 ans en moyenne, depuis 2 ans en médiane

2 personnes exercent en secteur rural, 5 personnes en milieu semi rural et 1 en milieu urbain

Tous pensent connaître les principes de fonctionnement ainsi que la structure d'une MSP, cependant 3 de ces personnes ne savent pas ce qu'est un projet de santé.

	Groupe 1	Groupe 2
Effectif	6	7
féminisation	83,00%	71,00%
Age	43 (moyen) 40,5 (médian)	40 (moyen) 39 (médian)
Diplôme depuis	18 (moyen) 19,5 (médian)	16 (moyen) 13 (médian)
Exercice libéral	10,8 (moyen) 6 (médian)	9,5 (moyen) 2 (médian)
Secteur d'exercice	83% Rural 16% Semi rural 0% Urbain	28% Rural 71% Semi rural 14% Urbain

*Tableau 4: synthèse groupe 1 et groupe 2*

3.2. Résultats de la partie « fonctionnement de la Maison de Santé Pluridisciplinaire »

a) Effectifs absolus

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
13. Je souhaite travailler en équipe pluridisciplinaire	9	3	0	1
14. Je souhaite une collaboration étroite avec le personnel médical prescripteur	8	4	1	0
15. Je souhaite une délégation et une protocolisation de tâches	5	6	1	1
16. Je souhaite intégrer un réseau de soin local	4	7	0	1
17. Je souhaite participer à la formation et à l'encadrement d'étudiants infirmiers au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire	7	5	0	1
18. Je souhaite participer à des expériences de coopération entre médecins et infirmier(e)s (délégations de tâches et nouveaux rôles propres)	8	3	0	1
19. Je pense perdre mon autonomie en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	2	7	3
20. Je pense augmenter mon temps de travail administratif en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	3	7	2
21. Je pense augmenter mon volume horaire travaillé en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	1	10	1
22. Je pense que les échanges formels entre professionnels de santé sont une perte de temps	1	1	3	8
23. Je suis intéressé(e) par un exercice intégré à une Maison de Santé Pluridisciplinaire	4	6	2	1

*Tableau 5 : réponses partie fonctionnement*

Le tableau des effectifs relatifs est disponible en annexe 7 pour une meilleure lecture.



## b) Analyse des résultats non probants

Pour cette partie du questionnaire, les réponses mises en évidence ne nécessitent pas d'étude approfondie.

À noter pour le questionnaire n°9 les items 16 et 18 sont vierges avec un point d'interrogation.

Synthèse des résultats pour la question ouverte (item 24).

### 3.3. Les réactions à la question ouverte (item 24)

A la question : « Quels seraient les points négatifs qui vous empêcheraient d'intégrer une Maison de Santé Pluridisciplinaire ? (sur le plan structurel et sur le fonctionnement) », les réponses observées ont été les suivantes:

#### *Questionnaire n°2*

« Risque de perte d'autonomie

Risque d'avoir moins de choix et de diversité dans les prises en charge

Participation financière trop élevée

Obligation d'astreinte

Devenir exécutant d'un projet de soin uniquement décidé par le médecin et de ce fait ne pas pouvoir déployer notre rôle propre pleinement. »

#### *Questionnaire n°4*

« Moins auprès de nos patients au domicile »

#### *Questionnaire n°5*

« Liberté « conditionnelle » des libéraux (IDE)

Patients ont un choix du coup très limité sur les professionnels de santé »

*Questionnaire n° 7*

« Difficultés organisationnelles : domicile/ cabinet  
Réticence de la population à se déplacer au cabinet pour des soins infirmiers (ils n'y sont pas habitués!)  
Difficultés de coordination avec les médecins qui n'en feront pas partie. »

*Questionnaire n°8*

« Augmentation de mon temps de travail administratif  
L'obligation et la pression pour l'élaboration de projet. (au niveau administratif) »

*Questionnaire n°9*

« A ce jour aucun »

*Questionnaire n°10*

« Tous, on est libéral ou on ne l'est pas ! »

*Questionnaire n°11*

« L'échange interprofessionnel peut être intéressant pour les pathologies lourdes mais qui ne représentent pas plus de 5 % de nos soins quotidiens.  
Pour la plupart des soins, un simple coup de téléphone au médecin est largement suffisant. »

*Questionnaire n°12*

« Je pense que le temps de travail administratif doit être important et cet aspect est plutôt rébarbatif à mes yeux. »

## Questionnaire n°13

« Les charges locatives »

### 3.4. Analyse de la question ouverte

Nous avons mis en évidence les différentes thématiques récurrentes retrouvées dans la question ouverte (item 24).

Elles seront regroupées en deux parties :

- Thèmes envisagés dans les questions précédentes
- Nouveaux thèmes

<b>Thèmes envisagés dans les questions précédentes</b>	<b>N° Questionnaire</b>
Perte d'autonomie	2, 5, 10
Augmentation de la charge administrative	8, 11, 12
Augmentation des charges locatives	2,13
<b>Nouveaux thèmes</b>	
Complexité de l'organisation de la consultation en cabinet et des patients qui ne veulent pas se déplacer	4,7
Obligation des astreintes (permanence de soins)	2
Problèmes de coopération avec les médecins extérieurs	7
Obligation de réunion et d'élaboration d'un projet de santé	8, 11, 12
Freins au libre choix du professionnel de santé par le patient	5

# D. Discussion

## 1. Limites et points forts de l'étude

### 1.1. Biais et points négatifs (15)

#### a) Type d'étude

Cette étude analytique permet d'obtenir des positions argumentées de la part des participants, cependant elle ne permet pas d'aboutir à des résultats statistiquement significatifs étant donné le petit nombre de personnes incluses.

#### b) Biais lié au recrutement de l'échantillon

En effet, il existe un biais de sélection lié à un choix de population contacté par connaissances et non par l'aide d'un tirage au sort et ceci pour des raisons de facilité et de représentativité de l'échantillon choisi.

#### c) Biais lié à l'interprétation des résultats

Ce biais est difficilement quantifiable mais inévitable. Pour l'analyse, la retranscription des questions ouvertes et la mise en forme des résultats nous ont permis de rester le plus objectif possible, mais l'interprétation n'en reste pas moins subjective.

#### d) Absence de données concernant l'opinion des autres professions

Une autre limite de notre étude est de n'avoir pas pu enquêter auprès des autres professionnels de santé issus des mêmes secteurs que les infirmiers interrogés afin de recueillir leur opinion sur le sujet, la réalisation d'un projet de santé ne pouvant être réalisée sans leur participation.

Il serait d'ailleurs très intéressant d'effectuer un travail similaire auprès des médecins libéraux afin de compléter notre étude (16).

### e) Autres points faibles

Au total, nous avons contacté 39 Infirmiers Diplômés d'État et obtenu un taux de participation final égal à 33%, ce qui paraît peu satisfaisant compte tenu des contraintes minimales qu'impose ce type d'étude à la personne sondée.

Les recherches bibliographiques effectuées ont mis en évidence un nombre limité d'études et de questions de recherche intéressant le secteur infirmier libéral, cependant les quelques publications concernant le sujet sont de plus en plus nombreuses ces dernières années.

Par ailleurs, nous ne pouvons que nous questionner sur l'intérêt direct de chaque infirmier sur l'avenir de sa profession au vu du nombre limité de réponses. En effet, ce sujet suscite des réflexions concernant l'avenir et l'évolution probable de la profession d'infirmier libéral et nous pourrions interpréter ce silence éloquent comme une certaine indifférence vis à vis du devenir de leur profession.

### 1.2. Points forts

Nous avons choisi d'effectuer ce travail de recherche afin de trouver des réponses à la carence en personnels médicaux et paramédicaux par la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (17). Ce sujet d'actualité demeure au centre des préoccupations dans le contexte démographique présent, comme l'atteste d'ailleurs le récent rapport du Dr E. Hubbert (6).

Les moyens de contrer la désertification médicale de certains secteurs géographiques via des pôles de santé attractifs pour les jeunes médecins passent par la délégation de tâches et de compétences (18). Or celle-ci ne peut être mise en œuvre uniquement grâce à la coopération des partenaires paramédicaux et en particulier des infirmiers.

Étant donné l'absence d'étude portée sur l'opinion des principaux intéressés, nous avons voulu centrer notre travail plus particulièrement sur cet aspect, la question à réponse ouverte ayant permis une libre expression qui s'est avérée très riche. C'est donc ce qui fait l'intérêt majeur de notre recherche.

Cependant, les expériences personnelles vécues lors des réunions préliminaires à la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (19) montrent que les infirmiers sont particulièrement réticents devant ce concept novateur.

En appréhendant les principales réserves émises par les infirmiers à ce différent mode d'exercice, nous avons pu élaborer des pistes de réflexion afin de lever les principaux freins qui empêchent les Infirmiers Diplômés d'État d'adhérer totalement à ces projets.

Malgré un échantillonnage d'effectif faible, la recherche permet une première ébauche de réponses à une question d'actualité.

## 2. Caractéristiques de l'échantillon par rapport à la moyenne nationale

### 2.1. Principales caractéristiques démographiques (20)

L'âge moyen au sein de l'échantillon est de 41,3 ans, alors qu'il est de 42,1 ans à l'échelle nationale.

La féminisation au sein de l'échantillon est de 76,7% avec une moyenne nationale à 87,5 %. Cette légère différence est expliquée par une présence masculine plus importante dans le secteur infirmier libéral mais elle demeure cependant peu significative au vu de l'effectif de l'échantillon.

## 2.2. Densité et démographie

En 2008 on dénombrait 109,8 IDE libéraux installés pour 100 000 habitants selon les chiffres de l'INSEE repris par l'ONDPS (annexe 6).

Les chiffres concernant la densité des infirmiers libéraux selon les secteurs de soins envisagés sont comparés dans le tableau ci-dessous.

Secteur de soins	Effectifs Infirmier	Population locale	Densité pour 100 000 hab	Moyenne nationale
Les Echelles en Savoie	4	5205	76	110
St Pierre d'Albigny en Savoie	3	6247	48	
La Rochette en Savoie	10	7408	76	
Thorens les Glières en Haute Savoie	8	11019	72	
St André le Gaz en Isère	14	20904	66	
TOTAL	39	50783	74	110

*Tableau 6 : effectifs et caractéristiques de la population sondée selon les secteurs de soins*

Nous pouvons donc observer que ces secteurs de soins sont en carence partielle de personnel infirmier avec des densités nettement inférieures à la moyenne nationale. Ceci répond donc aux critères de sélection de l'échantillon en ciblant des secteurs de soins concernés par une éventuelle implantation de MSP.



### 2.3. Représentativité de l'échantillon

Nous ne pensons pas que cet échantillon soit représentatif d'une population à l'échelle nationale au vu du faible effectif recruté ainsi que des divers biais liés au type d'étude (15). Cependant il demeure caractéristique de la situation retrouvée au sein de zones carencées à effectif médical faible comme celles que nous avons sollicitées.

### 3. Réflexions antérieures sur le sujet

Les MSP sont des structures récentes et les études n'ont porté que sur l'intérêt et l'opinion du milieu médical à ce sujet et ne se sont jamais intéressées aux professions paramédicales.

Néanmoins, une étude menée par la DREES sur les structures de soins primaires en Europe et au Canada a mis en avant des organisations particulières.(21)

Au Québec, les services de santé de première ligne sont assurés majoritairement par des cabinets médicaux privés. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) constituent un deuxième type d'organisation qui reste minoritaire.

En Ontario, les soins primaires sont fournis dans un cadre relativement similaire. Les *Community Health Centres* (CHC) sont les équivalents des CLSC au Québec. Les infirmières ont également, outre les CLSC et les cabinets privés, la possibilité d'exercer au sein des Groupes de Médecine de Famille (GMF).

Créés en 2000 , les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent leur activité ensembles en collaboration avec des infirmières cliniciennes et praticiennes aux compétences étendues.

Ces structures sont plébiscitées aussi bien par les professions médicales que paramédicales. La pratique infirmière constitue un enjeu majeur dans ce nouveau modèle d'organisation. L'intégration d'infirmières à l'équipe de médecins est en effet considérée comme un élément essentiel pour le succès de l'équipe et introduit en ce sens une approche novatrice. Au sein du GMF, les infirmières se voient en effet confier des responsabilités étendues, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, ainsi que de liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne. Elles ont également en charge le suivi systématique des soins infirmiers des patients vulnérables.

