



HAL
open science

Les maisons de santé pluri-professionnelles en plein essor : état des lieux en Ile-de-France

Hélène Gridel

► **To cite this version:**

Hélène Gridel. Les maisons de santé pluri-professionnelles en plein essor : état des lieux en Ile-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-03684285

HAL Id: dumas-03684285

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03684285v1>

Submitted on 19 Aug 2022

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

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



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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 2

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les maisons de santé pluri-professionnelles en plein essor : état des
lieux en Ile-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 26 janvier 2017

Par

Hélène GRIDEL

Née le 4 Janvier 1988 à Suresnes

Dirigée par Le Docteur Robert Sourzac

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo..... Président

M. Le Professeur Philippe Zerr

M. Le Professeur Jean-Claude Schwartz

M. Le Docteur Robert Sourzac



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain Lorenzo, de me faire l'honneur de présider mon jury.

A Monsieur le Professeur Philippe Zerr et Monsieur le Professeur Jean-Claude Schwartz, d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Docteur Robert Sourzac, que j'ai eu la chance de rencontrer suite à la réunion directeur de thèse/thésard organisée par la faculté. Merci pour votre compréhension, votre disponibilité et votre gentillesse tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Pauline Brice, sans qui je ne serais pas là.

Aux équipes des maisons de santé qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents et mes sœurs, pour leur soutien indéfectible.

A Yoann, d'avoir été là quoi qu'il arrive.

A David et Katel, pour leur aide dans l'élaboration de cette thèse.

A Fétia, Sivan, Seina, Moise, Evelyne, avec qui je peux partager mes premières expériences de remplaçante.

A Gwenaëlle, Morgane, Carole, Caroline, Michaela, de me permettre de me changer les idées quand j'en ai besoin !

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES TABLEAUX.....	6
TABLE DES FIGURES.....	7
1. INTRODUCTION	8
1.1. Une mutation du système de santé ambulatoire.....	8
1.1.1. La lutte contre la désertification médicale.....	8
1.1.2. La nécessité d'une coordination des soins.....	11
1.1.3. La fin d'un exercice isolé	13
1.2. Montage du projet de maison de santé	14
1.2.1. Initiation du projet	14
1.2.2. Projet de santé	14
1.2.3. Aspects juridique et immobilier	16
1.2.3.1. Aspect juridique	16
1.2.3.2. Aspect immobilier	17
1.2.4. Financement et subventions	18
1.2.5. FFMPs et FEMASIF.....	19
1.3. Etat des lieux en France.....	20
1.3.1. Evolution lors des dernières années	20
1.3.2. Stabilisation de la démographie médicale	21
1.3.3. Amélioration de la qualité des soins	21
1.4. Question posée.....	22
2. MATERIEL ET METHODE	23
2.1. L'étude.....	23
2.1.1. Le type d'étude.....	23
2.1.2. Population étudiée	23
2.2. Le questionnaire	23

2.2.1. Elaboration du questionnaire.....	23
2.2.2. Mode de recueil des données	24
2.3. Analyse des données	24
3. RESULTATS.....	25
3.1. Montage du projet de MSP	25
3.2. Composition – Equipe de soins	30
3.3. Fonctionnement au quotidien.....	34
4. DISCUSSION	36
4.1. Interprétation des résultats	36
4.2. Forces et faiblesses du travail	42
4.2.1. Forces du travail	42
4.2.2. Faiblesses du travail	42
5. CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES.....	49
Annexe 1 : pyramides des âges des médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes	49
Annexe 2 : Questionnaire sur les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en IDF.....	50
Annexe 3 : Recueil de données Excel	56

ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés

AUMG : Assistant universitaire de médecine générale

CESP : Contrat d'engagement de service public

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

ENMR : Expérimentations des nouveaux modes de rémunération

FEMASIF : Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France

FIR : Fond d'intervention régional

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

IDF : Ile de France

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

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux modes de rémunération

PTMG : Praticien territorial de médecine générale

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de moyen

SCP : Société civile professionnelle

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ZUS : Zones urbaines sensibles

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des MSP en mars 2016 - Observatoire des MSP – DGOS	20
Tableau 2: Documents élaborés au sein des maisons de santé	29
Tableau 3: Organisation juridique des maisons de santé	29
Tableau 4: Age moyen par profession.....	31
Tableau 5 : Primo-installation des professionnels de santé.....	32
Tableau 6: Fréquence des réunions interprofessionnelles	34
Tableau 7: Logiciels informatiques utilisés.....	35
Tableau 8: Visites à domicile	35

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Médecine générale : densité en activité régulière.....	9
Figure 2: La marguerite des compétences du médecin généraliste	12
Figure 3: Porteurs de projet	25
Figure 4: Années de dépôt de projet et d'ouverture des MSP.....	25
Figure 5: les différentes aides financières.....	26
Figure 6: localisations des MSP en banlieue parisienne.....	27
Figure 7: localisation des MSP à Paris	28
Figure 8 : Pyramide des âges	30
Figure 9 : Coordinateurs.....	33
Figure 10 : Les différentes causes de départ des professionnels de santé	33

1. INTRODUCTION

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont actuellement en plein essor, leur nombre a presque doublé en 2 ans : En mars 2016, pas loin de 800 MSP sont comptabilisées en France. Ce nouveau mode d'exercice regroupé attire de plus en plus les professionnels de santé et plus particulièrement les jeunes médecins à l'issue de leur formation. [1]

Selon l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique, une maison de santé pluriprofessionnelle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'elle élabore et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre de la santé. [2]

1.1. Une mutation du système de santé ambulatoire

1.1.1. La lutte contre la désertification médicale

Les « déserts médicaux » sont au cœur des préoccupations actuelles. Sur ces dix dernières années, le nombre de médecins en activité a augmenté de 1.2 % alors que le nombre de médecins retraités a augmenté de 87.7% [3]. Deux millions de Français seraient touchés par la désertification médicale tandis que les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Certains territoires sont particulièrement touchés par cette désertification, comme par exemple les régions Centre ou Bourgogne. [4]

En France, on compte au 1^{er} janvier 2016, 56 354 médecins généralistes en activité libérale ou mixte, et 32 443 médecins généralistes en activité salariée. Soit une diminution entre 2007 et 2016 de 8.4% du nombre de médecins, toute activité confondue. L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans. [5] On compte en moyenne 8.3 médecins libéraux pour 10 000 habitants en France.

En Ile de France, on compte 8 223 médecins généralistes en activité libérale ou mixte, soit une densité moyenne de 6.8 médecins pour 10 000 habitants. L'évolution du nombre de médecins généralistes en activité libérale ou mixte est à la baisse : on dénombre une baisse de 22,2% de médecins entre 2007 et 2016.

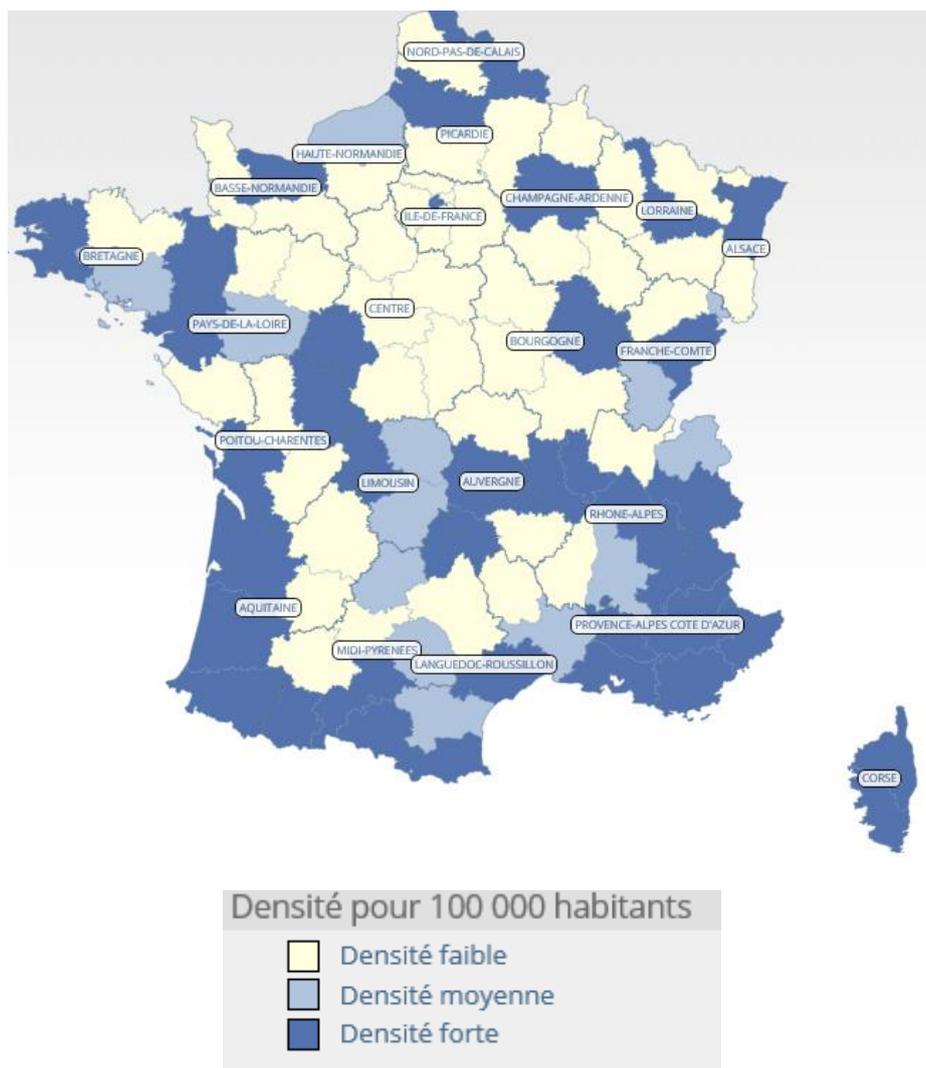
A Paris intramuros, les 18^{ème} et 20^{ème} arrondissements sont les plus touchés par le manque de médecins, avec respectivement 4.9 et 5.6 médecins libéraux pour 10 000 habitants. Le 8^{ème} arrondissement compte 24.9 médecins libéraux pour 10 000 habitants. En moyenne à Paris on dénombre 8.9 médecins libéraux pour 10 000 habitants.

En banlieue parisienne, les départements les plus touchés sont la Seine-et-Marne, le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis.

En Seine-Saint-Denis par exemple, on compte 3.9 médecins libéraux pour 10 000 habitants dans la région de la Courneuve contre 12.2 médecins libéraux pour 10 000 habitants dans la région de Bondy. En moyenne on y compte 5.7 médecins libéraux pour 10 000 habitants.

La carte ci-dessous nous permet de nous représenter la répartition des médecins en France [5]:

Figure 1 : Médecine générale : densité en activité régulière



Pour obtenir une meilleure répartition des médecins, plusieurs mesures incitatives ont été proposées par le gouvernement [6]. Le pacte territoire-santé, lancé en décembre 2012, agit dès la formation des médecins en leur proposant des aides spécifiques. Il propose des mesures pour l'installation des jeunes médecins dans les territoires déficitaires, telles que :

- *le contrat d'engagement de service public* (ou CESP, soit des bourses de 1 200 euros brut par mois versées aux étudiants volontaires qui décident de s'installer dans une région qui manque de médecins et cela pour une durée égale à celle du versement de la bourse)
- *ou le contrat de Praticien territorial de médecine générale* (PTMG, proposant une garantie de revenus et une protection sociale améliorée, en sécurisant les deux premières années d'installation. Sous réserve d'un minimum d'activité (165 consultations par mois) [0], le bénéficiaire perçoit également un complément de rémunération garantissant un revenu net mensuel de 3 640 euros).

Le pacte territoire-santé agit aussi sur le développement des infrastructures de soins comme les maisons ou les pôles de santé dans les zones urbaines sensibles (Les ZUS se caractérisant par une plus faible présence médicale et paramédicale et des zones d'accès aux soins non couvertes dans des zones en situation de précarité).

En effet ces structures pluriprofessionnelles d'exercice coordonné de soins de premier recours semblent apporter une réponse aux besoins de soins de ces quartiers, en favorisant les coopérations interprofessionnelles, en optimisant le temps médical et en répondant aux craintes d'isolement des jeunes professionnels. Elles apportent également une meilleure réponse en termes de parcours et de continuité des soins. [8] Les maisons de santé permettent de « fixer » un lieu de soins pour de nombreuses années.

Sont proposées des aides financières et techniques pendant la phase d'élaboration du projet, ainsi qu'un accompagnement pendant le démarrage et la montée des structures d'exercice coordonné, que nous développerons ci-dessous.

1.1.2. La nécessité d'une coordination des soins

Les professionnels de santé libéraux sont confrontés à une complexité croissante de leur métier liée à plusieurs réalités : le vieillissement de la population, l'augmentation des patients souffrant de poly pathologies, la chronicisation de maladies autrefois mortelles, le poids de la gestion administrative de l'activité, les nouveaux systèmes d'informations, l'exigence de qualité des soins de la part des autorités sanitaires. La prévention, le dépistage et l'éducation prennent également une place de plus en plus importante au sein du système de santé [9].

Pour être capables d'y faire face, ils sont contraints de s'organiser différemment en travaillant de façon coordonnée. L'évolution des pathologies nécessite en effet une prise en charge plus globale et coordonnée du patient, entre acteurs de soins primaires et avec différents intervenants. La coordination peut être définie comme l'action de coordonner, c'est-à-dire d'harmoniser diverses activités (ici celles des professionnels de santé) dans un souci d'efficacité.

