Maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est : quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ?

Alexandre Didelot

▶ **To cite this version:**

Alexandre Didelot. Maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est : quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01947217

HAL Id: hal-01947217
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01947217

Submitted on 22 Nov 2019

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Alexandre DIDELOT

Le 05 juillet 2018

Maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est : Quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ? Etude comparative transversale.

Membres du Jury:

Mme la Professeure Karine ANGIOI	Présidente
Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
Mme la Professeure Eliane ALBUISSON	Juge
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Directeur et Juge

P r é s i d e n t de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER

Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL
– Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBE

=========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON -
Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)* Professeur Jean-Michel VIGNAUD –
Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)* Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)* Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)* Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 42ème

Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*** Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET
51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)* Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maitre et Présidente de thèse,

Madame la Professeure Karine ANGIOI,

Professeure en Ophtalmologie, Vice-Doyenne de la faculté de Médecine de Nancy,

Vous me faites l'extrême honneur de présider cette thèse d'exercice de Médecine Générale et de juger ce travail.

Votre présence me remplit de joie et de fierté. Je vous remercie de vous être rendue disponible et d'avoir accepté la présidence de cette thèse, de manière impromptue. J'ai eu la chance de travailler à vos côtés lors de votre présidence au sein du conseil de la pédagogie. Nous avons réalisé un travail coopératif et collaboratif afin d'améliorer la formation des externes, je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée lors de mes mandats et de votre écoute. J'espère que ce travail vous satisfera et vous intéressera. Merci pour votre engagement au sein de la faculté de Médecine de Nancy et pour les étudiants.

Veuillez trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

À notre Maitre et Juge,

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME,

Professeure en Médecine Interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie,

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse et de vous être rendue disponible. Ce travail complète celui de Pauline Nartz et de Sébastien Marchal, vous y trouverez donc une continuité et j'espère vous intéressera. Ce travail étant sur le thème de la pluriprofessionnalité, votre présence en est un élément essentiel, notamment au vu du contexte du vieillissement de la population et des pathologies chroniques.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À notre Maitre et Juge,

Madame la Professeure Eliane ALBUISSON,

Professeure en Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication,

Merci d'avoir accepté de nous aider dans ce travail, vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. J'espère qu'il répondra à vos attentes et qu'il constituera une base solide pour développer d'autres travaux dans le domaine des maisons de santé pluriprofessionnelles et les soins primaires.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Paulo DI PATRIZIO,

Professeur en Médecine Générale, Coordonnateur du DES de Médecine Générale, Directeur du Département de Médecine Générale,

Je vous suis profondément reconnaissant d'avoir initialement accepté la présidence de cette thèse et soutenu ce travail. Je vous suis sincèrement reconnaissant d'avoir accordé la tenue de cette soutenance, en accordant la présidence au Pr Angioi.

J'espère être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée. Merci pour votre engagement sans faille auprès des étudiants et de votre écoute. Je suis heureux du travail collaboratif que nous avons eu au cours de l'internat et qui va probablement se poursuivre sous une autre forme par la suite.

À notre Maitre et Juge,

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY,

Maître de Conférence Associé au Département de Médecine Générale, Docteur en Médecine Générale,

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre enthousiasme, votre dynamisme et votre bienveillance qui constitue un modèle à suivre. Je sais que les maisons de santé et l'exercice coordonné sont importants à vos yeux, j'espère que vous trouverez dans ce travail une reconnaissance et le fruit d'une partie du travail que vous avez effectué depuis de nombreuses années sur le département meusien. Merci de votre confiance et de votre engagement. Vos

conseils et votre patience m'ont permis d'aboutir à ce travail, que je suis heureux d'avoir effectué à vos côtés.

À l'ensemble des médecins généralistes, coordinatrices, kinésithérapeutes et infirmiers qui ont accepté de faire partie de notre étude,

Merci de m'avoir accueilli au sein de vos structures, de votre disponibilité, d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire d'étude. Merci pour votre écoute, votre honnêteté et votre confiance, ainsi que de vos différents conseils sur les MSP et le travail en équipe pluri professionnel. Chaque structure et équipe ont leur propre histoire et spécificité.