Au royaume uni, les infirmières exercent dans les cabinets de groupe selon deux modalités très différentes. Dans le premier cas, elles sont salariées des autorités locales pour effectuer des soins au domicile des patients (personnes âgées, femmes et jeunes enfants), et exercent des responsabilités de consultantes en coordination avec les équipes des cabinets. Le deuxième cas de figure est celui où les infirmières sont salariées des cabinets médicaux et sont placées sous l'autorité hiérarchique du responsable du cabinet, en général un médecin. Leurs tâches sont nombreuses. Elles peuvent assurer des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, suivre les malades chroniques, développer l'éducation et la promotion de la santé. Elles peuvent aussi prescrire dans la mesure où elles possèdent une qualification spécifique (22).

En Suède et en Finlande, l'offre de soins primaires, organisée de manière décentralisée (régions et municipalités), est essentiellement publique et repose sur les Centres de Santé. Bases du système, ils offrent à la population qu'ils desservent une large gamme de soins et de services médicaux, sociaux et communautaires (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation.). Les médecins généralistes, le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé (assistants de laboratoire, sages-femmes, kinésithérapeutes et parfois des spécialistes : pédiatres, gynécologues,

psychiatres.) y forment une équipe interdisciplinaire qui dispense la majorité de ces services (23).

Ces divers exemples montrent des structures de soins analogues aux MSP françaises, dont l'organisation gravite autour de la relation forte entre le médecin et l' IDE (24). Elles sont des références et le personnel infirmier qui y travaille ne se pose aucunement la question d'une autre organisation.

Ces structures émanent surtout d'une volonté politique forte de restructuration développée en réponse à des systèmes de soins défaillants(22).

En France, les IDE s'intéressent à ces structures seulement lorsqu'ils sont confrontés à une éventuelle intégration ou à la participation dans la création d'une MSP. Ceci se comprend d'autant plus qu'à ce jour, aucune information n'est dispensée aux étudiants infirmiers durant leur formation concernant ce nouveau mode de pratique de la profession.

#### 4. Les freins à l'adhésion des IDE aux MSP

##### 4.1. Les freins financiers et matériels

Lors de la création d'une structure comme une MSP, et lorsque le projet est régit par des fonds privés, le financement présente la principale difficulté (25).

Dans le cas des IDE, le lieu d'exercice est essentiellement le domicile du patient et le « local » professionnel est peu utilisé voir absent dans certain cas puisqu'il consiste en un simple lieu de stockage. Les soins réalisés au sein d'un cabinet sont rares et plutôt réalisés en secteur urbain (26).

La grande crainte pour une équipe d' IDE qui intègre une maison de santé pluridisciplinaire est de voir exploser le montant des charges lié à l'acquisition et

au fonctionnement d'un cabinet infirmier intégré à la structure. En effet, la pratique infirmière au sein d'une telle structure passe par des tâches et des soins délégués qui nécessitent un lieu confortable et adapté à ce nouveau type de prise en charge.

La question 11 présente un résultat contradictoire à ce qui est retrouvé dans les études habituelles (25) puisque, pour 77% des personnes interrogées, le financement ne semble pas être une préoccupation.

Or l'expérience des structures type MSP montre qu'en effet les frais de fonctionnement et d'investissement sont plus importants que dans une structure conventionnelle (25).

Le second frein non retrouvé dans le questionnaire est le financement des nouveaux rôles de l'IDE au sein d'une MSP ou d'un Pôle de santé. Dans l'étude réalisée en 2006 par Christophe Paul (27), le financement de l'infirmière pose problème dans 76,2% des cas et impose à l'avenir de nouveaux modes de financement pour l'IDE (28). À ce jour et hors soins rares et particuliers, les grilles de cotations sont peu flatteuses et le déplacement est parfois plus rémunérateur que l'acte de soins qui l'a engendré. (annexe 7)

De plus, les personnes interrogées semblent réfractaires à une rémunération type forfait ou salariat même partiel à 84,6 %, ce qui posera un problème dans les propositions futures.

Au final, l'étude montre que le financement de la partie immobilière n'apparaît pas comme un frein important. Néanmoins la question ouverte laisse apparaître des inquiétudes majeures concernant l'augmentation des frais de fonctionnements généraux et en particulier concernant les charges locatives liées à la structure, en accord avec les études habituelles..

## 4.2. La peur de la perte d'autonomie

### a) Dans l'organisation du temps de travail

En réponse à la question 19. du questionnaire, les IDE interrogés pensent ne pas perdre leur autonomie à 69,2%. En effet, l'organisation et la gestion du temps de travail étant libre pour un IDE libéral à ce jour, une intégration au sein d'une MSP permettrait de conserver une autonomie complète sur le plan organisationnel selon le cahier des charges de Besançon (14).

Une des craintes évoquée dans la question ouverte serait l'obligation de participer à une astreinte ou un tour de garde en vue d'une permanence de soins lors de l'intégration à une MSP.

A ce jour et selon le cahier des charges établi lors de la conférence de Besançon(14), l'obligation de permanences de soins et l'adhésion à une MSP ne sont pas indissociables, mais elle ne se soustraient pas aux obligations locales.

### b) Dans la gestion de l'activité de soin

Paradoxalement, lors de l'étude des résultats, trois IDE sondés ont évoqué des craintes de perte d'autonomie dans la gestion de leurs soins infirmiers ainsi que dans le choix de leurs patients alors que cette idée n'était pas avancée à la question 19. De plus l'un d'entre eux a peur de voir son champ d'activité réduit à l'exécution d'un projet de soins uniquement dicté par le médecin prescripteur. Contrairement à la question à choix multiples, la question ouverte a permis de développer principalement les craintes quant au problème de hiérarchie qui risque de s'imposer entre médecin et IDE au sein de la MSP. Ce ressenti peut être interprété comme une peur de « liberté conditionnelle » sous la tutelle des médecins de la MSP.

Les IDE exerçant en secteur libéral se sont pour la plupart dirigés dans ce domaine par choix de quitter la structure hospitalière et les contraintes qu'elle impose. En effet la pratique libérale permet d'organiser les soins à leur convenance, sans jugement ni ordre exécutif d'un supérieur. Toute la difficulté est de permettre à ces IDE d'intégrer une MSP sans provoquer le sentiment de retour à un système hospitalier hiérarchisé (29) et en centrant les préoccupations sur le patient (11).

#### c) Dans le domaine financier

L'autonomie financière est par contre perçue différemment. En effet à la question 12, 84,6% des personnes ne souhaitent pas de rémunération type salariat, avec une volonté de conserver une tarification à l'acte exclusive.

Les nouveaux modes de rémunération comme ceux évalués lors de l'étude ASALEE (30) impliquent un traitement forfaitaire du nouveau rôle infirmier, ce qui n'est pas envisageable selon les personnes sondées dans le questionnaire et ceci au détriment de toute volonté de changement pour la profession (31).

La tarification actuelle (annexe) n'est plus adaptée à la rémunération des tâches déléguées et à la coopération de santé entre IDE et Médecins, de plus elle n'inclut aucun actes de consultation infirmier (32) (éducation thérapeutique, consultation approfondie des malades chronique..)

#### 4.3. Des idées reçues sur l'exercice en Maison de Santé

##### Pluridisciplinaire.

Les réponses à la question ouverte ont permis de souligner trois freins à l'intégration d'une MSP :

D'une part se pose le problème du libre choix par le patient du praticien ou de l'infirmier qui va le prendre en charge au sein de la MSP. Il s'agit là d'un faux problème puisque l'activité intégrée à une MSP conserve toutes les prérogatives

de l'activité de santé libérale en particulier le libre choix du professionnel de santé (14).

Bien entendu, en cas d'absence de celui-ci, il sera plus aisé de répondre aux urgences et consultations non programmées par l'ensemble des professionnels avec l'accord des collaborateurs, cette offre de soins permettant de répondre au mieux à une prise en charge globale du patient et à un suivi rapproché et personnalisé de celui-ci (33).

D'autre part, une crainte est de négliger les personnes à mobilité réduite en excluant les visites au domicile. Là encore, cette réticence émane d'une méconnaissance des bases de fonctionnement d'une MSP. La liberté de fonction d'une IDE au sein d'une MSP est complète et identique à celle d'une IDE libérale. Les MSP offrent la possibilité de diversifier l'activité infirmière en proposant de nouveaux rôles propres et une optimisation du temps de travail en diminuant les visites non justifiées. Les personnes grabataires et à mobilité réduite pourront toujours être prises en charge à leur domicile par l'IDE de leur choix (14).

Enfin, le dernier frein cité est le risque de ne voir aucune coopération entre les professionnels appartenant à une MSP et les professionnels extérieurs qui pourraient se sentir exclus de toute collaboration. A ceci l'expérience montre qu'il n'en est rien et les professionnels de la MSP de Pont d'Ain (01), lors d'un entretien informel, nous ont soulignés qu'ils avaient de très bonnes relations avec leurs confrères extérieurs.

## 5. Les facteurs attractifs

### 5.1. Diminution du temps de travail et de la charge administrative

La charge administrative doit être allégée en intégrant une MSP selon le cahier des charges établi au Séminaire national de Besançon (14). En effet les MSP doivent offrir la possibilité de mutualiser les ressources humaines et techniques pour décharger les professionnels du travail « administratif ».

Plus qu'un « simple » secrétariat, il s'agit d'un support administratif qui repose sur différentes compétences professionnelles :

- gestion du système d'information,
- gestion administrative / comptable,
- gestion de la patientèle sur le plan médico-administratif,
- gestion de l'animation/coordination des acteurs.

Toutes les tâches administratives doivent être déléguées par les soignants afin de libérer du temps pour les soins.

Les résultats obtenus lors du sondage montrent que l'idée de diminution du temps de travail administratif en intégrant une MSP est prépondérante avec 69 % d'avis favorables. Cependant le sujet reste encore imprécis car il est évoqué dans 4 questionnaires lors de la question ouverte. Les exemples actuels doivent être mis en avant et approfondis afin de souligner le confort de fonctionnement qu'une structure type MSP peut offrir.

### 5.2. Des perspectives de fonctionnement attrayantes

Au final si les moyens matériels posent problèmes, le fondement même des MSP à savoir le Projet de Santé est largement plébiscité par les personnes sondées.



Toutes les personnes interrogées souhaitent une proximité géographique avec le personnel prescripteur et sont en faveur d'un travail en équipe pluridisciplinaire. En effet, le regroupement au sein d'une même structure permet de favoriser les échanges entre professionnels et de rompre l'isolement imposé par un mode de fonctionnement libéral.

Par ailleurs, les personnes sondées souhaitent intégrer les réseaux de santé par le biais de la MSP, prendre part à la formation d'élèves IDE au sein de la structure, participer à des expériences de coopération entre médecins et IDE via la protocolisation et la délégation de tâches en attendant une possible réforme du décret de compétence de l'IDE. Ceci à plus de 84 % d'avis favorable.

#### 6. Un engagement final en demi-mesure

Si la question n°23. « Je suis intéressé(e) par un exercice intégré à une Maison de Santé Pluridisciplinaire » recueille un avis favorable dans 77% des cas, seulement 45,5% des personnes interrogées ont un avis favorable à la question n° 8. « Je souhaite intégrer une structure de soin importante ».

En tenant compte de l'ensemble des réponses, on peut expliquer ce choix ambivalent. La question n°23 paraît séduisante en rappelant tous les éléments positifs liés au fonctionnement et aux pratiques futures envisagées dans les MSP (12). Par opposition, l'item n°8 concerne les freins liés à la structure ainsi qu'aux frais de fonctionnement (25).

Enfin, il a semblé intéressant de dégager des sous-groupes selon le type de réponse à la question n°8. On constate que les réponses sont étroitement liées aux caractéristiques démographiques de la population sans pour autant que cela puisse être significatif au vu de la taille de l'échantillon.

En effet, il semble que les effectifs exerçant en secteur rural ont une plus grande propension à l'exercice en MSP malgré les freins financiers par

opposition aux effectifs exerçant en milieu semi rural et citadin qui ont majoritairement des réponses négatives.

	Groupe 1	Groupe 2
Effectif	6	7
féminisation	83,00%	71,00%
Age	43 (moyenne) 40,5 (médiane)	40 (moyenne) 39 (médiane)
Diplôme depuis	18 (moyenne) 19,5 (médian)	16 (moyenne) 13 (médiane)
Exercice libéral	10,8 (moyenne) 6 (médiane)	9,5 (moyenne) 2 (médiane)
Secteur d'exercice	83% Rural 16% Semi rural 0% Urbain	28% Rural 71% Semi rural 14% Urbain

*Tableau 6 : Composition des sous groupes Item 8.*

Le déficit en personnel soignant dans le secteur rural peut expliquer cette divergence d'opinion par un état psychologique et une approche différente du concept de MSP selon les deux sous groupes.