Les différents modes de coordination reposent entre autres sur un dossier électronique partagé, un exercice protocolisé, des réunions de concertation mono ou pluriprofessionnelles, une continuité des soins, un accompagnement personnalisé des patients en situation complexe, une maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement d'une charte éthique. [10]

Le regroupement au sein d'un même lieu apparaît donc comme une solution permettant d'une part aux soignants de mutualiser leurs moyens, afin de se recentrer sur leur cœur de métier, le soin et la santé des patients, et d'autre part de travailler en équipe, d'échanger plus facilement, améliorant ainsi la qualité des soins distribués. [11]

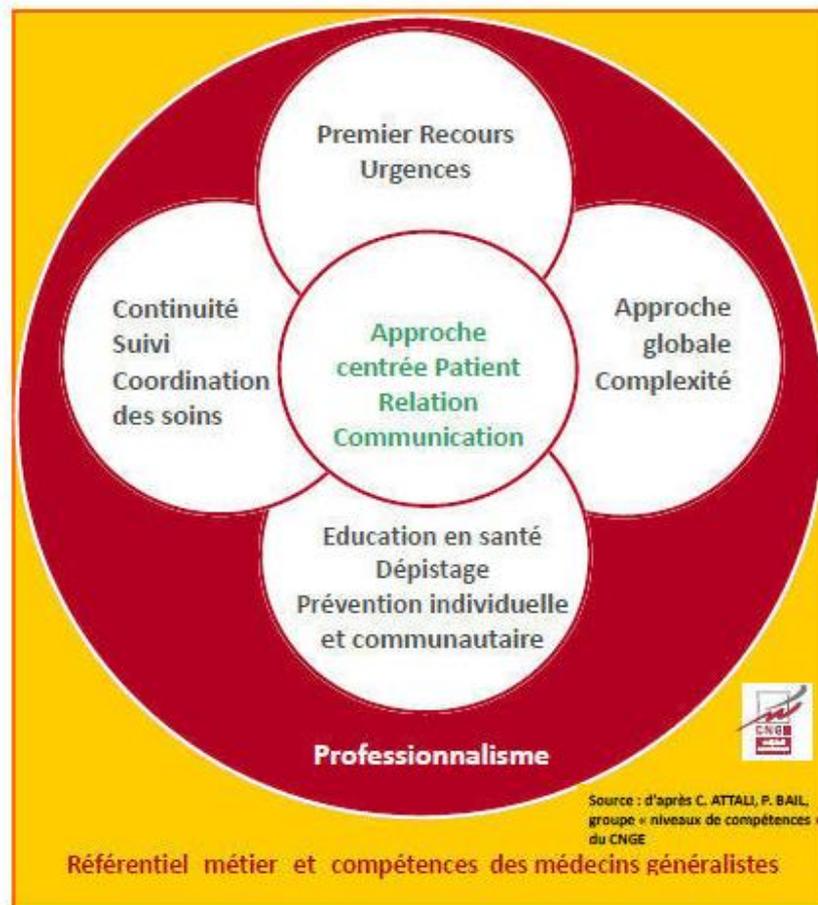
Les maisons de santé créent un nouveau métier de « coordination administrative d'équipe de santé », où la notion de collaboration interprofessionnelle a une place essentielle. Celle-ci peut être définie comme un travail d'équipe permettant de prendre en charge au mieux le patient en conjuguant et harmonisant les compétences et les expériences des différents professionnels, ceci dans un but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins proposés. [12]

Les maisons peuvent être intégrées au sein de pôles de santé, nouvellement appelés communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ceux-ci correspondent aux regroupements de professionnels de santé, maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissement de santé, établissements et services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, groupements de

coopération sociale et médicosociale d'un même territoire. Ils assurent des activités de soins de premier recours, et le cas échéant de deuxième recours, et peuvent également participer à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

La coordination est une des missions de la médecine générale, que l'on retrouve illustrée sur la marguerite des compétences du médecin généraliste :

Figure 2: La marguerite des compétences du médecin généraliste



1.1.3. La fin d'un exercice isolé

Les professionnels de santé souhaitent changer leur organisation de travail : la rupture de l'isolement professionnel, le désir des jeunes professionnels de travailler en équipe et la recherche par les professionnels de santé d'une amélioration de leur qualité de vie l'expliquent. [13]

L'isolement médical est en effet un facteur de stress et d'épuisement professionnel que les jeunes générations, à la sortie de dix ans d'études de médecine passés dans les hôpitaux, ont du mal à accepter. De plus en plus de médecins généralistes sont attirés par l'exercice de groupe, que ce soit pour les échanges interprofessionnels, la stimulation intellectuelle, la transmission des connaissances. Pour les médecins seniors, cela leur permet également d'assurer une pérennité des soins : il est de plus en plus difficile de trouver un jeune médecin généraliste intéressé par la reprise du cabinet, et ainsi l'exercice de groupe apparaît comme une solution en permettant de répartir la patientèle sur les différents médecins en activité dans la structure. [11]

L'exercice de groupe permet également de libérer plus de temps pour soi d'une part par l'allègement des tâches administratives (le regroupement à plusieurs permettant de créer un accueil-secrétariat) et d'autre part par un remplacement facilité de par la présence de confrères. La volonté de préserver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée est de plus en plus recherchée. [14]

En 2011, la thèse de médecine de Vincent Leprette a étudié les motivations des porteurs de projet de maison de santé. Il a interrogé 12 médecins généralistes, porteurs d'un projet de maison/pôle de santé, et il en ressort, au niveau des aspirations personnelles, un désir des professionnels de santé de répondre à la surcharge de travail, d'avoir des outils de travail performant, de pouvoir transmettre aux générations suivantes et enfin d'améliorer la gestion du temps de travail par rapport au temps de loisir.[13]

Ainsi il semble que la création de MSP permette à la fois de répondre aux besoins de la population en matière d'offre et d'accès aux soins, et à la volonté d'exercer collectivement des médecins.

1.2. Montage du projet de maison de santé

1.2.1. Initiation du projet

L'initiation et le lancement d'un projet de maison de santé peuvent venir des professionnels de santé libéraux ou des collectivités locales (maires, élus de communautés de communes, ou conseillers généraux/régionaux). [15] Ces dernières ont un rôle principalement dans l'aménagement du territoire et dans le choix de l'implantation de la structure. Elles permettent également d'aider à l'obtention de subventions (cf. ci-dessous).

L'analyse territoriale est la première étape du montage du projet. La définition du territoire, la motivation des professionnels pour le projet, le soutien que les collectivités locales sont prêtes à apporter sont les premiers éléments à prendre en compte.

Un état des lieux de l'offre de soins est à faire : l'étude d'opportunité permet de mesurer l'intérêt du projet par rapport à la prise en charge des besoins de soins des habitants du territoire. Le contexte géographique et économique du territoire, l'état de santé de la population, la démographie locale des différentes professions de santé, l'analyse de l'offre et des besoins de soins sont étudiés. Cette analyse est souvent confiée à une société extérieure. [16]

La dynamique professionnelle se crée au fur et à mesure des réunions de travail, ou chacun doit exprimer ses attentes du projet. La présence d'un leader permet de faciliter cette dynamique. Il s'agit le plus souvent d'un médecin généraliste, parfois d'un autre professionnel de santé, qui accepte de consacrer du temps au projet, et amène les autres professionnels à le suivre. Ensemble, ils vont devoir rédiger un certain nombre de documents pour répondre au cahier des charges.

1.2.2. Projet de santé

Pour témoigner de l'exercice coordonné, les professionnels de santé doivent élaborer un projet de santé. Celui-ci doit contenir le diagnostic préalable des besoins du territoire (en terme de soins, de prévention, d'éducation, de suivi etc., permettant l'établissement d'un projet de soins) ainsi que le projet professionnel de la structure. Il comporte ainsi les objectifs de santé de la population du territoire et détaille l'organisation des soignants pour atteindre ces objectifs.

Seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « maisons de santé » et bénéficier sous réserve d'une contractualisation des financements versés par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Avec l'aide de cette dernière et des usagers, est établi un diagnostic des besoins du territoire. Le projet professionnel indique les différentes catégories de professionnels qui seront présents au sein de la structure. Il précise l'organisation interne ainsi que la coordination qui sera mise en place entre les différents professionnels avec notamment :

- le système d'information devant permettre le partage des dossiers médicaux informatisés des patients,
- l'organisation de réunions pluriprofessionnelles,
- la mise en place d'une formalisation de la coordination des soins autour du patient,
- les modalités de gestion (charges, entretien, matériels...)
- l'élaboration de protocoles transversaux pour la prise en charge de certains patients. [17]

Il précise également les moyens mis en œuvre afin de permettre le développement professionnel continu, les éventuelles mesures d'accueil et de formation des étudiants. L'accès aux soins, l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées, la permanence de soins, les relations de la structure avec les partenaires du territoire sont décrits.

Le projet de santé prévoit enfin le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au sein des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure.

Le développement des équipes a conduit de nombreuses maisons de santé à employer une personne pour décharger le leader des tâches liées à la coordination. Il s'agit du coordinateur. Sa charge de travail est d'un à deux jours par semaine pour une maison de santé de taille moyenne. Il a pour tâches entre autres : d'animer la coordination interprofessionnelle, de faire connaître les systèmes d'information, de gérer les relations avec l'ARS et les autres organismes, de gérer le budget ... Il peut s'agir d'un professionnel de santé de la maison qui prend le poste ou bien d'un professionnel extérieur.

[11]

1.2.3. Aspects juridique et immobilier

1.2.3.1. Aspect juridique

Il est ensuite nécessaire de définir un cadre juridique qui permettra la représentation de l'équipe et facilitera la négociation avec les interlocuteurs externes. Il est fortement conseillé de convenir :

- *D'un contrat d'exercice en commun* qui est la forme la plus simplifiée des exercices en groupe. C'est un contrat par lequel plusieurs professionnels de santé s'entendent sur les modalités de la pratique courante et sur l'organisation des services communs afin de faciliter leur exercice. Ce contrat va définir les modalités de travail en commun, les temps de congés, les conditions de départ, ce qu'il se passerait en cas de maladie, etc. Il peut s'écrire par profession ou pour l'ensemble des acteurs de la maison.
- *D'une charte de la maison de santé* qui définit les principes éthiques que les soignants s'engagent à suivre dans le cadre de leur activité à la maison de santé. Elle peut définir le territoire sur lequel ils répondent à la demande de soins non programmés, les modalités d'accès aux soins des patients, les principes de gestion de l'information, ceux de la formation des professionnels, etc.
- Enfin *d'un règlement intérieur*, traitant de la gérance des locaux, de l'utilisation des ressources, et des contributions de chacun au fonctionnement général.

Les professionnels de santé peuvent créer une association loi 1901, autour des objectifs partagés sur leur territoire. Elle représente les professionnels dans la phase de montage du projet, et est également un espace de partage avec les non professionnels de santé et les usagers du territoire.

Plusieurs statuts juridiques sont possibles. Il est conseillé de prendre l'avis d'un conseiller juridique pour le montage. On distingue :

- *Les sociétés civiles immobilières (SCI)* : lorsque les professionnels investissent et assurent eux-mêmes la maîtrise d'ouvrage du bâtiment de la MSP, il convient de constituer une SCI d'attribution. Elle n'existe que le temps de la construction puis laissera place à une SCI, une copropriété ou une autre forme de propriété.
- *Les sociétés pour la mise en commun des moyens (SCM et SCP)* : celles-ci sont constituées pour la mise en commun de moyens (loyer, salaire du personnel, achat de matériel etc...) Les SCM peuvent être mono ou pluri catégorielles, selon les charges partagées entre les professionnels. La répartition des charges est discutée au moment de la création de la société (et pourra être

revue si besoin). Les usages entre médecins vont d'une répartition égale à une répartition qui tient compte du chiffre d'affaire, de l'espace occupé, ou du temps d'occupation.

- *Dans le cadre d'une SCP* c'est la société qui perçoit les honoraires de l'activité et qui règle les dépenses, puis partage les bénéfices entre les professionnels selon la répartition qu'ils ont définie.
- *La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)* : elle permet de gérer les dépenses collectives et de recevoir des financements pour acheter des prestations ou indemniser les sociétaires. Elle est nécessaire pour bénéficier des nouveaux modes de rémunération. [11]

1.2.3.2. Aspect immobilier

Selon les opportunités locales et les désirs des acteurs, le financement de l'immobilier peut être privé ou public : L'avantage de l'autofinancement est que les acteurs restent propriétaires des murs. Le financement par un investisseur privé ou public leur permet de rester locataires s'ils le souhaitent. Les collectivités territoriales peuvent en effet souhaiter investir dans le cadre d'un réaménagement du territoire. Ces dernières bénéficient de plus de prêts à taux avantageux qui leur permettent des loyers modérés.

Le projet immobilier peut être porté par les professionnels de santé ou les collectivités locales. Si ce sont les professionnels de santé, ceux-ci peuvent choisir d'assumer eux-mêmes la maîtrise d'ouvrage ou bien de le confier à un promoteur immobilier. Si c'est la commune, elle peut gérer elle-même la construction ou déléguer à un bailleur. Il conviendra d'adapter les locaux à l'exercice professionnel de chacun en adaptant les espaces, la taille des salles d'attente, l'accueil-secretariat, la salle de réunion... Il faudra discuter les points d'eau, le chauffage, la cuisine ... Le terrain sera à rechercher, en tenant compte de la facilité d'accès et des possibilités de stationnement. Enfin il faudra rechercher un architecte.

On distingue les maisons de santé « dans les murs » des maisons de santé « hors les murs » : Les MSP dans les murs regroupent des professionnels dans un lieu unique. Cela a l'avantage de faciliter les échanges entre eux ainsi que l'accessibilité aux soins pour les patients. Les MSP hors les murs regroupent des professionnels exerçant dans différents cabinets mono ou pluriprofessionnels autour d'un projet de santé commun. Un tel regroupement hors les murs permet, en cas de besoin, de mailler une zone étendue et peu dense, ou de répondre aux souhaits des professionnels de santé. [11]

1.2.4. Financement et subventions

Des aides peuvent être apportées au démarrage du projet de MSP et au fonctionnement de celle-ci. Les conditions pour en bénéficier reposent principalement sur le respect des cahiers des charges de la Direction Générale de l'offre de Soins (DGOS) soit l'exercice pluriprofessionnel, la rédaction d'un projet de santé, la coordination des acteurs, le partage d'information, la réponse aux demandes de soins non programmés, l'accueil d'étudiants, le développement de l'éducation et de la prévention. [18] [19]

L'ARS apporte son aide au démarrage (par le biais du fonds d'intervention régional FIR) en proposant un accompagnement par un cabinet d'étude à la réalisation de l'étude de faisabilité. Elle apporte également une aide financière au démarrage du projet (pouvant aller jusqu'à 100 000 euros dans les zones déficitaires) visant à l'acquisition d'un système d'information et de l'équipement collectif de la MSP et à la mise en œuvre de l'organisation administrative. Les conseils généraux et les collectivités territoriales peuvent également soutenir les projets de manière variable (à travers la maîtrise d'ouvrage sur les locaux, la réalisation de diagnostics territoriaux, etc.) [20]

Depuis 2015 et après 5 ans d'expérimentation, les équipes peuvent bénéficier des nouveaux modes de rémunération (NMR) : ceux-ci permettent d'allouer des sommes forfaitaires aux équipes pour le travail de coordination des soins et les nouveaux services comme l'éducation thérapeutique. Les NMR sont fonction du nombre de patients. Pour y prétendre, plusieurs éléments sont nécessaires : le projet de santé de la MSP doit être validé par l'ARS et l'organisation doit comprendre une SISA. La demande sera validée par l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Trois critères ont été établis pour prétendre aux NMR :

- l'accès aux soins, qui est un critère obligatoire (et qui repose sur des horaires d'ouverture larges, l'organisation d'une réponse aux soins non programmés et la fonction de coordination au sein de l'équipe),
- le travail en équipe (par le biais de réunions de concertations pluriprofessionnelles sur la base d'une par mois et par la rédaction de protocoles pluriprofessionnels)
- et un système d'information labélisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP). [21]

Parmi ces deux derniers, un seul critère suffit. La dotation peut aller de 30 000 à 60 000 euros par an. Les équipes pourront ensuite décider elles-mêmes de l'utilisation de cette dotation. Elle peut par exemple servir à créer un poste de coordinateur.