Cette thèse m'a permis de réaliser de nombreuses rencontres enrichissantes et intéressantes. Ce partage d'expérience m'a beaucoup appris. Un remerciement tout particulier à Séverine coordinatrice de la MSP de Saint-Dizier et de la FEMACHAMP, sa disponibilité et son aide ont été bien plus que précieuses et un remerciement à Clément, coordinateur de la MSP de Bartenheim pour son aide également. Beaucoup d'équipes aimeraient les avoir à leurs côtés.

À l'ensemble des acteurs et des personnes qui m'ont aidés pour cette thèse :

Merci à l'ARS Grand Est, en particulier Mme Eckmann et Mme Sanchez pour leur aide sur mes nombreuses questions et leur disponibilité.

Un remerciement particulier à la FEMALOR, fédération pro-active, disponible et à l'écoute, notamment à sa présidente Marie-France Gérard. J'ai pu grâce à son soutien réaliser la formation de management à l'ICN Business School que je recommande pour les leaders et les coordinateurs. Cela m'a permis de m'ouvrir sur des domaines inconnus jusqu'à maintenant au cours de ces 5 journées. Et également de rencontrer des leaders de toute la région, avec leur spécificité, leurs attentes différentes, leurs problématiques différentes mais un même but et une même vision. J'ai partagé une bonne expérience dans un groupe dynamique et convivial. Une pensée à Anne G, Stéphanie, Mélanie, Eloïse, Thierry, Manu, Patrick, Anne, Valérie, Valérie.

Une pensée bien particulière au Dr Jean-Jacques Antoine, qui nous a quitté trop tôt, son absence se fait sentir et il n'aura malheureusement pas le loisir de lire et de critiquer ce travail…

J'ai apprécié nos échanges et nos rencontres au sein de mon mandat au RAOUL-IMG, il nous a permis d'organiser la première visite de MSP et de travailler sur notre premier forum de l'installation. J'ai aimé discuter sur l'exercice coordonné en MSP avec lui, c'était un visionnaire et un engagé. A nous de poursuivre ses actions pour le bien des internes et des patients.

À l'ensemble des maitres que j'ai eu durant mon cursus et des équipes paramédicales qui se sont succédés :

L'apprentissage de notre beau métier se fait avec la faculté mais aussi et surtout en stage ; Les expériences vécues nous forgent et nous construisent aux côtés de nos maîtres, médecins, co-internes et les équipes paramédicales par le compagnonnage.

A toute l'équipe de Neufchâteau, le premier stage était forcément le plus marquant, notamment en cette période hivernale mais l'ambiance chaleureuse et conviviale des équipes, m'ont permis de surmonter mes premières épreuves. A Ngoc Hanh, Aline, mes supers co-internes, aux équipes de médecine et des urgences, qui m'ont permis d'apprécier les gardes !

A toute l'équipe de Mercy, un super stage d'urgences adulte, pédagogue, dynamique. Des co-internes et des équipes au top, avec le sourire. Un stage d'urgences qui ferait presque aimer les urgences !

A mes maîtres de stage niveau 1, Dr Thomas, Dr Ubersfeld, Dr Trompette. Merci de m'avoir rassuré dans mon choix de cette belle spécialité. J'ai appris énormément de choses, vous avez été des mentors pour moi. Votre bienveillance à mon égard m'a touché et j'aimerais que tous les MSU soient comme vous afin d'avoir une qualité de stage équivalente pour tous les internes.

A toute l'équipe de pédiatrie de Remiremont, ce stage m'a permis de me rassurer sur la prise en charge des nourrissons et des enfants parfois compliquée à appréhender au cours de l'internat, notamment avec la gestion des parents. Les gardes nombreuses ont créés une solidarité entre co-internes et nous étions plus qu'épaulés par les équipes paramédicales, formidables.