Le groupe 1 rassemblant des IDE exerçant surtout en secteur rural percevrait la MSP comme un moyen de maintenir un réseau de soins ambulatoires dans des conditions de travail plus acceptables .

Pour les IDE du groupe 2, exerçant en secteur semi rural et urbain, la MSP serait perçue comme une structure de confort et d'amélioration d'efficience de soins.

L'acceptation de l'exercice en MSP est plus aisée en milieu rural de par son image de solution à la désertification médicale et de pôle d'attraction pour le secteur de la santé (34).



# E. Conclusion

Ce travail, effectué auprès de 39 IDE de Rhône-Alpes (Isère, Savoie et Haute- Savoie) ayant permis de recueillir diverses opinions argumentées sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, nous permet de tirer un certain nombre de conclusions intéressantes.

Comme nous le pressentions initialement, quelques **freins empêchent encore les Infirmiers Diplômés d'État d'adhérer** totalement au projet. Les principaux sont les suivants :

- Difficultés à envisager l'intégration d'une structure de soins importante alors qu'elle n'est d'aucune utilité dans la pratique quotidienne actuelle.
- Freins liés à l'augmentation des frais de fonctionnement et aux charges dédiées à la Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- Craintes inhérentes à la mise en place de rémunérations forfaitaires dans l'optique de la création de nouveaux rôles propres infirmiers. Perte d'autonomie financière et évolution d'un cadre libéral vers un cadre salarié moins attractif.
- A une moindre échelle, perte d'autonomie dans l'organisation du temps de travail voir sentiment de rôle de subalterne du corps médical très mal perçu. Impression de ne plus pouvoir organiser son temps de travail comme souhaité.
- Interrogations sur le risque d'exclusion des professionnels extérieurs à la Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- Craintes liées à la négligence des personnes à mobilité réduite qui ne pourront se rendre au cabinet.
- Problème du libre choix du professionnel de santé par le patient au sein de la structure MSP.

Malgré toutes ces réticences et même si la plupart des IDE interrogés n'en ressentent pas encore le besoin, il apparaît que la majorité d'entre eux est favorable à une intégration au sein d'une Maison de Santé. Ce constat est d'autant plus vrai pour les IDE qui exercent en milieu rural, les IDE exerçant en

secteur semi rural ou en ville se révélant apparemment un peu moins motivés.

Il est important de noter qu'une grande partie des points controversés émanent d'une méconnaissance du concept de MSP et des missions d'information à l'échelle locale permettraient de lever ces points critiqués.

A l'issu de ce travail, nous sommes donc en mesure d'élaborer quelques pistes de réflexions en vue d'encourager un peu plus les IDE à s'investir dans ce nouveau concept :

- Favoriser la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires par une politique incitative locale et nationale associant des aides financières, fiscales mais aussi logistiques. Dans l'absolu, la création de MSP à financement public complet.
- Former et informer les futurs IDE à leur rôle dans le secteur libéral et à l'évolution de la pratique en particulier dans les MSP en améliorant la formation initiale et en créant des formations complémentaires adaptées spécifiquement à leurs nouvelles fonctions.
- Libérer du temps aux infirmières libérales en déléguant certaines de leurs tâches aux aides-soignantes en vu de leur confier des missions novatrices sans pour autant les contraindre à une perte financière.
- Adapter les grilles de cotations d'actes infirmiers et réfléchir à de nouveaux modes de rémunération plus adaptés à l'évolution des métiers de la santé, les IDE se révélant vraisemblablement très attachés au maintien du paiement à l'acte.
- Développer les échanges entre professionnels médicaux et paramédicaux, en amont de toute création de MSP afin de permettre une meilleure connaissance des compétences de chacun (création de Pôle de santé avant la création d'une MSP).

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont développées en France depuis une dizaine d'années selon les modèles testés par d'autres pays

européens et d'Amérique du Nord. Elles sont innovantes en répondant à la problématique d'amélioration d'efficacité de soins sans augmentation des effectifs de personnel qualifié.

En conclusion, nous pouvons retenir que les principales réticences des infirmiers à intégrer une MSP sont, d'une part, la contribution financière importante qu'exige l'appartenance à une telle structure, et d'autre part, la difficulté de la mise en place d'un cadre juridique adapté.

Par ailleurs, un point reste formel: rien ne se fera sans l'adhésion totale des professionnels de santé et ceux-ci ne s'engageront pas, sans garantie, dans un processus qui risque de révolutionner leur exercice professionnel!

Pour finir, les créateurs de Maisons de Santé Pluridisciplinaires devront s'orienter dans la recherche de solutions à ces différents problèmes, le travail en collaboration des professionnels de santé se devant d'être le fondement d'un tel projet .





# Annexes

## ANNEXE 1

**Afin de m'aider dans la réalisation d'une thèse de Médecine Générale, merci de prendre un court moment pour répondre à ce questionnaire .**

1. Vous êtes :  un homme  une femme
2. Quel âge avez vous ? :
3. En quelle année avez vous obtenu votre diplôme d'état ? :
4. Nombre d'années d'exercice en secteur libéral :
5. Aujourd'hui vous exercez votre activité en secteur :  Rural  Semi rural  Citadin
6. Je sais ce qu'est une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP):  oui  non
7. Je sais ce qu'est un Projet de Santé (dans le cadre d'une MSP):  oui  non

**Pouvez-vous dire si vous êtes "tout à fait d'accord", "plutôt d'accord", plutôt pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" avec les affirmations suivantes liées à la structure Maison de Santé Pluridisciplinaire :**

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
8. Je souhaite intégrer une structure de soin importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je souhaite avoir une certaine proximité géographique avec les autres professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je pense perdre ma patientèle en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je pense diminuer mes revenus en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je souhaite intégrer une part salariale à mon activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pouvez-vous dire si vous êtes "tout à fait d'accord", "plutôt d'accord", plutôt pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" avec les affirmations suivantes liées au fonctionnement de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (Projet de Santé):**

	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout

	d'accord	d'accord	d'accord	d'accord
13. Je souhaite travailler en équipe pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je souhaite une collaboration étroite avec le personnel médical prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je souhaite une délégation et une protocolisation de tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je souhaite intégrer un réseau de soin local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je souhaite participer à la formation et à l'encadrement d'étudiants infirmiers au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je souhaite participer à des expériences de coopération entre médecins et infirmier(e)s (délégations de tâches et nouveaux rôles propres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je pense perdre mon autonomie en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je pense augmenter mon temps de travail administratif en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je pense augmenter mon volume horaire travaillé en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je pense que les échanges formels entre professionnels de santé sont une perte de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je suis intéressé(e) par un exercice intégré à une Maison de Santé Pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Quels seraient les points négatifs qui vous empêcheraient d'intégrer une Maison de Santé Pluridisciplinaire ? (sur le plan structurel et sur le fonctionnement)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Je vous remercie de votre participation**

**Questionnaire à renvoyer à l'aide de l'enveloppe jointe au courrier ou à l'adresse mail suivante pour la version électronique: [johandruz@free.fr](mailto:johandruz@free.fr)**

## **ANNEXE 2**

### **Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS**

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique, tel qu'il est issu de l'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoit que les «maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Ces maisons de santé représentent une des réponses possibles au maintien d'une offre ambulatoire répondant aux besoins de la population. A ce titre, le 08.02.08 la Ministre de la Santé a annoncé lors de la première restitution des états généraux de l'organisation de la santé (EGéOS) une aide « financière dès 2008, pour la création de 100 maisons de santé pluridisciplinaires à hauteur de 50 000 euros maximum par projet présenté par les professionnels ou des collectivités locales ». Plus largement, les orientations stratégiques du FIQCS pour 2008 prévoient de « soutenir le développement de formes d'exercice regroupé des professionnels de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est déficitaire ou fragilisée », et de favoriser le « développement de maisons de santé pluridisciplinaires ».

Ce référentiel à vocation à accompagner ces créations sans pour autant être normatif.

Le développement de maisons de santé a donc pour objectifs :

- 1 d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible,
- 2 d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, en facilitant notamment la continuité des soins,
- 3 de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, l'insertion

des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social,

4 de contribuer à la formation des jeunes professionnels de santé.

### **Caractéristiques des maisons de santé et des projets de maison de santé :**

Les sites susceptibles de bénéficier d'un soutien du FIQCS au titre des maisons de santé s'inscrivent prioritairement dans les zones sous dotées ou très sous dotées du nouveau zonage.

Ces sites doivent répondre ou prévoir de répondre au minimum aux critères suivants :

#### 1) Critères principaux

- L'exercice est pluri-professionnel et de 1er recours : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins généralistes et un ou une paramédicaux (infirmière, masseurs kinésithérapeutes) éventuellement d'autres spécialistes d'accès direct, ...

- La maison de santé est un lieu principal d'exercice des professionnels de santé, indispensable à la mutualisation des fonctions support et clairement identifiable par la population,

- L'ensemble des professionnels partenaires au sein d'un projet de maison de santé a formalisé un projet de santé qui témoigne d'un exercice coordonné des professionnels, allant de la prévention au suivi des patients et qui prévoit notamment :

0 la continuité des soins, impliquant une large amplitude horaire d'ouverture en dehors des horaires de la PDS, ainsi que la participation des membres de la maison de santé à la PDS, en cohérence avec l'organisation locale,

1 une coordination interne à la structure (dossier partagé, staffs pluridisciplinaires réguliers,...),

2 l'accès aux soins : garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et exercice de consultations non programmées.

1 La mise en place ou l'engagement de mettre en place un système d'information fiable et sécurisé pour leurs besoins propres de gestion et de partage d'information en interne et avec les autres acteurs de santé du territoire, formalisé dans le projet de santé. Ce système s'appuie sur les recommandations organisationnelles du document : " critères d'éligibilité des structures de coordination des soins" élaboré par le Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers ([www.GMSIH.fr](http://www.GMSIH.fr)).

1 La participation à un ou plusieurs réseaux de santé s'ils existent sur le territoire couvert par la maison de santé en particulier lorsque ces réseaux portent les thèmes personnes âgées, maladies chroniques, prise en charge des enfants et adolescents et handicap et facilitent l'orientation des patients et la coordination des parcours de santé,

2 L'engagement d'un accueil et d'un encadrement des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes,...) par un ou des maîtres de stage dûment agréé(s) lorsque la réglementation le prévoit,

3 Les maisons de santé pluri-professionnelles devront être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

## 2. Critères secondaires

1 La maison de santé peut également héberger une maison médicale de garde (MMG),

2 Un renforcement des pratiques coopératives notamment dans le cadre du maintien à domicile des patients: associations, SSIAD, HAD, télémédecine, ...

3 Une articulation avec l'hôpital,

4 Un lien formalisé de la maison de santé avec un acteur médico-social (assistante sociale, éducateur, CLIC,...).

## **Financement :**

Le soutien financier spécifique de 50 000 euros maximum, modulable en fonction du projet présenté, est destiné à financer :

- 1 *pour les projets de maisons de santé*, des prestations d'ingénierie, d'accompagnement et de conseils nécessaires à la réalisation du projet (expert-comptable, fiscaliste, avocat, étude de besoins du territoire,...) ainsi qu'une aide à l'investissement immobilier ;
- 2 à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, *pour les maisons de santé existantes*, des investissements ponctuels (travaux, agrandissement, mise aux normes, investissement en système d'information...), la formation de personnels (soignants et non soignants), l'équipement (gros et petit matériel).

Cette aide ne peut être accordée qu'une fois. 50 % minimum de la dotation réservée à ce titre doit soutenir les maisons de santé ou projets implantés en zones sous-dotées et très sous-dotées ; 30% de cette dotation doit concerner les 215 quartiers du Plan Espoir Banlieue.

Ce financement est national mais sa gestion est régionale.

Les MRS et les bureaux des CRQCS peuvent également décider d'apporter des financements complémentaires à des projets de maisons de santé, respectant au minimum les termes du présent cahier des charges.

Ces financements ne sont pas exclusifs d'autres concours financiers tels que ceux susceptibles d'être apportés par les collectivités locales. Les MRS doivent guider et accompagner le promoteur dans la recherche de co-financements, grâce, notamment, à la mise en place d'un guichet unique : cofinancement de la part d'une ou plusieurs collectivités locales, de fonds européens, du contrat de plan Etat-région, du FNADT, ou d'autres organismes. Ces cofinancements seront appréciés par les MRS et les bureaux des CRQCS comme des critères favorables à un financement au titre du FIQCS.