1.2.5. FFMPs et FEMASIF

Il existe une fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) qui représente les maisons et pôles de santé. Elle a été créée en 2008 dans le but d'apporter un soutien au développement des maisons et pôles de santé et autres organisations permettant le regroupement de professionnels de santé, dans la perspective de réseaux de soins de proximité. Elle apporte une aide et un soutien aux professionnels de santé dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation des soins de proximité, de la maîtrise de stage, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle participe à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publique. La fédération des maisons et pôles de santé d'IDF (FEMASIF) représente la FFMPS en Ile de France. Ces fédérations organisent régulièrement des journées d'échanges pour les équipes en activités ou pour les professionnels de santé intéressés par l'exercice pluriprofessionnel et coordonné en soins primaires.

1.3. Etat des lieux en France

1.3.1. Evolution lors des dernières années

Le nombre de MSP ne cesse de croître sur ces dernières années : D’après l’observatoire des MSP de la DGOS, en mars 2014, on en comptabilisait 436 d’ouvertes en France, et 493 étaient en projet. En mars 2015, 616 MSP étaient en fonctionnement, et 407 en projet. En mars 2016, 781 fonctionnent, et 379 sont en projet, soit un total de 1160 MSP. [1]

En ce qui concerne leurs compositions, on compte en moyenne dans les équipes 5 médecins, 9.1 paramédicaux, 1.6 chirurgiens-dentistes et 2.4 pharmaciens. 45,3% d’entre elles sont constituées en SISA. 63% d’entre elles accueillent des étudiants en médecine et 34% des étudiants d’une autre profession de santé.

Tableau 1: Répartition des MSP en mars 2016 - Observatoire des MSP – DGOS

Région	Nombre de MSP ouvertes	Nombre de projets de MSP	Total général
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	67	25	92
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	97	60	157
Auvergne-Rhône-Alpes	109	47	156
Bourgogne-Franche-Comté	84	18	102
Bretagne	77	12	89
Centre Val de Loire	53	11	64
Corse	3	5	8
Guadeloupe	1	0	1
Guyane	3	0	3
Ile De France	40	31	71
La Réunion-Mayotte	9	1	10
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	73	34	147
Martinique	2	0	2
Normandie	34	50	84
Nord-Pas-de-Calais Picardie	52	69	121
Pays de la Loire	61	29	90
Provence-Alpes-Côte-D’azur	16	18	34
Total général	781	379	1160

1.3.2. Stabilisation de la démographie médicale

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours, notamment en direction des maisons de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles.

Entre 2008 et 2011, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a étudié la place et l'impact des maisons de santé dans les dynamiques territoriales de l'offre de soins en France : dans les espaces à dominante rurale, où près de trois quarts des maisons de santé sont implantées, on observe une localisation de la grande majorité de celles-ci dans les espaces les plus fragiles en termes d'offre de soins. Ces structures sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes, ce qui met en évidence une logique de maintien de l'offre de soins de premier recours. Ainsi l'évolution de la densité de généralistes dans les espaces avec maisons de santé est favorable de même que la dynamique d'évolution pour les types d'espaces les plus défavorisés en offre de soins.

Dans les espaces à dominante urbaine, qui regroupent près d'un quart des maisons de santé, celles-ci sont davantage implantées dans les bassins de vie périurbains comparativement aux médecins généralistes, illustrant une logique de rééquilibrage de l'offre de soins. En outre, on observe une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes dans ces zones déficitaires. [22]

1.3.3. Amélioration de la qualité des soins

L'IRDES s'est également intéressée à l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. L'hypothèse testée est que le regroupement serait susceptible d'améliorer la qualité des soins et services rendus. Une raison évoquée tient à ce que le regroupement favoriserait les investissements humains et/ou matériels qui permettent d'adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de santé.

Pour cela, la qualité et l'efficacité des pratiques des médecins généralistes des sites participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunérations (ENMR) sont comparées, sur quatre ans, de 2009 à 2012, à ceux des témoins. Les indicateurs s'intéressent à quatre grandes dimensions de la pratique des généralistes : le suivi des patients diabétiques de type 2 (fréquence de réalisation de l'HbA1c, surveillance de la fonction rénale, fond d'œil, traitement par statines et hypertenseurs...), la vaccination (et notamment la vaccination contre la grippe des 65 ans et plus), le dépistage et la

prévention (le dépistage du cancer du sein entre 50 et 74ans par la réalisation d'une mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les plus jeunes, par la réalisation d'un frottis) enfin l'efficience de la prescription en matière de génériques.

94 sites ENMR sont comparés à 94 zones locales témoins. Les généralistes des maisons de santé présentent une meilleure qualité des pratiques que les témoins en matière de suivi des patients diabétiques pour tous les indicateurs. C'est également le cas en matière de vaccination, de dépistage et de prévention du risque iatrogène pour tous les indicateurs, hormis en matière de vaccination contre la grippe pour les 65ans et plus, ainsi que pour la mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans. Enfin les généralistes des maisons de santé ont une meilleure « efficience » de la prescription avec des taux d'acquisition de génériques systématiquement supérieurs aux témoins.

Ces résultats confirment donc les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluriprofessionnels regroupés, comparativement à l'exercice isolé. [23]

1.4. Question posée

Ainsi, au vu du développement récent des maisons de santé en France sur ces dernières années, cette thèse se propose d'étudier leur organisation et leur fonctionnement au quotidien, dans le but d'établir un état des lieux des maisons nouvellement ouvertes et d'étudier si elles ont répondu à leurs objectifs. Nous décrirons des montages de projets de maison de santé avec en particulier les aides obtenues, le cahier des charges et l'organisation juridique. Nous étudierons également les équipes de soins, l'accueil-secretariat et l'accueil des étudiants. Enfin nous évaluerons la coordination des pratiques et la permanence des soins.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. L'étude

2.1.1. Le type d'étude

Cette étude est une enquête observationnelle, descriptive, analytique et transversale au sein des MSP d'Ile de France. L'enquête a été menée par recueil prospectif des données par auto-questionnaire quantitatif diffusé par courrier électronique ou postal aux MSP.

2.1.2. Population étudiée

La population étudiée était celle des professionnels médicaux et paramédicaux travaillant en MSP en IDF et acceptant de répondre au questionnaire. La liste de l'ensemble des MSP d'IDF (ouvertes ou en cours de montage) a été fournie par l'ARS, en date du mois de mars 2016. 40 maisons ouvertes étaient comptabilisées en IDF. 13 maisons étaient à Paris intra-muros et 27 en banlieue parisienne. Les critères d'exclusion étaient : les projets de MSP non aboutis, les centres de santé.

2.2. Le questionnaire

2.2.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été établi grâce à la recherche bibliographique (cf. Annexe 2). Une version pilote du questionnaire a été testée initialement auprès de 3 maisons de santé d'IDF, afin de s'assurer de la bonne compréhensibilité des questions et de la pertinence des réponses proposées. Le questionnaire a également été soumis à plusieurs membres de la FEMASIF pour validation. Des modifications ont ensuite été apportées après ce test, afin d'améliorer et de compléter le questionnaire.

Celui-ci comporte finalement 6 pages et 21 questions, fermées ou mixtes, dont un tableau.

Le questionnaire se découpe en trois parties :

1° *Etude du montage du projet de MSP* : initiation du projet, durée du montage, aides financières perçues, code postal, cahier des charges, organisation juridique, type de structure (dans ou hors les murs), appartenance à un pôle de santé.

2° *Etude de l'équipe de soins* : données démographiques (âge, sexe), primo-installation, service d'accueil-secretariat, présence d'un coordinateur, nombre de départs de professionnels, formation universitaire et accueil d'étudiants.

3° *Etude du fonctionnement au quotidien* : organisation de réunions interprofessionnelles, système d'information, permanence de soins et visites à domicile.

2.2.2. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies courant juin-juillet 2016 : Dans la semaine du 6 au 11 juin, chacune des 40 MSP d'IDF a été contactée une première fois par téléphone via son secrétariat, afin d'informer de l'envoi du questionnaire. C'était également l'occasion de vérifier que les données indiquées sur la liste de l'ARS étaient exactes (adresse, adresse mail, nom du coordinateur). Le questionnaire était ensuite envoyé en pièce-jointe par mail, sauf si la secrétaire avait spécifié de l'envoyer par voie postale. Il était destiné principalement au coordinateur, ou en cas d'absence au(x) leader(s) de la maison de santé. Pour faciliter les réponses, on envoyait dans le même temps par voie postale une enveloppe retour préaffranchie, afin de retourner le questionnaire imprimé complété. Aucune subvention n'a pu être obtenue pour financer ces enveloppes retour. Une maison a refusé d'emblée de recevoir le questionnaire.

Seize réponses ont été initialement obtenues. Les maisons n'ayant pas répondu ont été relancées à deux reprises, par téléphone ou par mail, les 4 et 18 juillet. La première relance a permis d'obtenir six réponses supplémentaires et la deuxième une autre, soit un total de 23 réponses.

2.3. Analyse des données

Les questionnaires ont été numérotés suivant leur ordre dans la liste fournie par l'ARS. Les données de chaque questionnaire ont été retranscrites et analysées dans un tableur Excel° (Microsoft®) (cf. Annexe 3).

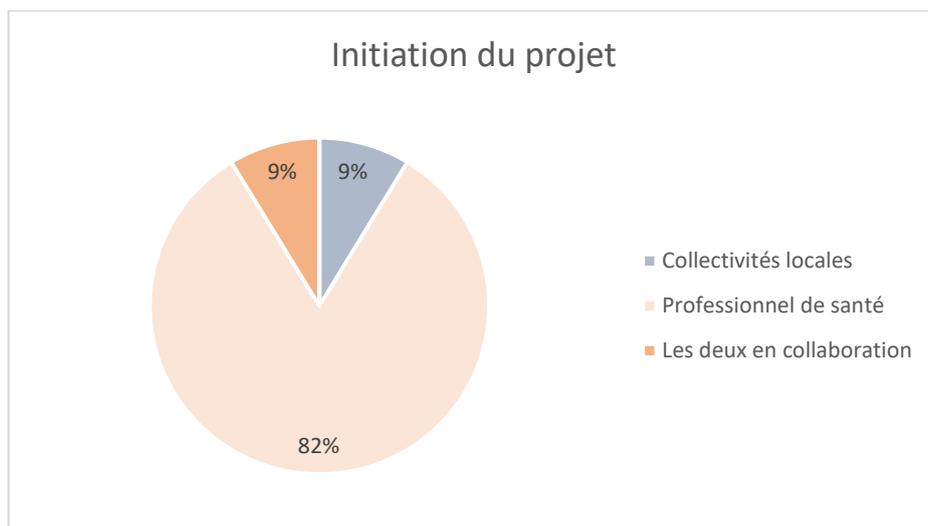
3. RESULTATS

Sur les 40 maisons de santé d'IDF, 23 ont répondu au questionnaire dont 9 par mail.

3.1. Montage du projet de MSP

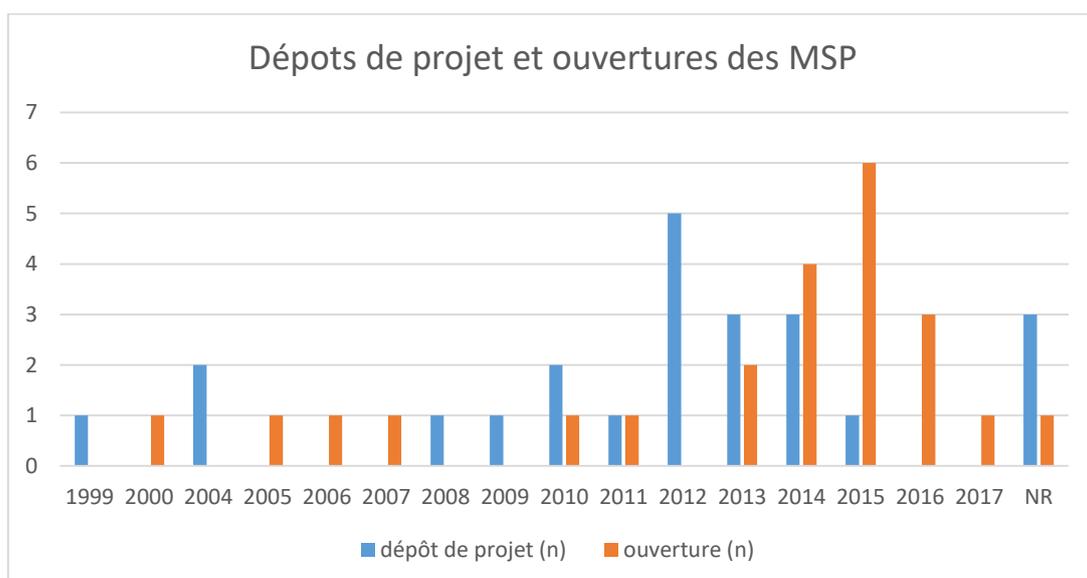
82% des projets de maisons de santé ont été initiés par un ou des professionnels de santé. 9% d'entre eux sont de l'initiative des collectivités locales seules. Une maison de santé a bénéficié de l'aide d'un hôpital.