A mes maîtres de SASPAS, anciens maîtres de niveau 1 qui m'ont fait confiance dans la création du SASPAS, cela m'a permis d'acquérir une certaine autonomie et responsabilité. Merci de m'avoir confié vos patients, si chers à vos yeux. Merci pour votre écoute, vos conseils, votre apprentissage quotidien qui inspirent ma pratique de la médecine, merci Dr Thomas, Dr Ubersfeld, Dr Trompette, Dr Lecocq.

À ma famille :

On ne choisit pas sa famille comme on dit et j'ai la chance d'en avoir une en or.
Les mots ne suffiront jamais à exprimer ce que je ressens pour vous, ce travail est pour vous.
Quel rêve d'avoir une famille comme celle-ci. Je suis un homme plus que comblé et chanceux.

À mes grands parents :

Paternels :

Votre présence et votre soutien, depuis ces si nombreuses années m'ont permis d'arriver là ou je suis maintenant. Merci pour votre gentillesse, votre délicatesse et bienveillance envers nous. Les repas à Malzéville ont rythmé mes études, ainsi que les paniers repas, mais surtout votre amour. Quelle joie de vous savoir à mes côtés ! Merci pour votre soutien sans faille.

Maternels

Malgré la distance, votre présence dans mon cœur est énorme. Vous m'avez inspiré et montré la voie à suivre durant de nombreuses années, des exemples à imiter. Les vacances en Bretagne, paradis sur terre, me procuraient une bouffée d'oxygène par l'air breton et de revenir plus qu'en forme et motivé pour surmonter les épreuves de la vie. Que de merveilleux souvenirs, avec la pêche en mer, la pêche à la crevette, les excursions en forêt, les baignades en mer. Merci pour tout.

À mes parents :

À ma mère :

Quoi te dire de plus que je t'aime maman. Tu es celle qui m'a poussé au-delà de mes limites afin d'en arriver où je suis maintenant. J'espère te rendre fière pour tout l'investissement que tu as fourni au cours de ces vingt huit années. Tu es celle qui m'a guidé et encouragé même quand tu ne comprenais pas ce que je faisais. Toujours là pour tes enfants, mille mercis ne suffiront pas. Un remerciement particulier à Dominique également, pour sa présence, son soutien et nous avoir élevé comme ses enfants.

À mon père :

Papa, quoi te dire de plus aussi que je t'aime. Tu es le père le plus gentil et le plus attentionné du monde. Toujours à appeler pour prendre des nouvelles, toujours le sourire sur ton visage. Tu es un père inspirant et aimant dans beaucoup de domaines. Tu m'as encouragé à ta façon durant toutes ces années et si je suis là, en ce jour, c'est aussi grâce à toi, merci infiniment. Un remerciement particulier à Cindy également, pour nous avoir acceptés comme ses enfants, merci pour ton amour et ta présence.

À mes frères et sœurs :

Vous êtes les personnes les plus chères à mes yeux. Quel bonheur et quelle joie de vous avoir eu à mes côtés au cours de ces nombreuses années. Que de merveilleux souvenirs. Nos années de colocation à Nancy étaient formidables et nous ont rapprochées. Vous faîtes partis de moi, vous êtes mon énergie, ma force, ma détermination. Le rôle de grand frère n'est pas toujours facile, j'espère être à la hauteur de vos attentes et de pouvoir vous inspirer et vous guider sur le chemin de la vie. Je serai toujours là pour vous. Je vous aime fort, même si je ne le dis pas assez souvent…

A Virginie, Lorène, Dorian, Marine, Tom et Emma. Mais aussi à Lucie et Clément !

A tout le reste de ma famille :

Une énorme pensée aux présents et aux absents.

A mes deux arrières grands mères, je vous dois beaucoup, ce travail est aussi pour vous. Je sais que vous l'apprécierez de là où vous êtes et que vous êtes fières de l'homme que je suis devenu.

A ma marraine et mon parrain, mes tantes et oncles, à mes cousines et cousins, à tout le monde, merci pour votre écoute, votre bienveillance, votre soutien, votre joie et pour nos merveilleux souvenirs en famille.