## **Évaluation**

Assurée par la MRS une année après le versement de la subvention, elle doit en particulier justifier de l'utilisation des crédits alloués conformément aux engagements pris pour améliorer la prise en charge libérale coordonnée des patients. Si l'évaluation nécessite une enquête auprès des patients, ces derniers en seront informés et leur accord sera recherché. Si l'évaluation nécessite une enquête quantitative et qualitative auprès des professionnels, ces derniers seront tenus d'y répondre



## **ANNEXE 3**

Aujourd'hui, face aux problématiques de démographie de santé et d'inégalité de répartition des soins sur le territoire, la France et plus particulièrement les acteurs et usagers du système de santé se mobilisent pour le moderniser.

**L'une des réformes phares de cette modernisation du système de santé devra être le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles.**

En effet, les maisons de santé permettent de répondre aux attentes des patients en termes d'accès aux soins et des jeunes professionnels de santé en leur garantissant un exercice plus serein. De plus, les Maisons de santé Pluri-Professionnelles apporteront une offre de soins de qualité en favorisant et en simplifiant la coopération entre professionnels.

Ces maisons de santé constituent un nouveau mode d'exercice privilégié pour les prochaines générations. Toutefois, pour cela les maisons de santé pluriprofessionnelles doivent répondre à un cadre précis en adéquation avec les attentes tant des usagers que des professionnels. Il devra définir :

- les grandes fonctions et missions essentielles des maisons de santé pluriprofessionnelles;
- le mode de rémunération des professionnels ;
- le financement de ces structures ;
- le lien avec les autres acteurs de santé du territoire ;
- l'implication dans la formation initiale des futurs professionnels.

En tant que représentants des futurs et jeunes professionnels de santé qui exerceront à l'avenir dans ces structures, l'ANEMF, l'ANESF, la FNESI, la FNEK, la FNEO, l'ISNAR-IMG, l'UNAEE et l'UNECD ont souhaité réfléchir ensemble à la création de ces structures afin qu'elles correspondent au mieux aux attentes des usagers et des professionnels, notamment en terme de qualité de soins.

Les maisons de santé pluri-professionnelles doivent être en mesure de répondre **efficacement à la fois au défi de l'accès à des soins de qualité pour tous et à celui de l'attractivité pour les professionnels de santé**. Les objectifs sont larges, et ces structures se doivent, afin de les remplir, d'établir un projet de soin.

### **Le projet de soins**

**Le prérequis indispensable à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle est la réalisation d'un projet de soin.**

Il s'agit de la seule façon de garantir que les professionnels se sont rencontrés et ont travaillé ensemble à l'élaboration des objectifs, des moyens et du fonctionnement de la structure. Ce travail préalable de concertation est absolument indispensable à l'obtention d'une structure dont le fonctionnement

soit adapte aux besoins et possibilités des professionnels. C'est pour nous la condition sine qua non d'un investissement pérenne.

**L'élaboration du projet de soins, ainsi que toute décision ultérieure au sein de la maison de santé, doit se construire indépendamment de toute hiérarchie.** Pour que le fonctionnement de la structure puisse donner lieu à des relations constructives et pérennes entre les professionnels, aucun d'eux ne doit avoir de préséance. Afin que le fonctionnement soit à chaque fois le mieux adapte à la situation particulière de la maison de santé, **la répartition des pouvoirs doit être définie dans la concertation entre les professionnels, et figurer également dans le projet de soins.**

**Ce projet de soins doit donc reprendre les objectifs de la structure, ainsi qu'au minimum chacun des critères obligatoires décrits ci-dessous. Il doit également stipuler les moyens humains, financiers et organisationnels que les professionnels mettront en œuvre pour y parvenir.**

Le projet de soins doit également comprendre **des critères facultatifs**, dont la mise en œuvre peut être envisagée dans un second temps. Ces critères donneront lieu une fois mis en place de façon effective à des financements complémentaires.

**Dans certains situations exceptionnelles**, telles qu'un accès aux soins compromis dans un délai ne laissant pas le temps de la réalisation d'un projet Maison de santé Pluri-Professionnelle de soins, **il doit être rendu possible de créer en urgence une structure permettant d'accueillir des professionnels. Dans ce cadre, la maison de santé doit pouvoir être labellisée sur les seuls critères structurels**, les critères fonctionnels étant alors évalués dans un second temps.

L'obtention du label doit donner lieu à un financement spécifique d'aide au développement de ces structures.

### **Critères obligatoires**

Pour répondre globalement aux besoins de santé de la population du bassin de vie concerné, la maison de santé pluri-professionnelle ne sera en mesure de remplir pleinement cette fonction qu'en répondant à certains critères **obligatoires** qui, selon nous, doivent être la base de leur labellisation .

Aux critères obligatoires doit répondre un financement « immobilier ». On peut distinguer deux types de critères obligatoires : les critères « structurels » et les critères « fonctionnels ».

#### Critères « structurels » :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles se situent en **un lieu géographique unique**.
- Pour remplir sa mission de soins globaux de premier recours pour une population donnée, la maison de santé pluri-professionnelle devra

nécessairement être dotée de professions différentes.

Le minimum convenu est de :

- **deux médecins généralistes**,
- **un infirmier**,
- **un professionnel de la rééducation** (masseur kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou orthophoniste), en fonction du projet de soins de la structure,
- **un secrétaire médical.**

De plus, selon le projet de santé porté par les professionnels initiateurs de la maison de santé, celle-ci pourra compter parmi ses membres titulaires ou vacataires **d'autres professionnels nécessaires à la réalisation dudit projet** (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, gériatres, chirurgiens dentaires, etc.).

Il est à noter que dans le cadre des maisons de santé, les jeunes infirmiers doivent pouvoir disposer d'une dérogation au dispositif de contrainte à l'installation auquel ils sont actuellement soumis.

- Dans une optique d'efficacité de fonctionnement, la maison de santé pluri-professionnelle devra mettre en place **un secrétariat commun à l'ensemble** des professionnels y exerçant, afin de coordonner au mieux les emplois du temps de chacun et les consultations des patients et libérer les professionnels des contraintes administratives chrono-phages au détriment du temps soignant.
- La maison de santé pluri-professionnelle devra être en mesure d'assurer **un accueil des patients pour les soins non programmés lors de ses horaires d'ouverture**. Ces horaires seront larges, et seront définis en fonction de l'organisation de la permanence des soins locale. L'organisation fine de cette disposition sera laissée au libre choix des professionnels qui devront toutefois le mentionner dans le projet de santé de la structure.
- Afin de faciliter cette coopération, il sera indispensable de doter la maison de santé pluri-professionnelle d'**un outil informatique en réseau fiable permettant le partage entre les professionnels des dossiers des patients bénéficiant d'une prise en charge pluri-professionnelle**. Toutefois, il sera obligatoire de s'assurer que cet outil soit sécurisé afin de protéger les données des patients.
- Dans une optique d'efficacité, les maisons de santé pluriprofessionnelles devront, dans la mesure des possibilités techniques, utiliser **la télétransmission**, ainsi que se munir de logiciels compatibles entre eux.

Critères « fonctionnels » :

- La maison de santé pluri-professionnelle devra être un lieu de formation des étudiants en santé. Pour cela, **tout professionnel en capacité d'accueillir des étudiants devra être en mesure de le faire.**

En effet, dans certaines professions il n'est possible de devenir maître de stage qu'à certaines conditions, et il ne serait pas pertinent que ces conditions fassent obstacle à l'installation de professionnels. C'est le cas en particulier en

médecine et en orthophonie ou trois ans d'exercice professionnel sont exigés pour être maître de stage : il est hors de propos d'empêcher les jeunes diplômés de s'installer en maison de santé à ce motif. Par contre, dès qu'ils réunissent les conditions voulues, chaque professionnel doit s'investir dans la maîtrise de stage. Cet accueil aura également l'avantage de présenter ce type de structure et d'exercice aux futurs professionnels, de les y sensibiliser et de les former à l'exercice pluri-professionnel.

- Les professionnels de la maison de santé pluri-professionnelle devront élaborer une méthodologie de concertation. La coopération entre les professionnels sera un facteur clé de la réussite du projet de santé développé par l'équipe soignante. Celle-ci devra donc se ménager des plages horaires de « staffs », afin d'échanger tant sur les patients pris en charge par différents professionnels de la structure, que sur le fonctionnement interne de la maison, que sur leurs pratiques et leurs évolutions.

### **Critères souhaités obligatoires mais ne pouvant à ce jour qu'être facultatifs**

Certains critères sont par ailleurs indispensables pour pouvoir réellement parler de « maisons de santé pluri-professionnelles ». Cependant, faute de financements et de modes de rémunération permettant de remplir ces missions, nous sommes contraints, en l'état actuel des choses, d'inscrire ces critères au rang des « facultatifs » afin de ne pas couper court aux projets de qualité émergents mais qui ne pourraient voir le jour si nous inscrivions ces missions comme obligatoires.

- La maison de santé pluri-professionnelle se devra d'être **pleinement impliquée dans la prévention**, un des grands enjeux liés au vieillissement de la population et l'émergence de nouvelles pathologies, ainsi que dans l'éducation des patients.

- Les professionnels de la maison de santé pluri-professionnelle devront **utiliser au moins un protocole de coopération**. On ne conçoit pas en effet que les coopérations mises en place dans ces structures se fassent en marge du processus engagé par la loi HPST.

### **Critères facultatifs**

Afin de laisser une certaine liberté aux initiateurs du projet, mais de les encourager à s'adapter au plus près aux besoins de la population cible, il serait pertinent d'établir un certain nombre de critères **facultatifs** qui pourraient donner lieu à des subventions supplémentaires, correspondant à un financement « rémunérateur » pour les professionnels :

- La maison de santé pluri-professionnelle pourrait également mettre en place au sein de ses murs une **maison médicale de garde** accueillant les patients en-

dehors des horaires d'ouverture habituels. Son fonctionnement sera inclus dans le schéma d'organisation de la permanence des soins du secteur concerné, avec les autres structures impliquées.

- D'autres professionnels que les médecins pourraient être amenés à s'engager à effectuer des astreintes, afin de réaliser **une permanence des soins pluri-professionnelle**. On pourrait notamment imaginer par exemple la participation des masseurs-kinésithérapeutes lors des weekends en période d'épidémies de bronchiolites. Cette proposition serait particulièrement attractive et rassurante pour les médecins de garde, qui pourront alors faire appel si nécessaire au professionnel le plus compétent à dispenser le soin requis, sans avoir à faire appel systématiquement à une structure hospitalière.

### **Création de critères**

**Des critères facultatifs supplémentaires doivent pouvoir être proposés à l'initiative des ARS comme des professionnels. L'émergence de propositions issues du terrain est fondamentale pour le dynamisme des structures.** Par ailleurs, ce mécanisme de développement des critères facultatifs est essentiel dans l'attente d'une analyse plus fine des besoins populationnels par les SROS.

### **Lieu d'implantation**

Les maisons de santé pluri-professionnelles ont vocation à constituer un puissant outil de réponse à la problématique de la démographie médicale. C'est pourquoi elles doivent s'implanter prioritairement en zone déficitaire. Dans cette optique, elles doivent pouvoir également bénéficier de subventions supplémentaires en cas d'installation en zone particulièrement dépourvue de professionnels. Ces subventions pourraient être versées essentiellement par l'ars ou par la communauté de communes.

## **ANNEXE 4**

### **Préambule et définitions**

#### **1. Une couverture sanitaire qui se dégrade**

##### **1.1. Situation démographique médicale actuelle et évolution**

Les travaux menés par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) () depuis le début des années 2000 sur la démographie des professions de santé fournissent des éléments de cadrage indispensables aux réflexions sur les nouvelles formes de coopération. Les effectifs actuels des différentes professions sont: environ 470 000 infirmières, 200 000 médecins, 70 000 pharmaciens, 60 000 masseurs-kinésithérapeutes, 17 000 sages-femmes.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, on dénombre 104 783 médecins généralistes en activité pour la métropole, ce qui correspond à une densité médicale de 172 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2006. Celle-ci étant passée de 138 à 172, on a assisté à une croissance d'environ 25% en 20 ans, mais avec une baisse sensible de 2,7 points par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Cette diminution peut s'expliquer par une quasi-stagnation des effectifs de médecins généralistes alors que la population française a progressé sensiblement en 2005.

On dénombre 5 585 médecins généralistes libéraux en exercice dans la région Rhône-Alpes en 2008 contre 6 409 en 2005. Compte tenu d'une baisse de près de 13,0% des effectifs, la couverture médicale a enregistré une baisse importante (*tab. n° 2*). Ainsi, 63,2% des bassins d'activité ont un encadrement médical inférieur ou égal à 1 350 habitants pour un médecin généraliste, sachant que la valeur moyenne en Rhône-Alpes se situe aux environs de 1 010 habitants pour un médecin généraliste, et que la valeur médiane est de 1161 habitants

pour un médecin généraliste. Au total, 75,1% de la population régionale bénéficie de ce niveau d'encadrement médical.