Figure 3: Porteurs de projet



La durée moyenne de montage du projet (en considérant la durée entre la date de dépôt du projet et l'ouverture réelle de la maison de santé) était de 29 mois.

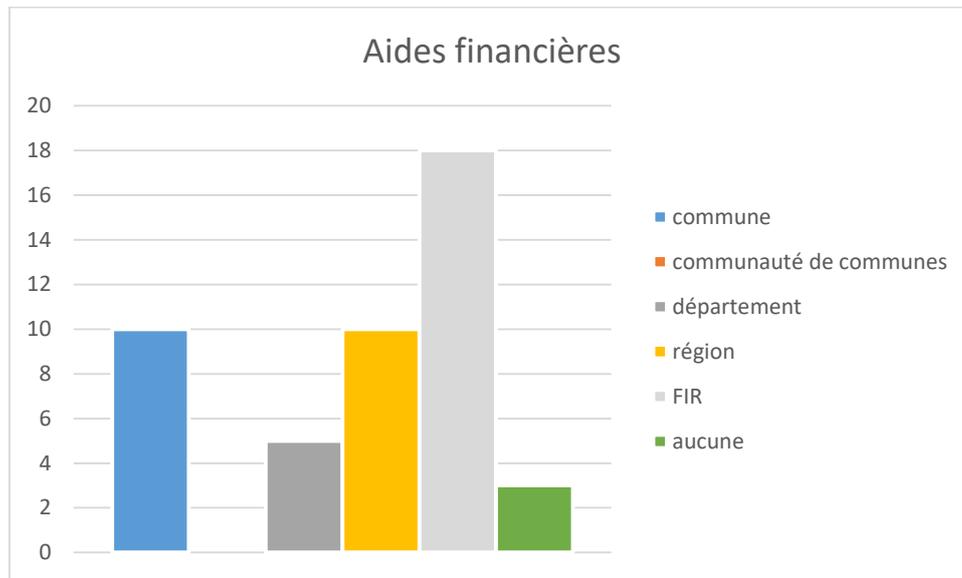
Figure 4: Années de dépôt de projet et d'ouverture des MSP



(NR = non réponse)

En ce qui concernait l'origine des subventions et des aides financières perçues par les maisons de santé, l'ARS venait en tête avec 18 maisons sur 23 ayant bénéficié de son aide via le FIR. Les aides communales et régionales venaient en deuxième position (10 maisons sur 23 en ont bénéficié).

Figure 5: les différentes aides financières

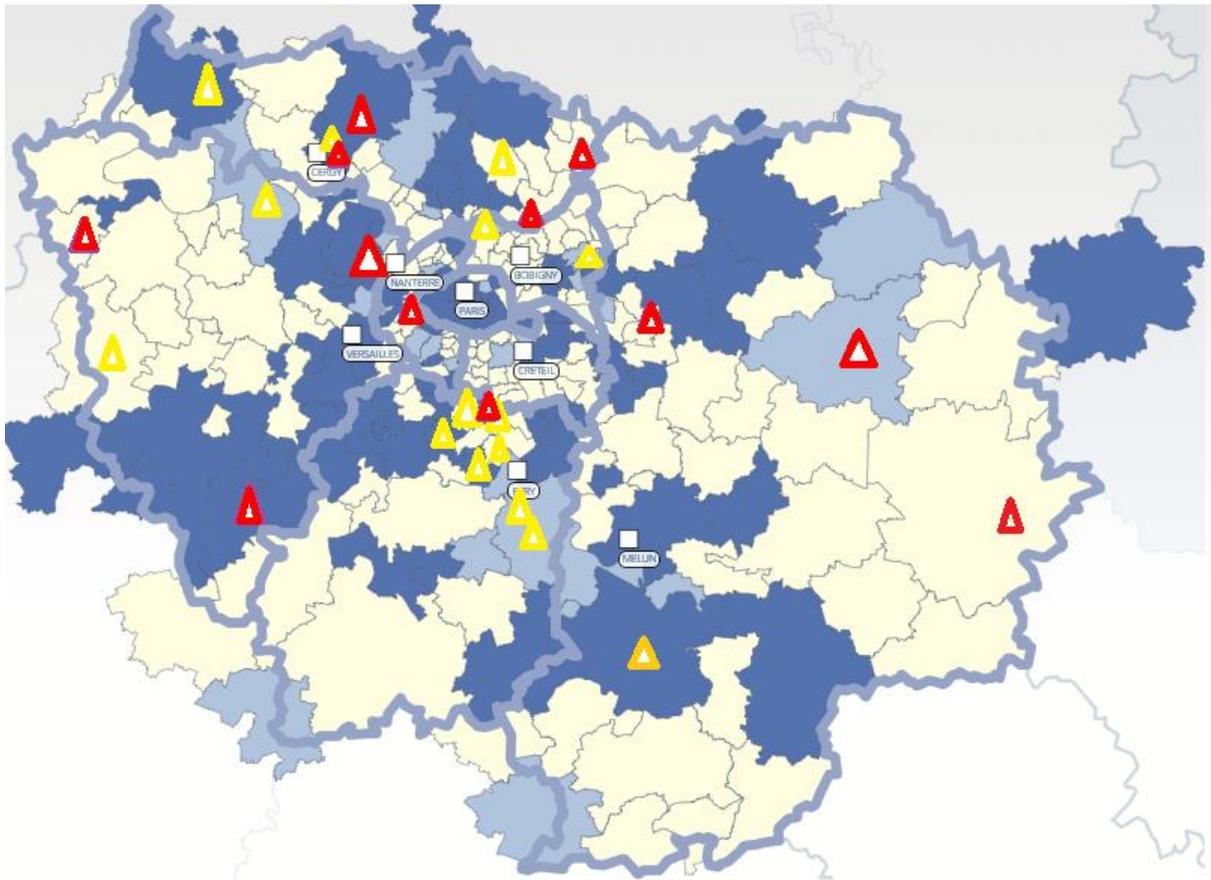


3 maisons n'ont reçu aucune aide financière.

Sur les 23 maisons ayant répondu au questionnaire, 8 étaient situées à Paris intra-muros et 15 en banlieue parisienne. L'ensemble des maisons de santé ont été représentées sur les cartes ci-dessous.

En jaune les maisons qui ont répondu au questionnaire, en rouge les autres.

Figure 6: localisations des MSP en banlieue parisienne

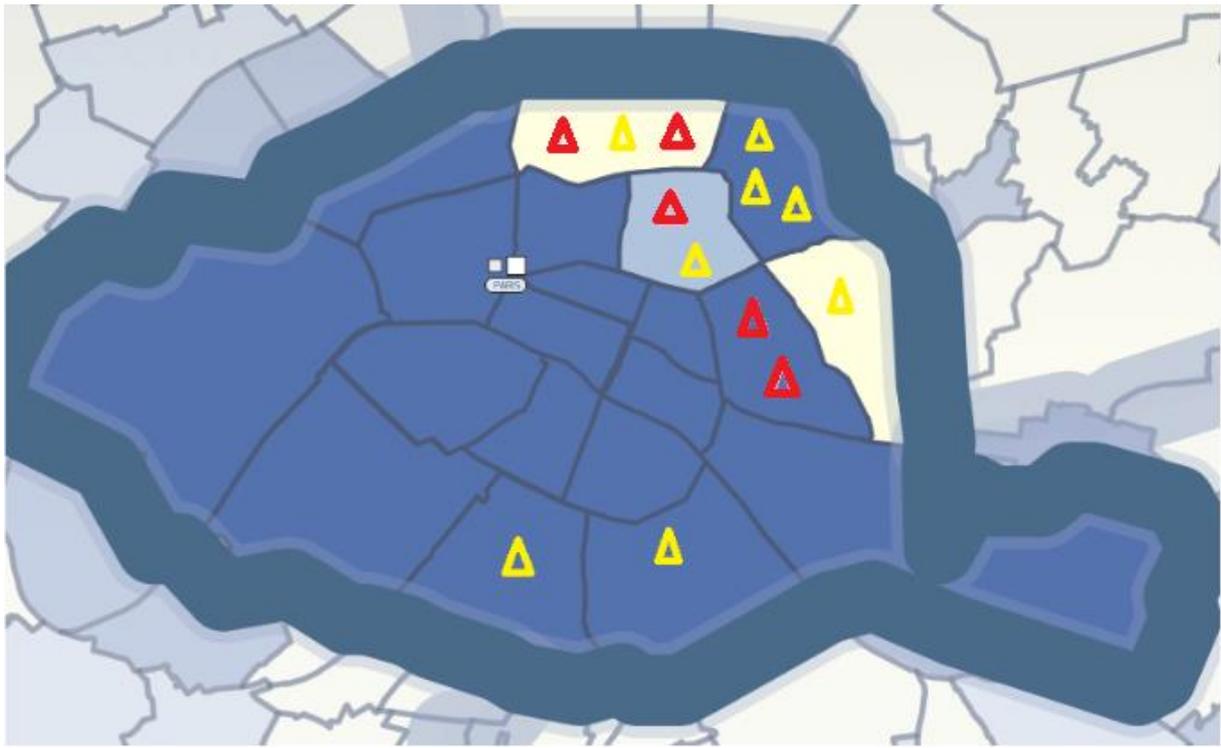


Densité pour 10 000 habitants

- Densité faible
- Densité moyenne
- Densité forte

Densité faible : ≤ 6 MG libéraux
Densité moyenne : entre 6 et 6.7 MG libéraux
Densité forte : ≥ 6.7 MG libéraux

Figure 7: localisation des MSP à Paris



Densité pour 10 000 habitants

- Densité faible
- Densité moyenne
- Densité forte

Densité faible : ≤ 6 MG libéraux

Densité moyenne : entre 6 et 6.7 MG libéraux

Densité forte : ≥ 6.7 MG libéraux

Sept maisons de santé avaient élaboré à la fois un contrat d'exercice en commun, une charte professionnelle, et un règlement intérieur. 4 maisons n'avaient rien rédigé. La charte professionnelle était le document le plus souvent rédigé (70%).

Tableau 2: Documents élaborés au sein des maisons de santé

	n	%
Contrat d'exercice en commun, charte professionnelle et règlement intérieur	7	30
Contrat d'exercice en commun, charte professionnelle	3	13
Charte professionnelle, règlement intérieur	4	17
Charte professionnelle seule	2	9
Règlement intérieur seul	3	13
Aucun	4	17

Les professionnels de santé étaient regroupés au sein des mêmes murs dans 83% des cas (n= 19). 17% des maisons étaient hors les murs (n=4).

Sur le plan juridique, l'organisation la plus fréquemment retrouvée était la SISA (pour 21 des maisons sur les 23). Deux maisons cumulaient à la fois l'organisation en SCM, en SISA, en SCI, et en association 1901. Une maison n'avait aucune organisation particulière.

Tableau 3: Organisation juridique des maisons de santé

	N
SCM, SISA, SCI, association 1901	2
SCM, SISA, SCI	1
SCM, SISA, association 1901	3
SISA, SCI, association 1901	1
SCM, SISA	2
SISA, association 1901	4
SISA seule	8
SCM seule	1
Aucun	1

9 maisons de santé (39%) faisaient partie d'un pôle de santé.

3.2. Composition – Equipe de soins

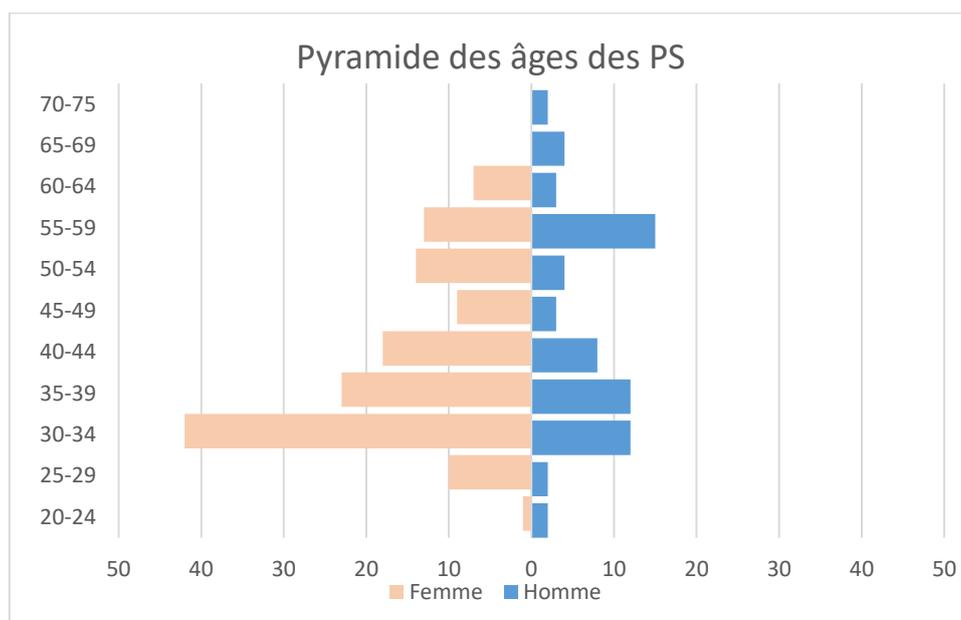
Sur les 23 maisons de santé étudiées, on dénombrait un total de 335 professionnels de santé dont 102 médecins généralistes et 13 médecins d'autres spécialités (1 gynécologue, 3 cardiologues, 3 pédiatres, 3 psychiatres, 2 dermatologues, et un ophtalmologue).

En moyenne, on comptait donc 14.6 professionnels de santé par maison, avec : 4.4 médecins généralistes, 0.6 médecin d'autres spécialités, 8 paramédicaux, 0.9 pharmaciens, 0.4 dentistes.

Les trois paramédicaux les plus présents étaient les infirmiers, les kinésithérapeutes et les sages-femmes avec en moyenne par maison de santé : 3 infirmiers (n=74), 1.4 kinésithérapeutes (n=32) et 1 sage-femme (n=23). Parmi les autres paramédicaux, étaient également présents des ostéopathes (n=10), des orthophonistes (n=14), des psychologues (n=11), des diététiciens (n=9), des podologues (n=10), des psychomotriciens (n=3). Un hypnothérapeute, un orthoptiste et deux biologistes ont également été dénombrés sur l'ensemble des maisons de santé.

La figure 8 représente la pyramide des âges de l'ensemble des professionnels de santé des maisons interrogées. L'âge minimum était de 24 ans et l'âge maximum de 75 ans.