Les projections réalisées par la DREES, en prenant pour hypothèse la poursuite des comportements actuels des professionnels de santé et le maintien des *numerus clausus* fixés par la tutelle, esquissent l'évolution démographique de ces professions. Pour les médecins, les effectifs et la densité doivent, selon ces hypothèses, diminuer à l'horizon 2020, des mouvements inverses devraient être observés pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et surtout les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE).

Ces travaux prévoient une diminution prononcée de la densité médicale dans le secteur libéral ainsi que la poursuite de la féminisation de la profession, où les femmes devraient devenir majoritaires après 2020.

Enfin, les projections laissent entrevoir, un comportement d'installation inchangé (même si le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) annonce pour 2010 un ratio d'installation secteur libéral versus secteur salariée inférieur à 10 %), une tendance globale à la réduction des inégalités régionales dans la répartition des médecins, mais aussi l'existence de territoires « fragiles » notamment dans les zones rurales, où la présence des infirmières et des pharmaciens reste toutefois plus importante que celle des autres professionnels.

Ces évolutions ne renseignent cependant pas en elles-mêmes sur la capacité des professionnels de santé à satisfaire les besoins de soins de la population à un horizon de 20 ans. Elles doivent en effet être mises en regard de l'évolution de leur temps de travail et des modifications de l'environnement: évolutions de la demande liées notamment au vieillissement, innovations techniques et progrès médical, nouvelles priorités de santé publique, réformes du système de santé ou encore changements réglementaires.



## 1.2. Situation démographique des IDE libéraux

Les travaux de l'ONDPS qui se sont, en 2004, penchés sur la profession des IDE avaient fait apparaître le manque de connaissances précises tant sur les besoins en personnel infirmier que sur la réalité des trajectoires des professionnels en formation puis en exercice. Autant d'éléments qui faisaient défaut pour définir une politique adaptée d'évolution des effectifs infirmiers et pour comprendre les phénomènes de pénurie localisés dans un contexte d'essor des effectifs.

Dans le rapport 2004 de l'ONDPS, le répertoire ADELI recense au total 446 000 IDE dont 74 % exercent dans les hôpitaux et cliniques, 12 % sont salariées en dehors du secteur hospitalier (établissements médico-sociaux, collectivités locales, Éducation Nationale, sociétés d'intérim, entreprises...) et seulement 14 % sont libéraux.

En 2008, le même répertoire ADELI recense au total 477 115 IDE en activité soit une progression de 6,9 % de l'effectif national tous statuts confondus depuis 2004. Cette tendance est accentuée dans le secteur libéral avec une croissance de 28,8 % en passant d'un effectif national de 54 014 IDE libéraux en 2003 à un chiffre de 69 619 en 2008.

Pour les IDE libéraux, la région Rhône-Alpes se situe au huitième rang avec une densité moyenne de 118 IDE pour 100 000 habitant alors qu'elle est de 113 pour 100 000 habitants au niveau national. Mais tout comme pour les médecins généralistes, la répartition est très inégale à l'échelon infra régional et il est difficile d'appréhender le nombre exact d'IDE sur un secteur donné. En effet, les IDE libéraux ne sont pas les seuls à intervenir dans les soins: sur une zone, une densité d'IDE libéraux faible peut être compensée par la présence de structures de soins à domicile tels que les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Il ne faut donc pas s'en tenir uniquement au nombre de libéraux pour considérer l'offre de soins infirmiers. En outre, les IDE ont souvent



un parcours varié (activité salariée, activité libérale, période inactive, remplacements...), ce qui rend d'autant plus difficile une projection dans l'avenir.

Notre région est également confrontée à une situation particulière du fait de sa proximité avec la Suisse. Certains secteurs rencontrent un problème de « fuite » des IDE libéraux vers la Suisse où la profession infirmière salariée y est mieux rémunérée qu'en France. En effet on constate des densités inférieures à 96 pour 100 000 habitants dans les départements limitrophes de la Haute Savoie et de l'Ain. En outre, la « pénurie » d'IDE libéraux se répercute sur les centres de soins ou encore les services d'aides à domicile.

Au total, la région présente une situation contrastée avec un profil moyen en termes de démographie des médecins généralistes, et elle semble plutôt défavorisée du côté de l'installation des IDE libéraux selon les départements.

## 2. La délégation de tâches en Médecine Générale

Outre son inscription naturelle dans l'évolution historique de la médecine, la question de la coopération entre professionnels de santé s'insère dans une conjoncture de tension prévisionnelle en termes de démographie professionnelle, tant médicale que paramédicale. L'optimisation de l'activité de chaque professionnel et donc du « temps médical et paramédical disponible » pourrait offrir une perspective de réponse aux difficultés actuelles de démographie que connaissent certaines professions médicales ou paramédicales.

Les conclusions du rapport sur l'analyse publiée en octobre 2003 par le Pr. Yvon BERLAND concernant les coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays, constatent des initiatives françaises dans ce domaine plutôt rares. Il s'agit surtout d'expériences loco-régionales pour lesquelles la légitimité du transfert de tâches est venue de la compétence que les acteurs ont acquise au cours des années, sans aucune reconnaissance des pratiques effectuées.

Très peu d'expériences ont été réalisées en cabinet de ville à ce jour. Néanmoins il convient de citer une étude expérimentale menée à l'initiative de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Poitou-Charentes: le projet ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe). Projet ayant pour objectif d'éprouver la faisabilité de la délégation d'activités en médecine générale, voire le développement d'activités nouvelles, au sein de 3 cabinets de groupe. Dans cette étude une équipe d'IDE s'est vue attribuée une extension de leur rôle propre par délégation de tâches, consistant en la surveillance clinique et biologique des patients diabétiques.

Au-delà d'une nouvelle organisation de travail, cette expérimentation semble ouvrir la voie de nouvelles opportunités professionnelles pour les IDE, ainsi qu'un nouveau mode relationnel avec le patient dans la prise en charge des pathologies chroniques, les soignants allant ici à la rencontre des patients.

En outre, en comparant les résultats du projet ASALEE dans la prise en charge biologique et clinique des patients avec ceux des études de référence, il a prouvé que la délégation de tâches avait permis une meilleure réalisation des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

### 3. Le Concept de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)

Pour la première fois en 2008, la loi a donné une définition des MSP:  
**« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux »** Article L6323-3. Créé par la LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44.

Plus qu'une simple juxtaposition de locaux professionnels à utilisation médicale ou para médicale, il s'agit là d'une nouvelle structure de soin, lieu de coopération entre les différents membres. Le fonctionnement interne de la MSP

est régi par le **Projet professionnel** qui vient organiser le rôle de chaque membres en supplément de son activité habituelle. **Le Projet de santé** définit les actions et priorités sanitaires concernant la population suivie dans le cadre d'une MSP. Un certain nombre d'items doivent être obligatoirement retrouvés dans le projet de santé comme stipulé dans le cahier des charges des MSP établi à la conférence de Besançon (), les autres axes de prise en charge sont issus d'un consensus entre les professionnels présents.

### 3.1. Le projet de santé

Il permet prioritairement de:

- Répondre à la continuité des soins et aux demandes non programmées dans les heures d'ouverture de la structure. La permanence des soins n'a pas été retenue comme relevant d'une obligation de la MSP. Assurer l'accessibilité et l'accès aux soins pour tous. Assurer la prise en charge et le suivi des maladies chroniques.
- Mettre en place des actions de prévention, comme la systématisation du dépistage de certaines pathologies. Ces actions doivent d'une part, répondre à une logique de santé publique (obésité, asthme, diabète, iatrogénicité... avec des réponses adaptées: éducation thérapeutique, maintien à domicile...), et d'autre part, se développer dans une logique d'initiative locale.
- Introduire une démarche réflexive s'inscrivant dans une dynamique d'évaluation des pratiques et de travail en équipe.

### 3.2. Le Projet professionnel

Il répond aux besoins définis dans le Projet de santé.

- Il précise l'**organisation professionnelle pluridisciplinaire** pour

atteindre les objectifs du Projet de santé. La qualité du processus d'élaboration détermine fortement la qualité du travail coopératif.

- Il implique la mise en place **d'un dossier médical partagé** avec l'ensemble des professionnels.
- Le projet professionnel veillera à établir un partenariat avec **les pharmaciens** eux aussi impliqués dans les soins de premier recours.
- Il essaye de s'articuler avec **l'hôpital** (local ou régional): cette coordination devant fonctionner dans les deux sens.
- Il assurera un lien avec **le secteur social et médico-social**, ce qui permettra l'implication des collectivités locales et territoriales.

<b>Projet de santé</b> (à l'intention d'une population)	se réalise sous forme d'un	<b>Projet professionnel</b> (destiné aux professionnels)
Continuité des soins (réponse organisée aux demandes de soins non programmés) : « l'aigu »		Organisation du travail Dossier informatique partagé Harmonisation des pratiques
Prise en charge des maladies chroniques		Optimisation des pratiques Coopérations interdisciplinaires Éducation thérapeutique
Formation Prévention Épidémiologie et veille sanitaire		Accueil de stagiaires Développement de la Formation Médicale Continue (FMC) Dépistages et actions de prévention secondaires Recueil de données cliniques et épidémiologiques

## ANNEXE 5



J. DRUZ  
190 route de chez Mermier  
74370 Villaz  
tel 06 64 79 21 21

le 25 novembre 2010 à Villaz

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçant en année de thèse, nous nous sommes rencontré lors de divers réunions ou remplacements de médecins de votre secteur de soin.

Dans le cadre d'une thèse de médecine, je réalise une enquête auprès des infirmiers et infirmières diplômés d'état. Cette enquête explore les appréhensions du personnel infirmier lors de l'intégration ou la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire.

Les maisons de Santé Pluridisciplinaires sont des structures de soins regroupant dans un même bâtiment des personnels médicaux et paramédicaux. L'objectif de ces structures est de créer un nouveau mode de fonctionnement et de collaboration entre les différents intervenants, d'améliorer la qualité de soin, d'améliorer les conditions de travail et de rendre attractif des secteurs de soins désertés.

Ci joint au courrier les questionnaires à compléter ainsi que l'enveloppe pour le retour. N'hésitez pas à diffuser autour de vous ces questionnaires ou à me contacter pour d'éventuelles questions ou difficultés.

Avec tous mes remerciements pour l'intérêt et le temps accordé à ce courrier

Cordialement

Johann DRUZ

## ANNEXE 6

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Total</b>
<b>8.</b> Je souhaite intégrer une structure de soin importante	15,38	30,16	38,46	15,38	100
<b>9.</b> Je souhaite avoir une certaine proximité géographique avec les autres professionnels de santé	61,53	23,07	7,69	7,69	100
<b>10.</b> Je pense perdre ma patientèle en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	0	0	46,15	53,84	100
<b>11.</b> Je pense diminuer mes revenus en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	7,69	15,38	53,84	23,07	100
<b>12.</b> Je souhaite intégrer une part salariale à mon activité	0	15,38	38,46	46,15	100

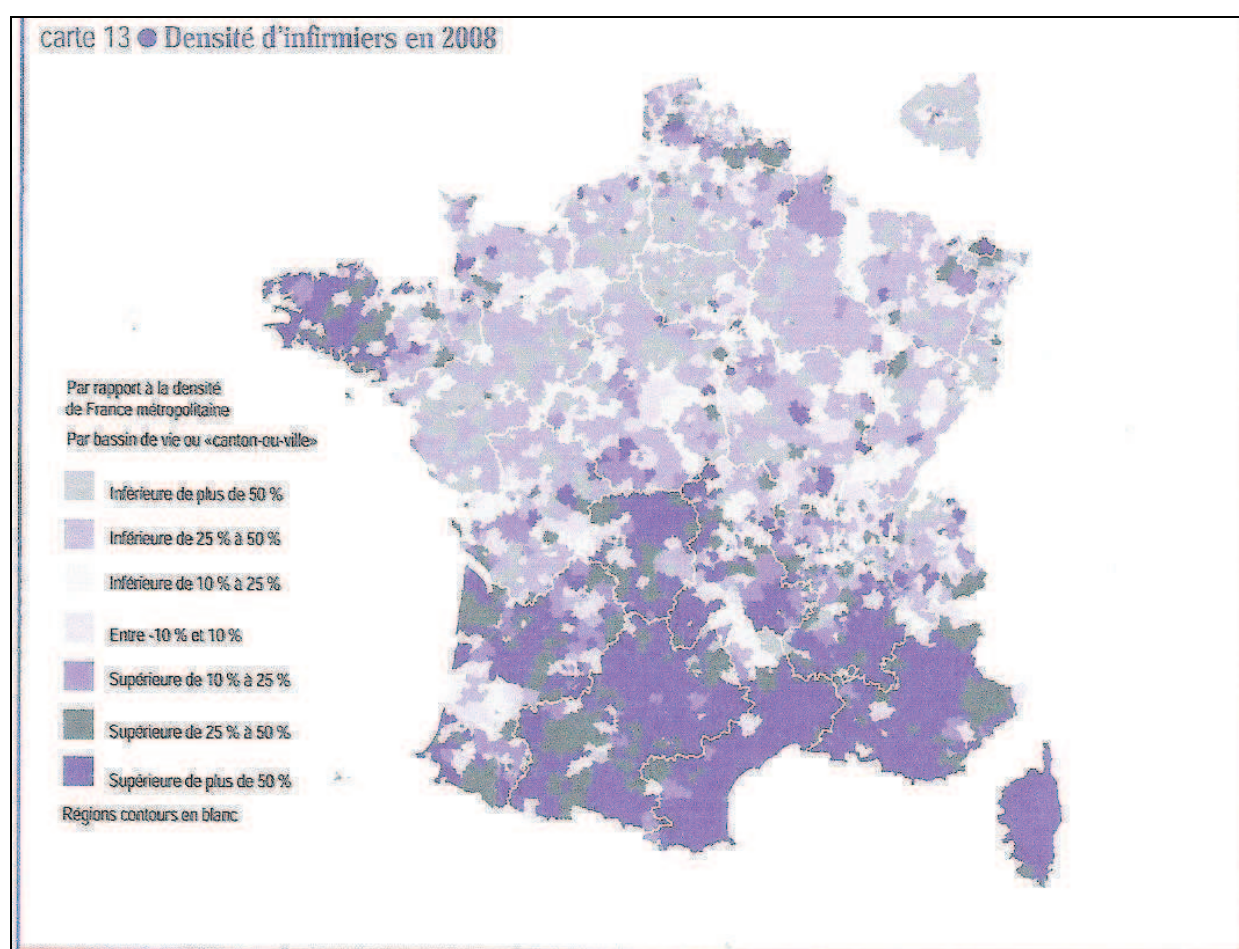
Synthèse des réponses exprimées en valeurs relatives

## ANNEXE 7

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Total</b>
<b>13.</b> Je souhaite travailler en équipe pluridisciplinaire	69,23	15,38	0	7,69	100
<b>14.</b> Je souhaite une collaboration étroite avec le personnel médical prescripteur	61,53	30,76	7,69	0	100
<b>15.</b> Je souhaite une délégation et une protocolisation de tâches	38,46	46,15	7,69	7,69	100
<b>16.</b> Je souhaite intégrer un réseau de soin local	30,76	53,84	0	7,69	92,31
<b>17.</b> Je souhaite participer à la formation et à l'encadrement d'étudiants infirmiers au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire	53,84	38,46	0	7,69	100
<b>18.</b> Je souhaite participer à des expériences de coopération entre médecins et infirmier(e)s (délégations de tâches et nouveaux rôles propres)	61,53	23,07	0	7,69	92,31
<b>19.</b> Je pense perdre mon autonomie en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	7,69	15,38	53,84	23,07	100
<b>20.</b> Je pense augmenter mon temps de travail administratif en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	7,69	23,07	53,84	15,38	100
<b>21.</b> Je pense augmenter mon volume horaire travaillé en intégrant une Maison de Santé Pluridisciplinaire	7,69	7,69	76,92	7,69	100
<b>22.</b> Je pense que les échanges formels entre professionnels de santé sont une perte de temps	7,69	7,69	23,07	61,53	100
<b>23.</b> Je suis intéressé(e) par un exercice intégré à une Maison de Santé Pluridisciplinaire	30,76	46,15	15,38	7,69	100

Synthèse des réponses exprimées en valeurs relatives

## ANNEXE 8





## ANNEXE 8

### ● Professionnels de santé libéraux

En exercice au 1.01.2008 : nombre et densité pour 100 000 habitants

	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Ile de France	Languedoc-Roussillon
<b>Médecins généralistes</b>											
1 Nombre	2 067	3 998	1 433	1 662	3 382	2 336	1 370	337	1 221	12 093	3 404
2 Densité	113	127	107	102	108	92	103	113	106	104	133
3 dont praticiens de 55 ans et plus	655	1 408	504	570	1 131	849	467	110	407	4 598	1 173
<b>Médecins spécialistes</b>											
4 Nombre	1 474	3 187	899	1 065	2 140	1 635	825	284	646	14 077	2 671
5 Densité	81	101	67	65	69	65	62	95	56	121	104
6 dont praticiens de 55 ans et plus	537	1 265	372	458	790	668	337	109	269	6 587	988
7 Total médecins libéraux	3 541	7 185	2 332	2 727	5 522	3 971	2 195	621	1 867	26 170	6 075
<b>Chirurgiens-dentistes</b>											
8 Nombre	1 253	2 254	849	745	1 931	1 114	674	230	522	8 363	1 847
9 Densité	69	72	63	46	62	44	50	77	45	72	72
<b>Infirmiers</b>											
10 Nombre	1 427	4 837	1 780	1 473	4 531	1 842	989	844	976	6 847	6 023
11 Densité	78	154	133	90	145	73	74	283	85	59	235
<b>Massesurs Kinésithérapeutes</b>											
12 Nombre	1 085	3 025	1 117	1 047	2 747	1 441	764	364	582	9 707	3 026
13 Densité	59	96	83	64	88	57	57	122	50	84	118
<b>Pédicures-podologues</b>											
14 Nombre	240	710	147	227	582	400	192	58	145	2 464	481
15 Densité	13	23	11	14	19	16	14	19	13	21	19
<b>Orthophonistes</b>											
16 Nombre	338	662	182	235	618	455	193	49	166	3 063	858
17 Densité	19	21	14	14	20	18	14	16	14	26	33

# ANNEXE 8

	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Basse-Normandie	Haute-Normandie	Pays de la Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Prov. Alpes-Cotes d'Azur	Rhone-Alpes	FRANCE	Antilles-Océan	Réunion
1	930	2 428	3 541	4 543	1 411	1 805	3 530	1 795	1 935	6 632	6 460	68 313	772	859
2	127	104	126	113	97	100	101	95	112	137	106	111	73	109
3	296	709	1 282	1 363	484	617	1 133	602	668	2 322	1 998	23 346	282	231
4	458	1 467	2 821	2 474	864	1 107	2 190	900	1 102	6 323	5 223	53 832	502	428
5	62	63	101	62	59	61	63	47	64	130	86	87	48	54
6	166	549	1 153	862	320	454	738	351	428	2 580	1 858	21 839	247	159
7	1 388	3 895	6 362	7 017	2 275	2 912	5 720	2 695	3 037	12 955	11 683	122 145	1 274	1 287
8	343	1 366	2 085	1 858	547	650	1 804	723	803	3 991	3 745	37 697	372	433
9	47	58	74	46	37	36	52	38	46	82	62	61	35	55
10	1 093	2 171	5 288	3 573	1 508	1 434	2 300	1 384	1 590	10 518	7 191	69 619	1 887	1 189
11	149	93	188	89	703	79	66	73	92	217	118	113	179	150
12	505	1 304	2 762	3 437	794	881	2 405	939	1 124	6 180	5 748	50 984	629	797
13	69	56	98	85	54	49	69	49	65	127	95	83	60	101
14	80	251	605	724	219	236	601	265	260	1 005	890	10 782	98	33
15	11	11	22	18	15	13	17	14	15	21	15	17	9	4
16	65	432	706	1 098	207	258	731	269	223	1 578	1 743	14 129	132	277
17	9	18	25	27	14	14	21	14	13	33	29	23	13	35