Figure 8 : Pyramide des âges



En annexe (cf. Annexe 1) se trouvent les pyramides des âges des médecins généralistes, des infirmiers, et des kinésithérapeutes. Nous reviendrons sur ce sujet dans la discussion.

Tableau 4: Age moyen par profession

	Age moyen (années)
Généralistes	44
Médecins d'autres spécialités	44
Infirmiers	42
Kinésithérapeutes	51
Sages-femmes	31
Pharmaciens	61 (1 donnée)
Orthophonistes	37
Psychologues	44
Ostéopathes	29
Dentistes	51
Podologues	35
Diététiciens	35
Psychomotriciens	NR
Biologistes	NR
Hypnothérapeutes	56 (1 donnée)
Orthoptistes	30 (1 donnée)

Parmi les médecins toutes spécialités confondues, on trouvait 43% d'hommes et 57% de femmes.

Parmi les paramédicaux, on dénombrait 25% d'hommes et 75% de femmes.

Pour 46% des médecins généralistes, l'entrée dans la maison de santé constituait la première installation.

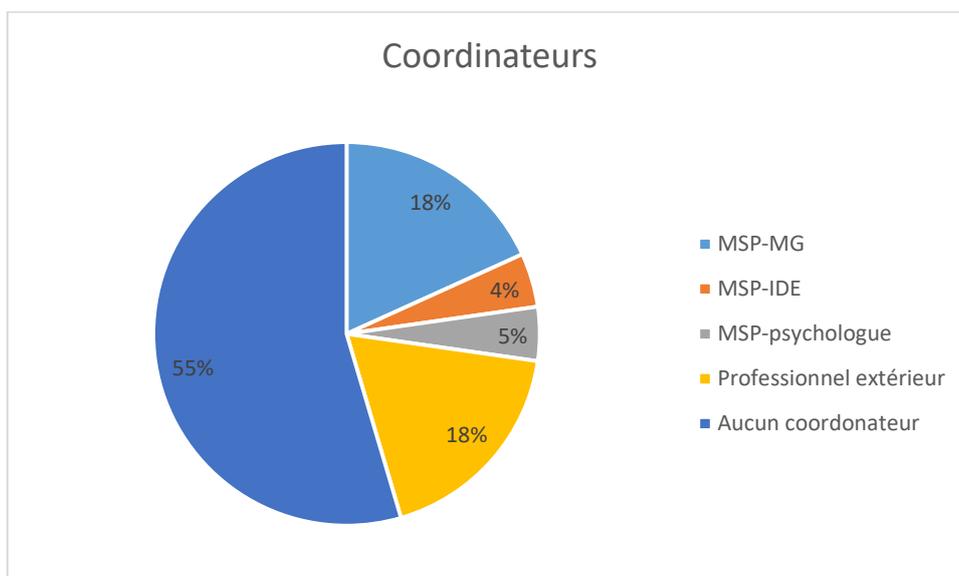
Tableau 5 : Primo-installation des professionnels de santé

	Oui	non	% de primo installation
Généralistes	38	44	46
Médecins d'autres spécialités	5	3	62.5
Infirmiers	10	45	18
Kinésithérapeutes	11	13	46
Sages-femmes	5	3	62.5
Pharmaciens	0	1	0
Orthophonistes	2	5	29
Psychologues	3	2	60
Ostéopathes	2	2	50
Dentistes	1	7	12.5
Podologues	1	5	20
Diététiciens	3	2	60
Psychomotriciens	2	0	100
Biologistes	NR		
Hypnothérapeutes	1	0	100
Orthoptistes	1	0	100

La totalité des maisons (100%) disposait d'un secrétariat téléphonique, joignable tous les jours de la semaine et le samedi matin. Le secrétariat était présent sur place pour 17 maisons, et était également ouvert le samedi matin pour 15 d'entre elles.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la présence d'un coordinateur : il s'est avéré que 45% des maisons de santé disposaient d'un coordinateur. Il s'agissait le plus souvent d'un médecin généraliste exerçant au sein de la maison ou d'un professionnel extérieur :

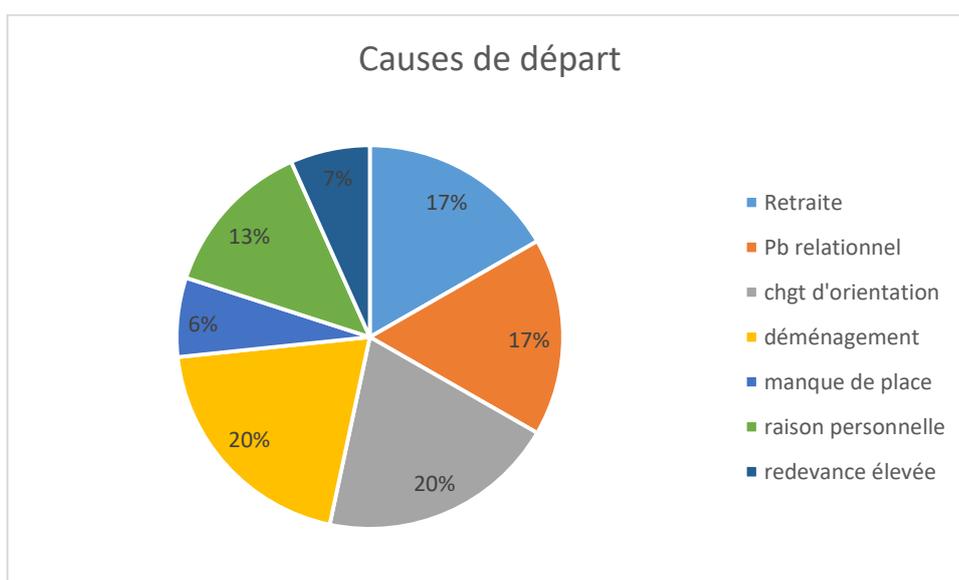
Figure 9 : Coordinateurs



Nous avons interrogé les maisons sur d'éventuels départs de professionnels de santé et sur leurs causes si elles étaient connues. Sur l'ensemble des MSP, 33 départs de professionnels de santé ont été comptabilisés au total. 11 des maisons interrogées n'en avaient eu aucun pour le moment. 11 maisons avaient vu partir entre 1 et 20% des membres de leurs équipes, enfin 1 maison en avait vu partir près de la moitié (49%).

Les différentes causes de départ sont représentées dans la figure ci-dessous :

Figure 10 : Les différentes causes de départ des professionnels de santé



Enfin, un des objectifs principaux des maisons de santé étant l'enseignement et la formation, nous sommes intéressés à l'accueil des étudiants au sein de ces centres de soins : 21 maisons (soit 91%) participaient à la formation d'étudiants. Sur l'ensemble des maisons de santé, 52 médecins généralistes maitres de stage étaient comptabilisés, soit une moyenne de 2.3 maitres de stage par MSP. 52% des maisons accueillaient des externes en médecine, 52% des internes niveau 1, 57% des internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). 35% accueillaient des étudiants infirmiers, 17% des étudiants en kinésithérapie, 13% des étudiants sage-femme, 13% des étudiants en orthophonie, enfin 9% des étudiants en ostéopathie.

Huit MSP (35%) comptaient parmi leurs équipes des médecins universitaires (2 en moyenne). Quatre d'entre elles disposaient de chargés d'enseignement. Deux MSP avaient un maître de conférence parmi leurs médecins, une MSP comptait un professeur, enfin deux MSP comptaient un Assistant Universitaire en Médecine Générale (AUMG).

3.3. Fonctionnement au quotidien

Chez 77% des maisons, une réunion d'échanges l'équipe au complet (réunion plénière) avait lieu au moins une fois par mois. Chez 82% d'entre elles, une réunion en groupes de travail (quelques membres de l'équipe seulement) avait lieu au moins une fois par mois. Une seule maison ne faisait aucune réunion.

Tableau 6: Fréquence des réunions interprofessionnelles

	Réunion plénière n (%)	En groupes de travail n (%)
Au moins une par semaine	3 (13.6)	9 (41)
Au moins une tous les 15 jours	3 (13.6)	3 (13.6)
Au moins une par mois	11 (50)	6 (27)
Au moins une tous les 3 mois	3 (13.6)	2 (9)
Moins qu'une tous les 3 mois	1 (4.5)	1 (4.5)
Aucune	1 (4.5)	1 (4.5)

21 maisons sur 23 utilisaient un logiciel informatique commun. Le plus fréquemment utilisé était le logiciel EO.

Tableau 7: Logiciels informatiques utilisés

	n (%)
Eo	6 (29)
Weda	5 (23)
ICT Chorus	3 (14)
MLM	1 (5)
Easy Prat	1 (5)
Médistory	1 (5)
Hellodoc	1 (5)
NR	3 (14)

Tableau 8: Visites à domicile

Nombre de MSP effectuant des visites à domicile	
Par les médecins	20 (sur 23)
Par les IDE	23 (sur 23)
Par les kinés	10 (sur 13)
Par les orthophonistes	5 (sur 9)
Par les sages-femmes	3 (sur 8)
Par les podologues	4 (sur 5)
Par les ostéopathes	1 (sur 4)
Par les psychologues	1 (sur 8)

22% des maisons participaient à la permanence de soins dans le secteur la nuit et 61% à la permanence de soins dans le secteur le week-end.

Enfin, pour essayer de se représenter l'activité quotidienne de ces maisons de santé, nous avons demandé à chaque maison combien elles avaient reçu de patients en un jour donné, en différenciant les consultations sur place et à domicile.

Sur les 23 maisons, 6 n'ont pas répondu pour les consultations sur place et 7 n'ont pas répondu pour les visites à domicile. On obtenait un total de de 2947 patients vus (2404 sur place et 543 à domicile). Cela représentait donc une moyenne de 141 consultations sur place et de 34 visites à domicile par maison (avec 45 visites à domicile pour les MSP à Paris intra-muros et 32 pour les MSP en banlieue parisienne), soit 10 consultations sur place et 2 visites à domicile en moyenne par professionnel de santé.

4. DISCUSSION

4.1. Interprétation des résultats

Ainsi cette thèse répond à son objectif d'éclairer sur la nature et la réalité du fonctionnement des maisons de santé nouvellement ouvertes en Ile de France. On rappelle que les objectifs des MSP sont d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, d'attirer de nouveaux professionnels sur un territoire, enfin de favoriser la prévention de la santé et l'éducation thérapeutique.

Sur les 40 maisons de santé ouvertes en Ile de France, 23 ont donc répondu à notre questionnaire. Huit installées sur Paris (soit 62% des MSP sur Paris) et quinze en banlieue parisienne (soit 55% des MSP en banlieue), nous permettant d'avoir un bon aperçu des MSP d'IDF.

D'après les résultats de notre étude, on constate tout d'abord que l'ouverture des maisons de santé dépend principalement de l'initiative directe des professionnels de santé eux-mêmes (82%) dans le cadre de la mutation du système de soins ambulatoire dont nous avons parlé. Ce sont donc les professionnels de santé, qui en plus de leur travail de soignant, entreprennent de monter un projet de maison de santé. Cela confirme leur réel désir de changer leur mode d'exercice et de répondre aux nouveaux besoins en termes d'accès aux soins.

On s'aperçoit également que le projet de création n'est pas chose facile, puisqu'il faut compter plus de deux ans avant de voir le projet aboutir. Une des raisons principales de ces délais est probablement la mobilisation des ressources institutionnelles et l'obtention de financements, qui nécessitent des études territoriales préalables et le respect d'un cahier des charges précis. Ceci peut être un frein à la création de nouvelles MSP, et la facilitation des démarches doit donc être recherchée le plus possible.

La FEMASIF y participe en faisant intervenir sur demande des facilitateurs et facilitatrices : il s'agit de professionnels de santé exerçant en maison ou pôle de santé, ayant une très bonne connaissance de l'exercice professionnel dans ces milieux-là et ayant été formé à la démarche de facilitation. Cependant il en existe encore trop peu, et leur formation doit être encouragée.

Dans notre étude, la grande majorité des projets a bénéficié d'aides de l'état (87%) avec en tête l'aide de l'ARS via le FIR (78%). On peut souligner que les aides et l'accompagnement se sont améliorés avec les années et le développement des MSP : sur les six MSP ayant ouvert avant 2012, trois (soit 50%)

d'entre elles ont reçu entre zéro et une aide financière seulement. Après 2012, cela ne concerne plus que quatre maisons sur seize (soit 25%), les autres percevant au moins deux aides financières. On peut donc en déduire que probablement les modalités d'accès aux subventions se sont précisées.

Les maisons de santé ont parmi leurs différentes missions de pallier à la désertification médicale. Ceci est bien mis en œuvre à Paris où l'on observe (cf. Figure 6) deux fois plus de maisons de santé dans les arrondissements de faible ou moyenne densité médicale. En effet sur les deux arrondissements de Paris de faible densité médicale, on compte quatre maisons de santé. Il y en a deux pour l'arrondissement de densité moyenne. On en dénombre sept pour les 17 arrondissements de forte densité médicale (soit moins d'une maison pour deux arrondissements). Par ailleurs, on remarque que la grande majorité de ces MSP est regroupée dans le quart Nord Est de Paris, quart en moyenne le moins pourvu de médecins généralistes.

En banlieue parisienne (cf. Figure 7), on observe une répartition un peu plus homogène avec onze MSP implantées en zone de densité faible, cinq MSP en zone de densité moyenne, et onze MSP en zone de densité forte.

Pour rappel, l'étude de l'IRDES réalisée entre 2008 et 2011 avait montré une plus grande présence des MSP que des médecins généralistes dans les espaces plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui mettait en évidence une logique de maintien de l'offre de soins de premier recours. Il serait intéressant de réactualiser cette étude qui montrerait probablement des résultats encore plus concluants, devant l'essor des MSP ces dernières années.

On peut signaler par ailleurs que la densité des médecins généralistes libéraux en Ile de France est moindre que dans le reste de la France : on compte en effet en moyenne 6.8 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants en IDF contre 8.3 pour 10 000 habitants en France. Si on considère l'ensemble des médecins toutes spécialités confondues, la tendance s'inverse avec 34.1 médecins pour 10 000 habitants en IDF contre 29.2 pour 10 000 habitants en France. De même pour les médecins généralistes salariés, avec 5.8 médecins salariés pour 10 000 habitants en IDF contre 4.8 pour 10 000 habitants pour la France entière. Ainsi ceci illustre une présence plus importante de médecins spécialistes et de médecins généralistes salariés sur l'IDF que dans le reste de la France.