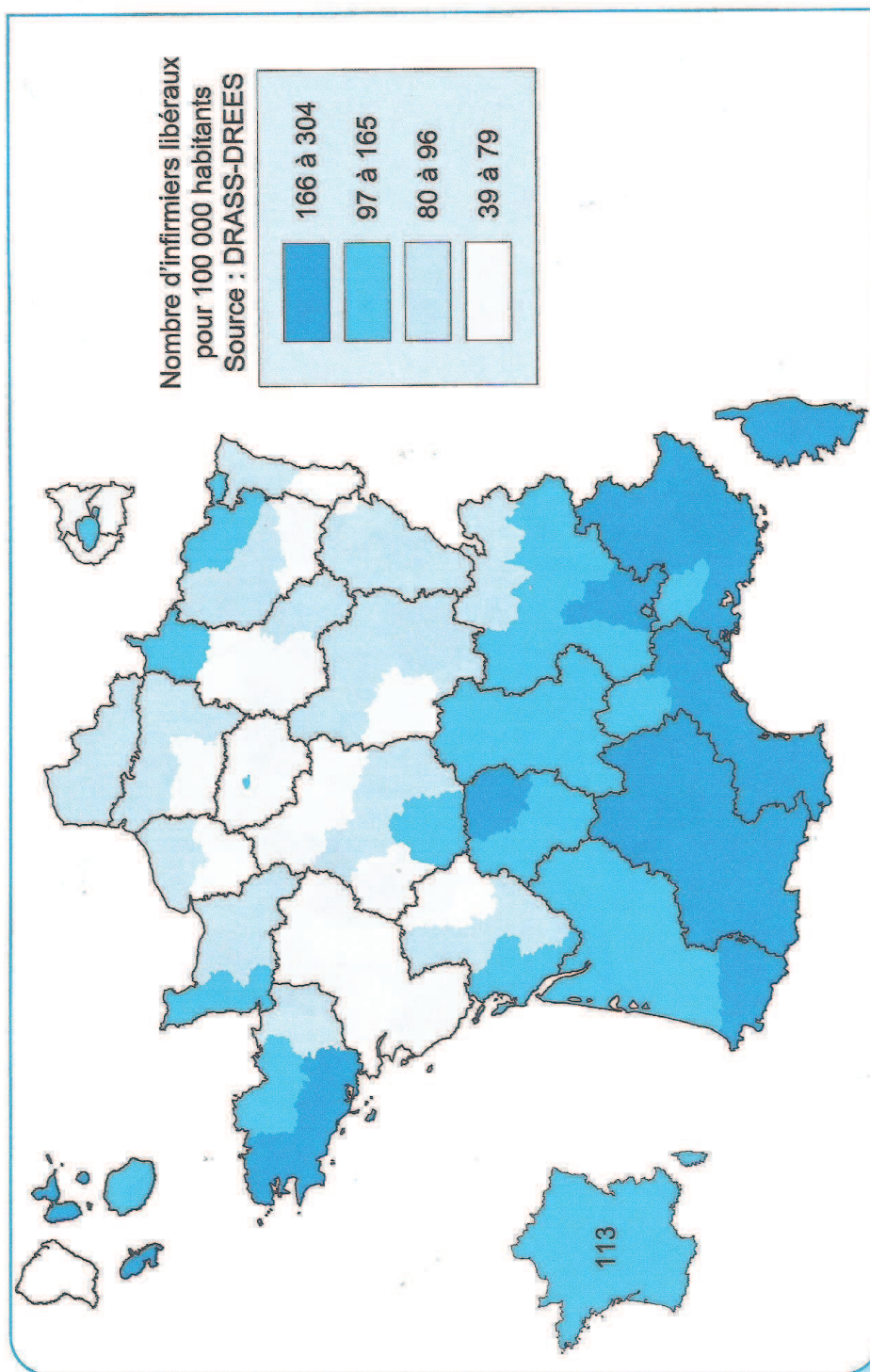
PERSONNELS

Source : DREES - DRASS - ADELI



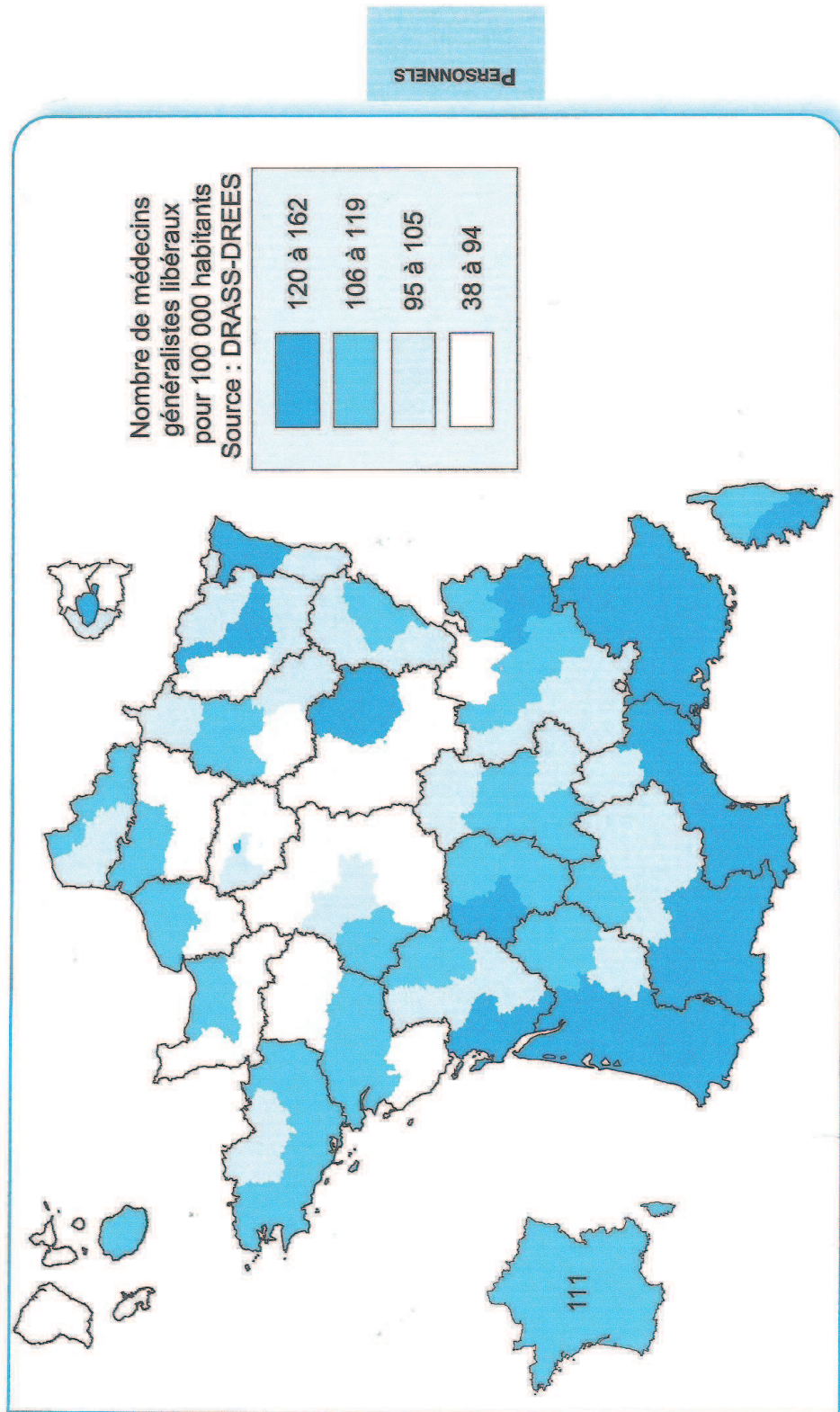
## ANNEXE 8

### ★ Densité d'infirmiers libéraux au 01/01/2008



## ANNEXE 8

### ★ Densité des médecins généralistes libéraux au 01/01/2008



57

## ANNEXE 9

### NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS INFIRMIERS

(Arrêté du 25 mars 1993) (Arrêté du 21 avril 1994) (Arrêté du 1er mars 1999) (Arrêté du 8 Décembre 1999) (Arrêté du 12 Octobre 2000) (Arrêté du 1 mars 2002) (Arrêté du 28 juin 2002) (Arrêté du 18 février 2003)

#### SOINS DE PRATIQUE COURANTE AMI

##### □ Article 1<sup>er</sup> : Prélèvements et injections

Prélèvement par ponction veineuse directe.....	1.50
Saignée.....	5
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques.....	1
Injection intraveineuse directe isolée.....	2
Injection intraveineuse directe en série.....	1.50
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de 5 ans.....	2
Injection intramusculaire.....	1
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance.....	5
Injection sous cutanée.....	1
Injection intra dermique.....	1
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur.....	3
Injection d'un implant sous cutané.....	2.50
Injection en goutte à goutte par voie rectale.....	2

##### □ Article 2 : Pansements courants

Pansement de stomie.....	2
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule.....	2.25
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel.....	2
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel.....	4
Autre pansement.....	2

##### □ Article 3 : Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse

Pansement de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle.....	4
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm <sup>2</sup> .....	4
Pansement d'amputation nécessitant déterSION, épluchage et régularisation.....	4
Pansement de fistule digestive.....	4
Pansements pour perte de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions Profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses.....	4

Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation.....	4
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons.....	4
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé.....	4

□ Article 4 : Pose de sonde et alimentation

Pose de sonde gastrique.....	3
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance.....	3
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance.....	4

□ Article 5 : Soins portant sur l'appareil respiratoire

Séance d'aérosol.....	1.50
Lavage d'un sinus.....	2

□ Article 6 : Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Injection vaginale.....	1.25
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie.....	1.50
Cathétérisme urétral chez la femme.....	3
Cathétérisme urétral chez l'homme.....	4
Éducation à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de 10 séances.....	3.50
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel.....	4.50
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire	
Instillation et /ou lavage vésical (sonde en place).....	1.25
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par 24 heures.....	1

□ Article 7 : Soins portant sur l'appareil digestif

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie.....	1.25
Lavement évacuateur ou médicamenteux.....	3
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles.....	3

□ Article 8 : Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Pulvérisation de produit(s) médicamenteux.....	1.25
Réalisation de test tuberculinique.....	0.50
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur.....	1



□ Article 9 : Perfusions

Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile :

Infuseur, pompe portable, pousse seringue.....	3
Pose de perfusion par voie sous cutanée ou rectale.....	2
Pose ou changement d'un dispositif intraveineux.....	3
Changement de flacon(s) ou branchement sur dispositif en place.....	2
Arrêt et retrait du dispositif de la perfusion, pansement éventuel, tenue du dossier de soins et transmission des informations au médecin prescripteur.....	1
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés , à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) de moins de 8 heures.....	2
- de plus de 8 heures.....	4

Les cotations de différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales. Ces cotations comprennent, le cas échéant, l'injection de produits médicamenteux par l'intermédiaire d'une tubulure.

□ Article 10 : Surveillance et observation d'un patient à domicile

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile(\*)des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.....

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile(*)des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.....	1
Au delà du premier moi, par passage.....	1E

(\*)Pour l'application des 2 cotations ci dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du Code de la Santé Publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées ou handicapées mentionnés au 5<sup>ème</sup> de l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée, à l'exception toutefois des logements foyers non médicalisés.

Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulinodépendants , avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de 15 jours, par jour.....

Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulinodépendants , avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de 15 jours, par jour.....	1
--	---

□ Article 11 : Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente

Les actes prévus au paragraphe 1 suivant sont cotés avec la lettre clé DI

Les actes prévus aux paragraphes 2, 3 et 4 suivants sont cotés avec la lettre clé AIS

1- Élaboration de la démarche de soins infirmiers à domicile nécessaire à la réalisation de séances de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un patient dépendant ou à la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social Pour un même patient : les éventuelles démarches de soins infirmiers prescrites par le médecin au delà de 5 sur 12 mois, y compris la première, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie

- la première démarche de soins infirmiers est cotée.....1.5 15€

- les démarches de soins infirmiers suivantes sont cotées.....1 10€

La cotation de la démarche de soins infirmiers inclut :

A/ la planification des soins qui résulte de :

1. l'observation et l'analyse de la situation du patient,
2. le ou les diagnostic(s) infirmiers
3. la détermination des objectifs de soins et des délais pour les atteindre, des actions de soins infirmiers ou de la surveillance clinique infirmière et de prévention à effectuer ou de la mise en place d'un programme d'aide personnalisée

B/ la rédaction du résumé de la démarche de soins infirmiers qui comporte :

D'une part :

1. les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement,
2. l'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux,
3. les autres risques présentés par le patient
4. l'objectif global de soins

d'autre part, la prescription

1. de séances de soins infirmiers
2. ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention
3. ou de mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé.

Ou :

1. de séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention,
2. de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention

C/ la transmission du résumé de la démarche de soins infirmiers par l'infirmier au médecin

L'intégralité de la démarche de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin-conseil et au patient à leur demande.

Pour un même patient :

1° Le résumé de la première démarche de soins infirmiers est transmis par l'infirmier au médecin. Au terme d'un délai de 72 heures suivant cette transmission, ce résumé est considéré comme ayant l'accord tacite du médecin sauf observation de ce dernier ;

2° Les résumés des éventuelles démarches de soins suivantes sont signés par l'infirmier et le médecin.

Le résumé de la démarche de soins infirmiers constitue le support de la demande d'entente préalable.

Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi heure, à raison de 4  
au maximum par 24 heures .....3E

La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.

La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des dispositions générales, la séance de soins



infirmiers peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre 1<sup>er</sup> ou au chapitre II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse.

La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à 3 mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.

2- Mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures.....3.1€

La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'une démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à 3 mois la première année de mise en œuvre de l'arrêté, à 2 mois la deuxième année de sa mise en œuvre, et à 15 jours, renouvelable une fois, à partir de la troisième année de sa mise en œuvre

3- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention par séance d'une demi-heure.....4€

Cet acte comporte :

- le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient,
- la vérification de l'observance du traitement et de sa planification,
- le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient,
- le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée,
- la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant,
- la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11B des dispositions générales.

La cotation de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.

#### □ Article 12 : Garde à domicile

Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit

Par période de 6 heures :

- entre 8 heures et 20 heures.....13€
- entre 20 heures et 8 heures.....16€

Ces cotations incluent les actes infirmiers. La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde.

## SOINS SPECIALISES

Soins demandant une actualisation des compétences, un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

### □ Article 1<sup>er</sup> : soins d'entretien des cathéters

Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement :

- Cathéter péritonéal : soins au sérum physiologique et pansement.....4
- Cathéter veineux central ou site implantable :  
Héparinisation et pansement.....4
- Pansement de cathéter(s) veineux central ou péritonéal sans héparinisation.....3

### □ Article 2 : injections et prélèvements

- Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première,  
par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural.....5E
- Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté,  
y compris l'héparinisation et le pansement .....4
- Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central,  
y compris l'héparinisation et le pansement.....3
- Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé  
ou chambre implantable.....1

### □ Article 3 : Perfusion intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté

- Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile,  
infuseur, pompe portable, pousse seringue.....3
- Branchement de la perfusion et mise en route du dispositif.....4
- Changement de flacon(s).....2
- Arrêt et retrait du dispositif, y compris l'héparinisation et le pansement.....3
- Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être cotés, à l'occasion de cet acte,  
des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :
- de moins de huit heures.....2
- de plus de huit heures.....4
- Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à  
l'article 11B des dispositions générales

### □ Article 4 : Actes du traitement spécifique à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux

- Soins portant sur l'appareil respiratoire.
- Séance d'aérosols à visée prophylactique.....5
- Injections :
- Injection intramusculaire ou sous cutanée.....1.50
- Injection intraveineuse.....2.50
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse.....7
- Perfusions, surveillance et planification des soins.
- Pour les chimiothérapies anticancéreuses, l'infirmier doit indiquer le nom de l'établissement

hospitalier dans lequel il a suivi la formation spécifique.

L'infirmier doit communiquer à l'organisme d'assurance maladie le protocole thérapeutique rédigé par le médecin prescripteur.

L'infirmier doit vérifier que le protocole comporte :

1° les produits et les doses prescrites ainsi que leur mode d'administration ;

2° le nombre de cure(s) et séance(s) d'entretien de cathéter prévu(es)

3° les modalités de mise en œuvre de la thérapeutique, y compris précautions et surveillances spécifiques

Forfait pour une séance de perfusion intraveineuse courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue.....10E

Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion intraveineuse au delà de la première heure, par heure (avec un maximum de 5 heures).....6

Forfait pour séance de perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à une heure, y compris le remplissage et la pose de l'infuseur, pompe portable ou pousse seringue (comportant 3 contrôles au maximum).....15E

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination des services de suppléance et le lien avec les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour.....4

Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à 24 heures, y compris l'héparinisation et le pansement.....5

Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade.

□ Article 5 : Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient.

Le protocole doit comporter :

1° le nom des différents produits injectés ;

2° leur mode, durée et horaire d'administration ;

3° les nombres, durées et horaires des séances par 24 heures ;

4° le nombre de jours de traitement pour la cure ;

5° les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation).

Séances de perfusion intraveineuse d'antibiotique, quelque soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, avec un maximum de trois séances par 24 heures, la séance.....15

Cette cotation est globale, elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, les cotations habituelles des perfusions s'appliquent en fonction de la voie d'abord.