L'organisation du fonctionnement au quotidien des maisons de santé est aidée par la rédaction d'un certain nombre de documents, permettant de définir à la fois les objectifs de soins, les modalités de travail en commun, la coordination. Dans notre étude, la charte professionnelle est le plus souvent

retrouvé (70%), puis le règlement intérieur (61%). 4 maisons n'avaient cependant rien rédigé. Sur le plan juridique, quasiment toutes les maisons sont organisées en SISA (91%). Une association loi 1901 est créée dans environ une maison sur deux (43%).

On observe une franche tendance des équipes à travailler au sein des mêmes murs (83%), probablement dans le but de faciliter les échanges, la coordination des soins et la mutualisation des moyens. Un peu moins d'un tiers des maisons font partie d'un pôle de santé (39%). Parmi ces dernières, quatre d'entre elles sont organisées hors les murs (ce qui représente en fait la totalité des maisons hors les murs de notre étude). Ne pas travailler sur les mêmes lieux complique probablement la mutualisation des moyens et la coordination : cependant dans notre étude, sur les 4 MSP hors les murs, la totalité d'entre elles ont un logiciel informatique commun. Elles organisent également toutes des réunions interprofessionnelles au moins une fois par mois (aussi bien l'équipe au complet qu'en petit groupe de travail). Cela montre une adaptation des MSP hors les murs aux objectifs de coordination des soins. Comme souligné par l'une de ces MSP hors les murs, il serait intéressant de compléter notre étude par une autre, portant spécifiquement sur l'organisation de ces MSP hors les murs.

Ces maisons appartenant à des pôles de santé sont autant implantées en banlieue parisienne (4 MSP) qu'à Paris même (5 MSP). En moyenne, elles comptent 17 professionnels de santé dans leur équipe. Si on exclut une des maisons (comptant 56 professionnels !) on aboutit à une moyenne peut être plus représentative de 12.5 professionnels de santé par maison. Nous pouvons souligner que les définitions de pôle de santé et de maisons de santé hors les murs tendent aujourd'hui à se rapprocher, ce qui risque d'entraîner un jour la disparition du terme de pôle de santé.

Les équipes de soins sont constituées en moyenne par maison de 14.6 professionnels de santé, avec 4.4 médecins généralistes, 0.6 médecin d'autres spécialités, 8 paramédicaux, 0.9 pharmaciens, 0.4 dentistes. Chaque maison compte en moyenne 3 infirmiers, 1.4 kinésithérapeutes et 1 sage-femme. L'âge moyen des médecins toutes spécialités confondues est de 44 ans, avec un ratio de 43% d'hommes et 57% de femmes.

Parmi les médecins généralistes on compte 41% d'hommes et 59% de femmes. L'âge moyen est de 44 ans, avec 49% de moins de 40 ans et 10% de plus de 60 ans. A l'échelle nationale, sur les 88 886 médecins généralistes comptabilisés en 2016 par l'Ordre des Médecins, on dénombre 54% d'hommes et 46% de femmes. L'âge moyen est de 52 ans, avec 16% de moins de 40 ans et 27,3% de plus de 60 ans. [5] Ainsi ceci confirme l'attrait des plus jeunes évoqué dans l'introduction pour l'exercice collectif

au sein des MSP. La majorité de femmes au sein de ces structures s'explique en partie par la féminisation de la profession puisque au 1^{er} janvier 2016 on dénombre à l'échelle nationale, parmi les 14244 médecins généralistes de moins de 40 ans, 37% d'hommes et 63% de femmes.

Enfin, l'entrée dans la maison de santé des médecins généralistes correspond à une primo-installation pour 46% d'entre eux, ce qui confirme également l'aspect attractif de ce nouveau mode d'exercice médical. L'âge moyen de ceux s'installant pour la première fois au sein des MSP est de 36 ans, ce qui ne se différencie pas de la moyenne nationale (35 ans). [24]

La totalité des maisons disposent d'un secrétariat téléphonique, joignable toute la semaine et le samedi matin. 65% d'entre elles disposent d'un secrétariat sur place.

D'après notre étude, un coordinateur est présent dans 45% des maisons de santé. Il s'agit le plus souvent d'un médecin généraliste de la maison de santé ou un professionnel extérieur. Le coordinateur ayant un rôle à la fois de gestion et d'administration de la structure, de gestion informatique et de coordination des soins, il permet de soulager les professionnels de santé d'une partie des tâches, les laissant ainsi se concentrer pleinement sur leur rôle de soignant. La formation et le recrutement de coordinateurs doivent donc être favorisés. Cependant, le principal problème posé pour son recrutement est celui de sa rémunération, celui-ci étant en effet salarié. Bon nombre d'équipe utilise les NMR. La thèse d'Elsa Léger qui a étudié les moteurs et les freins de l'interprofessionnalité au sein des MSP retrouvait justement comme moteur la présence d'un coordinateur. L'interprofessionnalité peut être définie comme un travail d'équipe permettant de prendre en charge au mieux le patient, en conjuguant et harmonisant les compétences et les expériences des différents professionnels, dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins proposés. L'étude d'Elsa Léger trouvait également comme autres facteurs moteurs l'envie de travailler ensemble, le partage de valeurs de travail communes, le dynamisme entraînant d'un ou plusieurs leaders, enfin la proximité physique. Les freins retrouvés dans cette analyse étaient la méconnaissance de l'autre, la question du financement de l'interprofessionnalité, et enfin le manque de performance des logiciels informatiques. [12]

Dix maisons comptent au sein de leur équipe au moins un professionnel de santé non pris en charge par la sécurité sociale (à savoir un podologue, un diététicien, un psychologue ou un ostéopathe). Ces maisons ne sont pas plus grandes que les autres, comptant en moyenne 13,8 professionnels de santé. Cependant on observe qu'elles sont toutes situées en dehors de Paris.

Sur l'ensemble des MSP il y a eu peu de départs de professionnels de santé (33 au total soit une moyenne de 1.4 départs par maison). Comme on peut s'y attendre, si l'on compare les maisons aux

plus grands nombres de départs aux autres, on observe que plus l'équipe est importante et plus l'année d'ouverture est ancienne et plus le nombre de départ est important. Les causes évoquées sont assez diverse, cependant il est étonnant de retrouver comme première raison les changements d'orientation. Il serait intéressant de connaître les nouvelles directions que prennent ces professionnels de santé.

Un autre objectif des maisons de santé est l'enseignement, passant par la présence de maitres de stage et l'accueil d'étudiants stagiaires. La quasi-totalité des maisons répondent à cet objectif puisque 91% des maisons participent à la formation d'étudiants dans notre étude. Cependant, on peut se demander si ce résultat n'est pas surestimé via un biais de recrutement : en effet les maisons ayant répondu au questionnaire dans le cadre de cette thèse sont probablement celles qui prennent le plus en compte l'aspect universitaire. Dans notre étude, 52% des MSP accueillent des externes en médecine, 52% des internes niveau 1, 57% des internes SASPAS, et 35% des étudiants infirmiers. On compte par ailleurs en moyenne 2.3 médecins maitre de stage par maison. Dans le cadre actuel de mutation du système de soins avec une tendance qui s'oriente vers un exercice qui se veut pluriprofessionnel, et afin de faire découvrir ce mode d'exercice aux nouvelles générations de médecins, on peut espérer que l'accueil d'étudiants au sein des MSP se fera croissant les prochaines années.

Concernant la coordination des soins, dans 73% des maisons de santé, des réunions l'équipe au complet et des réunions en petit groupe ont lieu au moins une fois par mois. Trois maisons font même au moins une réunion par semaine l'équipe au complet. Une seule maison ne fait aucune réunion.

La très grande majorité des maisons (91%) utilise un logiciel informatique commun. Le plus fréquemment utilisé est le logiciel EO, suivi du logiciel WEDA. Il est cependant surprenant de constater que 2 maisons n'utilisent pas de logiciel informatique commun, outil indispensable à la coordination des soins. C'est une de ces 2 maisons qui n'organise pas de réunion interprofessionnelle.

On peut également noter la diversité des logiciels informatiques utilisés. L'ASIP a lancé le label e-santé destiné aux logiciels maisons de santé. Il permet aux porteurs de projet d'éclairer leur démarche de sélection de logiciels en identifiant sur le marché ceux disposant d'emblée des fonctionnalités adaptées à l'activité des MSP : dossier médical et de soins communs aux professionnels de santé de l'organisation, gestion du consentement du patient au partage de ses données, indicateur d'activité, comptabilité. Dans notre étude, sur les 21 maisons utilisant un logiciel informatique commun, seule une n'utilise pas un logiciel labélisé ASIP (à savoir le logiciel Easy Prat). [25] Ces logiciels ne sont toutefois

pas toujours adaptés aux paramédicaux, qui la plupart du temps n'en utilisaient pas avant leurs entrées dans les MSP, et qui ont parfois l'impression de perdre leur temps.

Concernant l'accès aux soins et les visites à domicile, on constate dans notre étude que la grande majorité des maisons de santé répondent à cet objectif puisque la totalité des MSP ont des infirmiers réalisant ces visites, et 87% des médecins généralistes. Cela concerne 10 MSP (43%) pour les kinésithérapeutes, cependant cela s'explique par leur présence au sein de 13 MSP seulement sur les 23. En moyenne, 34 visites à domicile sont réalisées chaque jour dans une MSP avec la répartition suivante : 45 visites à domicile pour les MSP à Paris même et 32 pour les MSP en banlieue parisienne. Cette différence s'explique probablement par un plus grand éloignement géographique des patients en banlieue parisienne, augmentant ainsi le temps de déplacement des professionnels de santé et diminuant en parallèle le nombre de visites à domicile réalisable chaque jour.

Une étude de 2005 s'était intéressée aux visites à domicile chez les médecins généralistes franciliens : en 2003, les visites représentaient 12.8% de l'activité des médecins généralistes. Le temps moyen d'une visite à domicile était de 41 minutes (temps passé à préparer la visite, temps de déplacement, temps passé auprès du patient et temps de mise à jour du dossier). En comparaison, une consultation au cabinet durait en moyenne 18 minutes. Les médecins tarifiaient en moyenne la visite à domicile à 34 euros en IDF. La question de la rentabilité avait été soulevée, cependant les visites à domicile restaient justifiées pour les patients non autonomes. [26]

22% des maisons participent à la permanence de soins dans le secteur la nuit et 61% le week-end.

A la question « combien de patients ont été reçus par l'ensemble des professionnels lundi dernier dans votre MSP ? » la réponse n'est finalement pas interprétable en termes de nombre moyen de patients reçus par professionnel de santé. D'une part, près d'un quart des maisons n'ont pas répondu à cette question, probablement par l'effort que cela exigeait, puisque cela demandait de regarder combien de patients avaient été vu par chaque professionnel à telle date, soit dans les agendas, soit dans le logiciel informatique. D'autre part, on ne demandait pas de préciser le nombre de professionnels présents ce jour la ni leur profession. On ne peut donc pas conclure à une moyenne par professionnel de santé. Cependant, cela nous donne un reflet de l'activité globale des maisons de santé, en nous donnant une moyenne du nombre de patients reçus au sein des MSP par jour, sur place (n=141) ou en visite à domicile (n=34).

Au terme de cette étude, nous pouvons comparer quelques-unes de nos données à celle de l'observatoire des MSP de la DGOS, pour l'année 2016 en France :

Les équipes sont un peu plus grandes dans le reste de la France qu'en IDF avec en moyenne 18.1 professionnels de santé par maison (avec la répartition suivante : 5 médecins, 9.1 paramédicaux, 1.6 chirurgiens-dentistes et 2.4 pharmaciens). 45.3% des MSP sont constituées en SISA (contre 91% en IDF) et 79% seulement ont ou prévoient un système d'information labellisé ASIP. Enfin 63% des MSP accueillent des internes en médecine et 34% des étudiants d'une autre profession de santé.

4.2. Forces et faiblesses du travail

4.2.1. Forces du travail

La principale force de l'étude repose sur son originalité : Peu de données antérieures existent, les maisons de santé étant un phénomène que l'on peut qualifier de récent. Cette étude pourra donc servir de base de données pour de futures études s'intéressant aux maisons de santé.

S'agissant d'une étude observationnelle, nous n'avons pas rencontré les contraintes liées à une intervention thérapeutique.

Le questionnaire a été testé préalablement auprès de trois maisons de santé. Cela a amené à réaliser des modifications et des précisions dans les questions, en fonction des remarques qui avaient été faites. Ceci garantissant une bonne compréhensibilité des questions et des réponses fiables.

Pour maximiser le nombre de retour, chaque maison de santé a été appelée une première fois par téléphone pour être informée de l'envoi du questionnaire puis relancée deux fois si aucune réponse n'avait été obtenue.

En excluant les quelques dates de naissance manquantes du tableau de la question 10, nous n'avons eu que 20 réponses incomplètes ou manquantes sur l'ensemble des 483 réponses attendues.

4.2.2. Faiblesses du travail

Nous avons décidé de restreindre l'étude aux 40 MSP d'IDF : l'étude était donc totalement dépendante des retours et de la qualité des réponses. Nous avons obtenu 23 retours. Parmi ceux-ci, les réponses ont été bien complétées. Le tableau portant sur l'équipe de soins a pu paraître assez lourd, surtout dans les maisons de santé comptant de nombreux professionnels de santé. Il n'a pas toujours été

entièrement complété. Par ailleurs, en ciblant la région IDF nous n'avons pas interrogé les MSP des milieux ruraux. La généralisation des résultats peut être remise en cause.

Pour la durée du montage du projet, et en particulier concernant la date de dépôt du projet, certaines maisons n'ont précisé que l'année du dépôt. Arbitrairement, nous avons choisi de considérer le milieu de l'année pour établir la moyenne en mois de la durée du montage.

Le questionnaire était principalement destiné aux coordinateurs des maisons de santé. Si elles n'en avaient pas, le leader était alors sollicité. Celui-ci ayant potentiellement moins de temps à consacrer au remplissage du questionnaire. Cela a pu favoriser un retour de la part des maisons possédant un coordinateur et donc surestimer le taux de coordinateur.

De nombreuses autres questions auraient été intéressantes à ajouter au questionnaire. Dans un souci de ne pas rallonger le questionnaire, afin de maximiser le nombre de retours, nous avons volontairement restreint et sélectionné le nombre de questions.

5. CONCLUSION

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont en plein essor en France. Leur nombre a presque doublé en 2 ans avec, en 2016, 781 maisons en fonctionnement en France. 1000 maisons en activité sont attendues d'ici 2017. Leurs objectifs sont multiples : il s'agit à la fois d'apporter une solution au problème de la désertification médicale qui sévit en France en offrant des lieux de soins fixes dans les territoires sous dotés en professionnels de santé, mais aussi de répondre au besoin de réorganisation de l'offre de soins en proposant une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée entre les différents intervenants, au sein mêmes des maisons ou intégrée dans leurs réseaux de santé. Enfin, il s'agit également d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, qui aspirent à un meilleur équilibre entre travail et vie privée.

Notre étude quantitative nous a donc permis de recueillir un certain nombre d'éléments sur le fonctionnement de ces maisons de santé pluriprofessionnelles, en nous intéressant particulièrement aux trois points suivants : le montage du projet, l'équipe de soins, et le fonctionnement au quotidien.

L'analyse territoriale, l'état des lieux de l'offre de soins, la création d'une équipe, les demandes de subventions, la rédaction d'un projet de santé prennent du temps : Pour monter une maison de santé, il faut compter en moyenne 29 mois. Dans notre étude, celles-ci sont préférentiellement installées dans des zones de moindre densité médicale, ce qui répond à un de leurs objectifs.

En moyenne, on compte 14.6 professionnels par maison de santé. L'étude de ces équipes nous permet de constater la tendance actuelle de la démographie des professionnels de santé qui tend vers une féminisation de la profession : 57 % des médecins sont des femmes ainsi que 75% des paramédicaux. L'exercice collectif au sein des maisons de santé attire les plus jeunes, la moyenne d'âge des médecins y étant de 44 ans, soit 8 ans de moins que la moyenne nationale.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des structures permettant la mutualisation des moyens (partage des locaux, partage d'un accueil-secrétariat) et l'optimisation de la coordination des soins principalement par le regroupement de professionnels de santé sur un même lieu, l'organisation de réunions interprofessionnelles et l'utilisation de logiciel informatique commun.

Enfin une bonne partie des maisons de santé répondent à leur objectif d'enseignement, en accueillant des étudiants médecins et infirmiers, plus rarement kinésithérapeutes ou sages-femmes.

Il serait à présent intéressant de réaliser une enquête auprès des patients consultants au sein des maisons de santé, afin de recueillir leurs avis et attentes sur ces nouveaux lieux de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction générale de l'offre de soins. (page consultée le 01/07/2016). Observatoire des MSP. 5^{ème} journée FFMPS. [en ligne].
http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPS_2_11_03_16.pdf
2. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. (page consultée le 01/07/2016). Qu'est-ce qu'une Maison et Pôle de santé? [en ligne].
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante> .
3. Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consultée le 01/07/2016). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. [en ligne].
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. Conseil national de l'ordre des médecins. (page consultée le 01/07/2016). Débat sur les territoires de santé, les problématiques de désertification et les moyens d'y remédier. [en ligne].
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1722>
5. Ordre national des médecins. (page consultée le 01/07/2016). Cartographie interactive de la démographie médicale. [en ligne].
<http://www.demographie.medecin.fr/>
6. Le gouvernement. (page consultée le 01/07/2016). La lutte contre les déserts médicaux. Projet porté par Marisol Touraine. [en ligne].
<http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>

7. Ministères des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 01/07/2016). Praticien territorial de médecine générale - PTMG. [en ligne].
<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg>
8. Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 01/07/2016). Instruction interministérielle N°DGOS/SG-CIV/PF3/2012/351 du 28 septembre 2012 relative à l'appui apporté aux professionnels de santé porteurs de projets de créations de structures pluriprofessionnelles d'exercice coordonné de soins de premier recours en zones urbaines sensibles et dans les quartiers prioritaires de la ville. [en ligne].
http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-10/ste_20120010_0100_0042.pdf
9. Gavid B, Maisons de santé : que des qualités ? La revue du praticien – médecine générale. 2015Oct;29(947) :621.
10. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. (page consultée le 01/07/2016). Qu'est-ce qu'une Maison et un Pôle de santé ? Etat des lieux. [en ligne].
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
11. De Haas P, Monter et faire vivre une maison de santé. 2nd ed. St. Etienne: Le Coudrier; 2015.
12. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de médecine; 2016.
13. Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile de France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de médecine; 2011.
14. Chabot JM, La lancinante question de la démographie médicale. La revue du praticien. 2016 Jun;66(6):599-604.

15. Morana E. Étude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Paris : Université Paris Est Créteil, 2011.
16. Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France. (page consultée le 01/07/2016). Le diagnostic de territoire. Connaître son territoire, un préalable à tout projet de maison de santé. [en ligne].
<http://femasif.fr/avoirunprojet/le-diagnostic-de-territoire/>
17. Agence régionale de santé. (page consultée le 01/07/2016). Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels mode d'emploi. [en ligne].
http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/fileadmin/ALSACE/actualites/2015_MSP/ARS_guide_instal.pdf
18. Direction générale de l'offre de soins. (page consultée le 01/07/2016). Cahier des charges des MSP pouvant bénéficier d'un soutien financier. [en ligne].
<http://www.ffmps.fr/files/Cahier-des-charges.pdf>
19. Agence Régionale de Santé. (page consultée le 01/07/2016). Accompagnement sur l'ingénierie, la mise en œuvre et la pérennisation des maisons de santé pluriprofessionnelles. [en ligne].
http://femasif.fr/wp-content/uploads/2015/09/cahier_des_charges_msp-ars_idf_2015-partie-faisabilit%C3%A9.pdf
20. Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France. (page consultée le 01/07/2016). Les soutiens dans le montage en Ile de France. [en ligne].
<http://femasif.fr/avoirunprojet/les-soutiens-dans-le-montage-en-ile-de-france/>
21. Union régionale des professionnels de santé, médecins libéraux Languedoc Roussillon. (page consultée le 01/07/2016). De la SISA aux nouveaux modes de rémunération, quelles avancées pour les maisons de santé pluriprofessionnelles ? [en ligne].
<http://docplayer.fr/9895904-De-la-sisa-aux-nouveaux-modes-de-remuneration-quelles-avancees-pour-les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles.html>

22. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (page consultée le 01/07/2016). Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. [en ligne] :
<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

23. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé. 2015 Jul ;211:1-5.

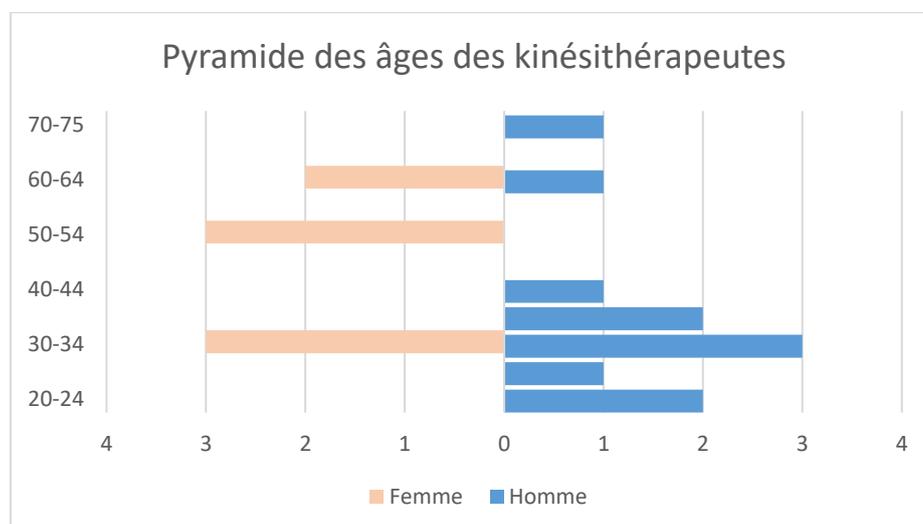
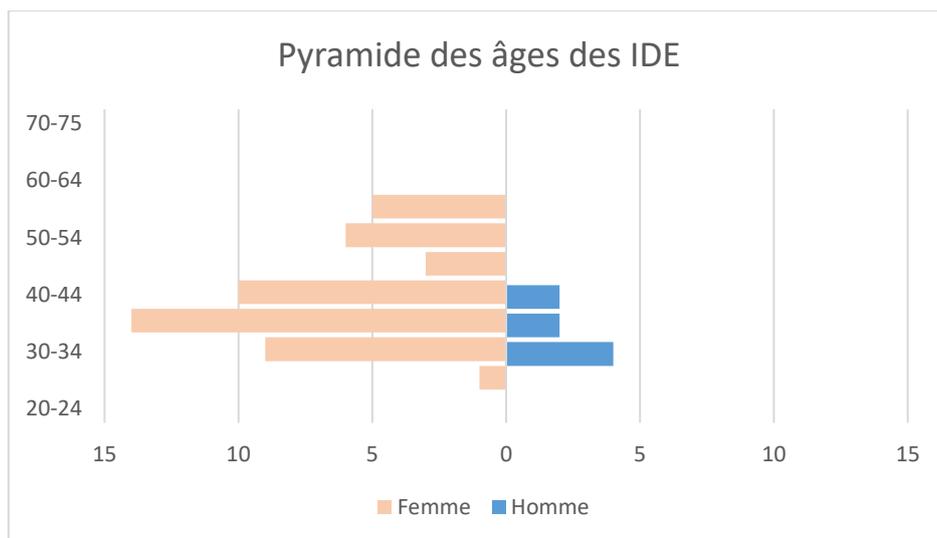
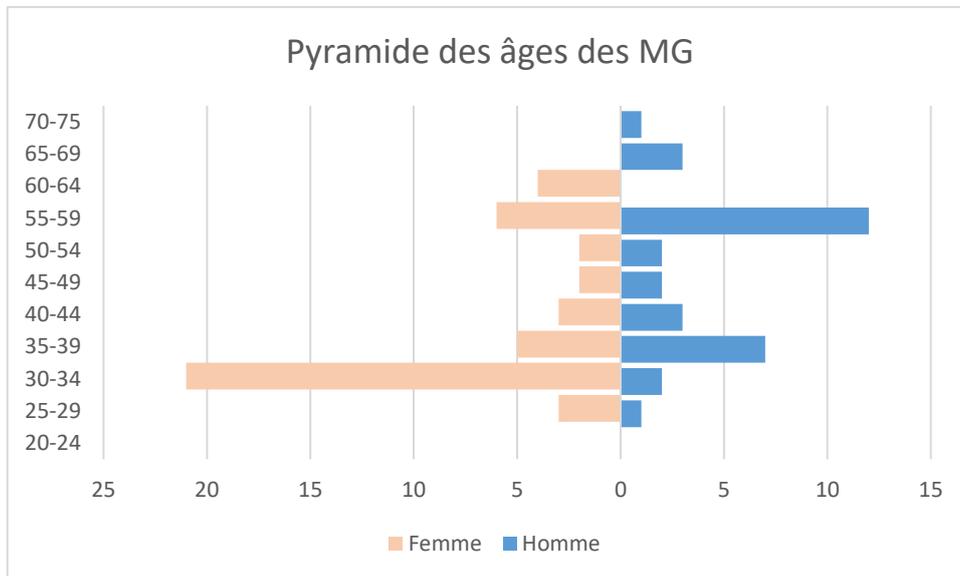
24. Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France. (page consultée le 01/07/2016). Motifs et freins à l'installation libérale en Ile de France. [en ligne].
http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf

25. Agence française de la santé numérique. (page consultée le 01/08/2016). La liste des solutions labellisées. [en ligne].
<http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>

26. Union régionale des médecins libéraux Ile de France. (page consultée le 01/08/2016). Enquête visite à domicile : la visite à domicile chez les médecins franciliens. [en ligne].
http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : pyramides des âges des médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes



Annexe 2 : Questionnaire sur les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en IDF

Ce questionnaire concerne tous les professionnels de santé exerçant au sein d'une MSP en Ile de France.

Il est composé des parties suivantes :

- Montage du projet de MSP
- Composition de l'équipe de soins
- Fonctionnement au quotidien

Dans le cadre d'une MSP en cours d'ouverture, il est possible que certaines questions ne soient pas complètement adaptées à votre situation. Si cela est possible, on propose de préciser le projet prévu.

I/ Montage du projet de MSP

1° Qui a initié le projet de MSP ?

Les collectivités locales

Vous-même ou un autre professionnel de santé

Les deux en collaboration

Autre Précisez : _____

2° Quelle a été la durée du montage du projet de MSP?

Précisez la date de dépôt du projet (MM/AA) : _____

Précisez la date d'ouverture de la MSP (ou date prévue si connue) (MM/AA) : _____

3° De quels types d'aides financières votre MSP a-t-elle bénéficié ?

Aides des collectivités

Précisez le niveau : Commune

Communauté de commune

Région

Département

Fonds d'intervention régional (ARS)

Aucune

Autre Précisez : _____

4° Quel est le code postale de votre MSP ?

5° Parmi les documents suivants, lesquels avez-vous élaboré dans votre MSP ?

Le contrat d'exercice en commun

La charte professionnelle (*principes éthiques, modalités d'accès aux soins des patients, gestion de l'information etc.*)

Un règlement intérieur

Parmi ceux-ci, y en a-t-il d'établi au sein d'une même profession uniquement ?

Oui Non

Si oui précisez : _____

6° Quel est le type de structure de votre MSP ?

Dans les murs

Hors les murs

7° Au niveau juridique, êtes-vous organisés en:

Société civile de moyen

SISA

Société civile professionnelle

Société civile immobilière

Association loi 1901

Autre Précisez : _____

8° Votre MSP fait-elle partie d'un pôle de santé ?

Oui Non

II / Composition – Equipe de soins

9° Combien comptez-vous dans votre MSP :

De médecins généralistes : _____ De médecins d'autres spécialités* : _____ D'infirmières : _____

De kinésithérapeutes : _____ D'ostéopathes : _____ D'orthophonistes : _____

De chirurgiens-dentistes : _____ De psychologues : _____ De diététiciens : _____

De pédicures-podologues : _____ De psychomotriciens : _____ D'ergothérapeutes : _____

D'orthoptistes : _____ De sage-femme : _____ De nutritionnistes : _____

*Si présence de médecins d'autres spécialités, précisez lesquels : _____

11° Quels sont les horaires d'ouverture de votre service d'accueil-secretariat?