□ Article 5 bis : Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance.....1

Injection sous cutanée d'insuline.....1

Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans.....4

Cette cotation inclut :

- l'éducation du patient et/ou de son entourage,
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie,
- le contrôle de la pression artérielle,
- le dépistage des éventuelles complications en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées,
- la prévention de l'apparition de ces complications en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds,
- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de complications,
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre d'une démarche de soins infirmiers selon le titre XVI-chapitre 1<sup>er</sup>-article 11.

Pansement lourd et complexe pour un patient insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse et une détersion avec défibrination .....4

Ces actes peuvent se cumuler entre eux en application de l'article 11B des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels.

□ Article 6 : Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de 20 séances, par séance.....4

Dialyse péritonéale avec un maximum de 4 séances par jour, par séance.....4E

Dialyse péritonéale par cycleur :

- Branchement ou débranchement, par séance.....4E

- Organisation de la surveillance, par période de 12 heures.....4

## ANNEXE 10

# Les articles de loi du Code de Santé Publique concernant les maisons et pôles de santé

### *Introduction de la Fédération*

*La Loi du 21 juillet 2009 a modifié quelques éléments de la loi du 19 décembre 2007, et à surtout introduit de nouvelles données concernant les maisons et pôles de santé. Nous avons changé l'ordre des chapitres pour plus de lisibilité.*

*Le Chapitre III bis définit ce qu'est une maison de santé. Nous trouvons les termes de "projet de santé" et de "exercice coordonné". Cette définition est minimaliste par rapport au cahier des charges réalisé en collaboration avec l'HAS en 2007.*

*Le Chapitre III ter définit ce qu'est un pôle de santé. Bizarrement, la terminologie de premier et second recours s'y trouve, mais plus la notion de projet de santé. La définition retenue par la Loi peut comprendre à la fois des regroupements de professionnels de santé "hors les murs", mais aussi des regroupements de professionnels en maisons de santé avec d'autres hors maisons de santé pour définir des objectifs communs sur un territoire donné.*

### *Ce que nous pouvons retenir de l'interprétation du législateur*

*La maison de santé est une structure dans les murs ayant un projet de santé, pratiquant un exercice coordonné. Elle peut alors contractualiser avec les pouvoirs publics pour intervenir sur les champs de la prévention et de l'éducation pour la santé.*

*Le pôle de santé est un regroupement de soignants et donc sur un territoire donné*

*Le Chapitre II va attirer l'attention des promoteurs de maison de santé. Car leurs maisons de santé peuvent être requises par le directeur de l'ARS pour assurer des missions d'ordre public en cas de déficience sur un secteur géographique donné. Dans un cadre contractuel, bien entendu, qu'il restera à négocier.*

*D'un côté, c'est une véritable reconnaissance de la restructuration des soins de proximité sur le territoire français et de la valeur ajoutée des regroupements professionnels.*

*De l'autre côté, cela peut être une inquiétude compréhensible pour certains professionnels de santé libéraux, dont la méfiance pour la chose publique est bien connue...*

*Dans les items pouvant être confiés à une maison de santé, nous trouvons :*

- La confusion habituelle entre permanence des soins (nuit) et maisons de santé (jour)*
- La recherche qui nous fera rêver de voir enfin arriver des chefs de clinique dans nos maisons de santé...*
- Les autres items sont habituels dans les maisons de santé et ne poseront quant à eux guère de souci*

## **Chapitre III bis : Maisons de santé.**

### **Article L6323-3**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 39

Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

### **Chapitre III ter : Pôles de santé.**

#### **Article L6323-4**

Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

### **Chapitre III quater : Dotation de financement des services de santé.**

#### **Article L6323-5**

Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 41

Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.

### **Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé**

#### **Article L6112-1 ..**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V)

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;



- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

### **Article L6112-2**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V)

Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

- les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;
- l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en conseil des ministres ;
- les groupements de coopération sanitaire ;
- les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;
- les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

Les missions de service public qui, à la date de publication 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

### **Article L6112-3** En savoir plus sur cet article...

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V)

L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

- 1° L'égal accès à des soins de qualité ;
- 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.  
Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de ré hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.  
Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.

**Article L6112-3-1** En savoir plus sur cet article...

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V)

Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3.

Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

**Article L6112-4** En savoir plus sur cet article...

Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 6112-2 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 6161-10.

Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 6146-10.

En outre, les établissements mentionnés à l'article L. 6112-2 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.

Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.

**Article L6112-6** En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 4 JORF 11 août 2004

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

**Article L6112-7** En savoir plus sur cet article...



Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13

Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Le projet d'établissement arrête une organisation compatible avec les objectifs fixés dans les conditions des articles L. 6121-3 et L. 6121-4.

**Article L6112-8** En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 - art. 3 JORF 18 janvier 2002

L'état participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

L'état prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé à l'occasion de leurs missions de service public prévues au dernier alinéa de l'article L. 6112-1 en faveur des personnes retenues en application de l'article 35 bis de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée.

**Article L6112-9** En savoir plus sur cet article...

Sont déterminées par décret en Conseil d'État les mesures réglementaires prévues aux articles L. 6112-1 et L. 6112-5 et, sauf dispositions contraires et en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions du présent chapitre.

## Table des matières

Sommaire.....	2
Bibliographie.....	3
Liste des abréviations.....	9
<b>A. Introduction.....</b>	<b>13</b>
<b>B. Matériel et méthodes.....</b>	<b>17</b>
1. <u>Type d'étude.....</u>	18
2. <u>Population.....</u>	18
2.1. <u>Caractéristiques de la population.....</u>	18
2.2. <u>Critères de sélection de l'échantillon.....</u>	18
2.3. <u>Effectif de l'échantillon.....</u>	19
2.4. <u>Type de collecte.....</u>	19
3. <u>Réalisation du questionnaire.....</u>	20
4. <u>Réalisation de l'annexe au questionnaire.....</u>	20
5. <u>Méthodologie d'analyse des données.....</u>	22
5.1. <u>Les matériaux à analyser.....</u>	22
5.2. <u>Transcription et analyse des données des questionnaires.....</u>	22
6. <u>Méthodologie de la recherche bibliographique.....</u>	23
<b>C. Résultats.....</b>	<b>25</b>
1. <u>Phase de contact et recrutement.....</u>	26
2. <u>Analyse de l'effectif de l'échantillon de la population.....</u>	26
2.1. <u>Caractéristiques de l'échantillon.....</u>	26
2.2. <u>Connaissance des termes MSP et Projet de santé.....</u>	27

3. <u>Synthèse des résultats pour les questions à choix multiples</u> .....	28
3.1. <u>Résultats de la partie « structure de la Maison de Santé Pluridisciplinaire »</u> .....	28
3.2. <u>Résultats de la partie « fonctionnement de la Maison de Santé Pluridisciplinaire »</u> .....	31
3.3. <u>Les réactions à la question ouverte</u> .....	32
3.4. <u>Analyse de la question ouverte</u> .....	34
<b>D. Discussion</b> .....	35
1. <u>Limites et points forts de l'étude</u> .....	36
1.1. <u>Biais et points négatifs</u> .....	36
1.2. <u>Points forts</u> .....	37
2. <u>Caractéristiques de l'échantillon par rapport à la moyenne nationale</u> .....	38
2.1. <u>Principales caractéristiques démographiques</u> .....	38
2.2. <u>Densité et démographie</u> .....	39
2.3. <u>Représentativité de l'échantillon</u> .....	40
3. <u>Réflexions antérieures sur le sujet</u> .....	40
4. <u>Les freins à l'adhésion des IDE aux MSP</u> .....	42
4.1. <u>Les freins financiers et matériels</u> .....	42
4.2. <u>La peur de la perte d'autonomie</u> .....	44
4.3. <u>Des idées reçues sur l'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire</u> .....	45
5. <u>Les facteurs attractifs</u> .....	47
5.1. <u>Diminution du temps de travail et de la charge administrative</u> .....	47
5.2. <u>Des perspectives de fonctionnement attrayantes</u> .....	47

6. <u>Un engagement final en demi-mesure</u> .....	48
<b>E. Conclusion</b> .....	51
<b>ANNEXE</b> .....	56

THESE SOUTENUE PAR : JOHANN DRUZ

TITRE : IDENTIFICATION DES OBSTACLES A L'ADHESION DES INFIRMIER(E)S  
DIPLOME(E)S D'ETAT A UN PROJET DE SOINS LORS DE LA CREATION D'UNE  
MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE.

## CONCLUSION

Ce travail, effectué auprès de 39 IDE de Rhône-Alpes (Isère, Savoie et Haute-Savoie) ayant permis de recueillir diverses opinions argumentées sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, nous permet de tirer un certain nombre de conclusions intéressantes.

Comme nous le présentions initialement, quelques **freins empêchent encore les Infirmiers Diplômés d'État d'adhérer** totalement au projet. Les principaux sont les suivants :

- Difficultés à envisager un investissement immobilier important alors qu'il n'est d'aucune utilité dans la pratique quotidienne actuelle.
- Freins liés à l'augmentation des frais de fonctionnement et aux charges dédiées à la Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- Craintes inhérentes à la mise en place de rémunérations forfaitaires dans l'optique de la création de nouveaux rôles propres infirmiers. Perte d'autonomie financière et évolution d'un cadre libéral vers un cadre salarié moins attractif.
- A une moindre échelle, perte d'autonomie dans l'organisation du temps de travail voir sentiment de rôle de subalterne du corps médical très mal perçu. Impression de ne plus pouvoir organiser son temps de travail comme souhaité.
- Interrogations sur le risque d'exclusion des professionnels extérieurs à la Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- Craintes liées à la négligence des personnes à mobilité réduite qui ne pourront se rendre au cabinet.
- Problème du libre choix du professionnel de santé par le patient au sein de la structure MSP.

Malgré toutes ces réticences et même si la plupart des IDE interrogés n'en ressentent pas encore le besoin, il apparaît que la majorité d'entre eux est favorable à une intégration au sein d'une Maison de Santé. Ce constat est d'autant plus vrai pour les IDE qui exercent en milieu rural, les IDE exerçant en secteur semi rural ou en ville se révélant apparemment un peu moins motivés.

Il est important de noter qu'une grande partie des points controversés émanent d'une méconnaissance du concept de MSP et des missions d'information à l'échelle locale permettraient de lever ces points critiqués.

A l'issue de ce travail, nous sommes donc en mesure d'élaborer quelques pistes de réflexions en vue d'encourager un peu plus les IDE à s'investir dans ce nouveau concept :

- Favoriser la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires par une politique incitative locale et nationale associant des aides financières, fiscales mais aussi logistiques. Dans l'absolu, la création de MSP à financement public complet.
- Former et informer les futurs IDE à leur rôle dans le secteur libéral et à l'évolution de la pratique en particulier dans les MSP en améliorant la formation initiale et en créant des formations complémentaires adaptées spécifiquement à leurs nouvelles fonctions.
- Libérer du temps aux infirmières libérales en déléguant certaines de leurs tâches aux aides soignantes en vue de leur confier des missions novatrices sans pour autant les contraindre à une perte financière.
- Adapter les grilles de cotations d'actes infirmiers et réfléchir à de nouveaux modes de rémunération plus adaptés à l'évolution des métiers de la santé, les IDE se révélant vraisemblablement très attachés au maintien du paiement à l'acte.
- Développer les échanges entre professionnels médicaux et paramédicaux, en amont de toute création de MSP afin de permettre une meilleure connaissance des compétences de chacun (création de Pôle de santé avant la création d'une MSP).

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont développées en France depuis une dizaine d'années selon les modèles testés par d'autres pays européens et d'Amérique du Nord. Elles sont innovantes en répondant à la problématique d'amélioration d'efficience de soins sans augmentation des effectifs de personnel qualifié.

En conclusion, nous pouvons retenir que les principales réticences des infirmiers à intégrer une MSP sont, d'une part, la contribution financière importante qu'exige l'appartenance à une telle structure, et d'autre part, la difficulté de la mise en place d'un cadre juridique adapté.

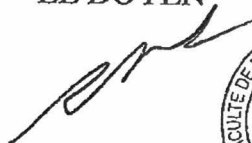
Par ailleurs, un point reste formel: rien ne se fera sans l'adhésion totale des professionnels de santé et ceux-ci ne s'engageront pas, sans garantie, dans un processus qui risque de révolutionner leur exercice professionnel!


Pour finir, les créateurs de Maisons de Santé Pluridisciplinaires devront s'orienter dans la recherche de solutions à ces différents problèmes, le travail en collaboration des professionnels de santé se devant d'être le fondement d'un tel projet .

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 02-05-2011

C.H.U. de GRENOBLE  
HOPITAL NORD  
CLINIQUE PNEUMOLOGIQUE  
Pr Ch. PISON

LE DOYEN

  
J.-P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

  
PROFESSEUR C. PISON