➔ Sur place :

En semaine : _____

Le samedi : _____

➔ Téléphonique :

En semaine : _____

Le samedi : _____

12° Disposez-vous d'un coordinateur ?

Oui Non

Si oui, s'agit-il :

- D'un professionnel exerçant au sein de la MSP ?

Oui Non *Si oui précisez lequel : _____*

- D'un professionnel extérieur ? (*coopérative Facilimed par exemple*)

Oui Non

13° Y a-t-il eu des départs de professionnels de santé depuis l'ouverture de la MSP ?

Oui Non

Si oui, précisez combien et pourquoi, si la raison est connue: _____

14° Participez-vous à la formation d'étudiants de professions de santé ?

Oui Non

Si non passez directement à la question 17°

Si oui

- Parmi les médecins, combien de maître de stage comptez-vous ? _____

- Dans quelles spécialités : _____

15° Précisez qui sont ces professionnels de santé en formation :

- Des externes en médecine Des internes en médecine niveau 1
Des internes en médecine SASPAS Des étudiants infirmiers
Des étudiants en kinésithérapie Des étudiants en ostéopathie
Des étudiants en orthophonie Des étudiants sage-femme
Autre Précisez : _____

16° Comptez-vous :

- Des chefs de clinique ?
Oui Non Si oui combien : _____
- Des chargés d'enseignement ?
Oui Non Si oui combien : _____
- Des professeurs maitre de conférences ?
Oui Non Si oui combien : _____
- Des professeurs ?
Oui Non Si oui combien : _____
- Des AUMG ?
Oui Non Si oui combien : _____

III/ Fonctionnement au quotidien

17° Concernant les réunions interprofessionnelles entrant dans le cadre des nouveaux modes de rémunération, combien en faites-vous :

➔ En réunion plénière :

- Au moins une par semaine Au moins une tous les 15 jours Au moins une par mois
Au moins une tous les 3 mois Moins qu'une tous les 3 mois

➔ En « groupes de travail » (quelques membres seulement de l'équipe):

- Au moins une par semaine Au moins une tous les 15 jours Au moins une par mois
Au moins une tous les 3 mois Moins qu'une tous les 3 mois

18° Utilisez-vous un logiciel informatique commun ?

Oui Non Si oui, lequel : _____

Si oui, est-il partagé par l'ensemble de l'équipe ?

Oui Non

Quel est le pourcentage de patients concernés ? _____

19° Faites-vous des visites à domicile ?

Pour les médecins : Oui Non

Pour les kinésithérapeutes : Oui Non

Pour les infirmiers : Oui Non

Pour les orthophonistes : Oui Non

Autre Précisez : _____

20° Participez-vous à la permanence des soins dans votre secteur :

➔ La nuit ?

Oui Non

➔ Le week-end ?

Oui Non

21° Combien de patients ont été reçus par l'ensemble des professionnels lundi dernier dans votre MSP ?

Sur place : _____

En visite à domicile : _____

Annexe 3 : Recueil de données Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	A	
1	Qui a initié le projet MSP?		Total	0X	2	5	8	9	10	11	12	14	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	33		
2																												
3																												
4		Collectivités locales	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5		Professionnel de santé	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6		Lier deux en collaboration	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7		Hopital	oui 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8																												
9		Durée du montage du projet (en mois)	23	41	20	17	17	16	27	22	39	38	46	48	20	30	30	24	12	10	1	32	75	30	31	36		
10																												
11		Date de dépôt du projet		avr-13	juin-14	sept-15	déc-12	juin-10	nov-11	janv-14	juin-10	févr-12	juin-09	janv-12	mar-13	juin-04	juin-12	avr-14	avr-14	févr-39	NR	juin-12	avr-14	avr-14	avr-14	janv-13		
12		Date d'ouverture de la MSP		sept-16	févr-16	févr-17	mai-14	oct-11	févr-14	nov-15	sept-15	avr-15	mar-13	janv-16	janv-15	janv-07	juil-05	juin-14	avr-15	janv-00	NR	févr-15	sept-14	nov-06	mai-10	janv-13		
13				0X	2	5	8	9	10	11	12	14	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	33		
14		année de dépôt du projet		2013	2014	2015	2012	2010	2011	2014	2010	2012	2009	2012	2013	2004	2005	2012	2014	1939	NR	2012	2014	2008	2004	2010	2013	
15		année ouverture MSP		2016	2016	2017	2014	2011	2014	2015	2015	2015	2013	2016	2015	2007	2005	2014	2015	2000	NR	2015	2014	2006	2010	2015		
16																												
17		Quelles aides financières?																										
18		commune	11	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19		communauté de communes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20		département	5	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21		région	10	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22		FIR	18	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
23		total	3	0	3	0	0	3	4	1	2	3	3	4	1	1	0	2	2	1	1	3	4	0	3	1	1	
24		sucrose	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25																												
26																												
27		Code postal MSP		75014	75010	75013	75018	75019	75019	75019	75020	77300	78410	78113	91100	91420	91350	91100	91200	91390	91160	93380	93390	95420	95400	95180		
28																												
29		Documents élaborés dans la MSP																										
30																												
31		contrat d'exercice en commun	10	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	
32		charte professionnelle	16	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	
33		règlement interneur	14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	
34																												
35		Type de structure																										
36																												
37		Dans les murs	19	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	
38		Hors les murs	4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
39																												
40		Organisation juridique																										
41																												
42		SCM	3	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
43		SISA	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
44		SCP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
45		SCI	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
46		Association loi 1901	10	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
47																												
48		Partie d'un pôle de santé	3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
49			33%																									

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
	Total		0X	2	5	8	9	10	10	11	12	14	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	33
1	Composition équipe																									
2																										
3																										
4		Généraliste	102	7	3	5	10	4	4	6	5	4	2	2	5	5	4	3	3	4	3	2	6	6	6	3
5		Spécialiste	oui 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	oui 2	0	oui 1	3	0	0	0	0	oui 2	oui 1	oui 1	0
6		Gynécologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7		Cardiologue	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
8		Pédiatre	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
9		Psychiatre	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
10		Dermato	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
11		Ophthalmo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
12		IDE	74	4	2	4	3	3	2	3	5	3	2	2	2	6	4	7	2	2	2	2	4	4	4	2
13		Kiné	32	3	2	0	3	1	3	0	0	2	0	0	4	0	0,5	4	0,5	0	0	0	2	3	4	0
14		Ostéo	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0,5	2	0,5	0	1	1	0	0	1	0
15		Orthophoniste	14	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	0	0	1	0	1	0	1	0
16		Dentiste	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	2	0	2	0
17		Psychologue	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	0	1
18		Dietéticien	9	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
19		Podologue	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1
20		Psychomotricien	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
21		Ergothérapeute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22		Orthoptiste	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23		SF	23	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	10	3	0	1	0	2	1	0	0
24		Nutritionniste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25		Pharmacien	20	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0
26		Hypothérapeute	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27		biologiste	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
28		Total/	335	16	7	9	20	10	10	9	10	14	8	11	15	12	15	58	9	10	10	11	21	19	21	10

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
	Total		0X	2	5	8	9	10	10	11	12	14	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	33
1																										
29	Accueil																									
30																										
31	Sur place		17	1	1	NSP	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
32	Toute la journée - en semai		17	1	1	NSP	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Samedi matin		15	1	1	NSP	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
34																										
35	Téléphonique		23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	Toute la journée - en semai		23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	Samedi matin		23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38																										
39	Présence d'un coordinateur		10	0	1	NR	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
40																										
41	De la MSP		6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
42	MSP-MIG		4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
43	MSP-IDE		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
44	MSP-psychologue		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45	Professionnel extérieur		4	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	Aucun coordinateur		12																							
47																										
48			335	16	7	9	20	10	10	10	9	10	14	8	11	0	0	0	0	0	0	0	0	21	19	21
49	Départs	<i>nd de PS</i>	33	0	1	0	0	1	0	0	2	1	1	1	0	0	1	10	0	0	0	1	2	9	4	0
50	Retraite			1	1	0	0	0	0	NR	NR	1	0	0	1	NR	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
51	Pb relationnel			0	0	0	0	1	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
52	chgt d'orientation			0	0	0	0	0	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	3	0	0	0	0	0	0	5	1	0
53	déménagement			0	0	0	0	0	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
54	Manque de place			0	0	0	0	0	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
55	Raison personnelle			0	0	0	0	0	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	Redevance trop élevée			0	0	0	0	0	0	NR	NR	0	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
57																										
58	Formation d'étudiants		21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
59	Maitre de stage (MIG)		52	5	0	2	4	4	0	2	4	4	0	2	2	4	2	0	3	0	3	1	0	4	4	2
60	Externe en médecine		12	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
61	Interne niveau 1		12	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
62	Interne SASPAS		13	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
63	Etudiant infirmier		8	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
64	Etudiant kiné		4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
65	Etudiant ostéopathe		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
66	Etudiant orthophonie		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
67	Etudiant SF		4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
68																										
69	Médecins universitaires		15	3	0	2	NR	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1
70	Chef de clinique		2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
71	Chargé d'enseignement		8	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
72	Maitre de conférence		2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	Professeur		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
74	AUMIG		2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
			Total	0X	2	5	8	9	10	11	12	14	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	33
1			21 NR																							
2	Réunions interprofessionnelles (plénière)																									
3	Au moins une par semaine		3		1																					
4	une tous les 15 jours		3					1																		
5	une par mois		11			1				1	1															1
6	une / 3 mois		3																							
7	moins d'une / 3 mois		1																							1
8																										
9	Réunions interprofessionnelles (groupe)		21										0													
10	Au moins une par semaine		9		1					1	1			1												1
11	une tous les 15 jours		3					1																		
12	une par mois		6																							1
13	une / 3 mois		2			1																				1
14	moins d'une / 3 mois		1																							
15																										
16	Logiciel informatique																									
17	EO			1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
18	MLM		6		1 NR					NR	1	1			1											1
19	VEDA		1																							
20	Easypat		5											1												1
21	ICT CHORUS		1																							1
22	Médistory		3		1			1																		
23	Hello Doc		1																							1
24	Partage par toute l'équipe				0	1 NR		1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
25	3 patients concernés				NR	NR	NR	100 NR	100 NR	100	100	100	100	NR	90	100 NR	100	100	100 NR	100 NR	100	100	100 NR	100 NR	##	100
26																										
27	VAD par																									
28	médecins		20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
29	kinés		10	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
30	IDE		23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	orthophonistes		5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
32	SF		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
33	podologue		4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
34	ostéopathe		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	psychologue		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
36																										
37	Permanence des soins dans le secteur																									
38	nuit		5	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
39	week end		14	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1
40			61%	22%																						
41	Nombre de patients reçus un jour donné																									
42	sur place		2404 NR	NR	NR	NR	NR	140	157	220	88	93	100	70	150	98 NR	NR	107	184	70	62	286	152	400	27	
43	à domicile		543 NR	NR	NR	NR	53	31	60	35	22	5	2	15	128 NR	NR	73	66	2	0	0	0	45 NR	6		
44	total		2947				193	188	280	123	115	105	72	165	226	0	180	250	72	62	286	197	400	33		
45	ournul (par soignant)						19	19	31	12	8	13	7	11	19		20	25	7	6	14	10	19	3		
46																										

Les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en Ile de France

Face au problème des déserts médicaux, au vieillissement de la population, enfin à la volonté des nouvelles générations de soignants de travailler en équipe, se sont développées en France les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Cette thèse se propose d'étudier leur organisation et leur fonctionnement au quotidien.

Une enquête descriptive, analytique, transversale au sein des 40 MSP de l'Ile de France a été réalisée. Un auto-questionnaire quantitatif était envoyé aux MSP par courrier électronique ou postal, à l'attention des coordinateurs ou des leaders.

23 réponses ont été obtenues : Pour 82% des MSP, l'ouverture dépendait directement de l'initiative d'un professionnel de santé. Une durée moyenne de 29 mois était nécessaire pour réaliser le projet. 87% des projets avaient bénéficié d'aides de l'état. 70% d'entre elles avaient rédigé une charte professionnelle, 61% un règlement intérieur. 91% d'entre elles étaient organisées en SISA. Dans 83% des cas, les équipes étaient regroupées au sein de mêmes murs. Elles étaient composées en moyenne de 14,6 professionnels de santé, l'âge moyen des médecins était de 44 ans. Un coordinateur était présent dans 45% des MSP. 91% des MSP participaient à la formation des étudiants avec en moyenne 2,3 maitres de stage par MSP. Dans 74% des MSP, des réunions l'équipe au complet avaient lieu au moins une fois par mois. 91% des MSP utilisaient un logiciel informatique commun. En moyenne, 141 patients étaient reçus dans chaque MSP par jour et 34 visites à domicile étaient réalisées.

Ces maisons permettent ainsi de créer des lieux d'échanges et de formation, où la coordination est facilitée, améliorant ainsi le parcours de soins.

Mots clés : Exercice pluriprofessionnel ; Médecine générale ; Soins ambulatoires

Multi-professional health centers rapidly expanding : Current situation in Ile de France

Due to a shortage of doctors, an ageing population, and most of all the desire of new generations of medical personnel to work in teams, multi-professional health centers were developed in France. This thesis offers a study of their organization and their functioning on a daily basis.

A descriptive, analytical, transversal study within 40 multi-professional health centers in the Ile-de-France was realized. A quantitative auto-questionnaire was sent to the centers by e-mail or regular mail, destined to the coordinators or the leaders.

23 answers were obtained: for 82 % of them, the creation of such health centers depended directly on the initiative of a healthcare professional. An average duration of 29 months was necessary to realize the project. 87 % of the projects had benefited from state aids. 70 % of them had drafted a professional charter, 61 % an internal policy. 91 % of them were organized in SISA. In 83 % of the cases, the teams were grouped within the same walls. They consisted on average of 14.6 healthcare professionals; the average age of the doctors was 44 years. A coordinator was present in 45 % of the centers. 91 % of them participated in the formation of students with, on average 2.3 supervisors. In 74 % of the health centers, team meetings took place at least once a month. 91 % of the health centers shared similar IT software. On average, 141 patients were treated in every health center each day and 34 house calls were made.

These health centers create an environment that facilitates medical exchanges and training, where coordination is enhanced, thus improving health care.

Keywords : Group practice ; General practice ; Ambulatory care

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**