À mes amis : *« Avoir des amis, c'est être riche. » Plaute.*

« Il n'y a au fond de vous de multiples petites étincelles de potentialités ; elles ne demandent qu'un souffle pour s'enflammer en de magnifiques réussites. » Wilfred A Peterson.

A mes trois brothers :

A Philippe, Sébastien et Guillaume, merci de m'avoir accompagné depuis presque le début de mes études. Merci pour votre soutien surtout dans les difficultés, pour votre énergie et votre amitié. Vous êtes ma boussole dans la vie, toujours à mes côtés, disponibles n'importe quand et où, à me soutenir et à m'aider à avancer. Que notre amitié puisse durer l'éternité.

Merci pour votre aide sur ce travail. Ce travail marque une étape dans notre amitié qu'il est bon de prendre le temps d'apprécier ensemble.

A mes amis du lycée :

A Adeline, Michel, Lucie, Nicolas, Laura, Mathieu, Régis. Même si nos chemins se sont séparés, c'est toujours un plaisir de vous voir, revoir et de partager des moments avec vous. Nos séances d'escalade en première année de médecine correspondaient à ma psychothérapie de soutien. Que notre amitié perdure malgré nos chemins différents.

A mes amis de médecine et d'ailleurs :

A Chloé, Justine, Nathan, Gabrielle, Odile, Samantha, Elise, Anne, Clément, Orlane et tous les autres.

A tous mes co-internes, aux amis rencontrés durant l'externat et l'internat.

A Pauline et Sébastien pour votre collaboration et votre aide précieuse sur cette thèse !

A Vianney pour la partie statistique.

A l'équipe d'élus étudiants durant l'externat, notamment, Marie, Caroline H, Marion, Serge, Anne-Cécile, Lucas, Fiona, Pierre, pour le travail d'équipe que nous avons réalisé, nos projets, nos envies et nos moments passés en réunions, à défendre les étudiants, merci.

A mes amis associatifs et syndicalistes .A David de l'Anem, merci pour l'impression !

A l'ISNAR-IMG

L'ISNAR-IMG a été une expérience unique, particulière et inoubliable. Durant 16 mois, j'ai fait des merveilleuses rencontres avec des personnes de tous horizons, avec leur propre histoire, leurs pensées, leurs idées, mais ce qui était formidable c'était les échanges et le travail que nous avions ensemble pour une vision commune partagée, celle de défendre les internes de médecine générale sur le plan national. Cela m'a demandé beaucoup de temps dont une disponibilité de 6 mois et de l'investissement, mais sans nul regret, au contraire. J'ai appris énormément de choses, sur la médecine générale, sur le syndicalisme, sur la réglementation, sur la trésorerie (lol) et le partenariat mais aussi et surtout sur moi même. Cela m'a permis de voyager aux quatre coins de la France, sans forcément visiter, de découvrir le ministère de la santé à Paris.

Aux souvenirs de nos week-end de Bureau à Lyon, à nos semaines de Bureau, à nos conseils d'Administration.

Merci A Alice, Agnès, Isabelle, Lucie, Kathy, Nicolas, Yves-Marie, Gauthier, Corentin L, Maxence, Virgile, Maria, Camille, Racha, Stéphane, Christiane, Corentin B, Isaline, Guillaume, Tatiana, Mayeul, Anais, Alexandre, Marine, Paul, Joseph, Florian, aux plus jeunes avec qui j'aurai aimé travailler, Camo, Nolwenn, Morgane, Marion, Pierre, Antoine, Charlotte, Gabriel, Karim, aux « vieux cons », aux formidables secrétaires Bab et Cécile.

Et aux administrateurs, Loïc, Simon, Camille R et les autres pour cette aventure magnifique.

Au RAOUL-IMG

Si j'avais su ce qui m'attendait en m'engageant initialement pour donner un coup de main au RAOUL-IMG, je n'y aurai pas cru une seconde.

Cette aventure a commencé en février 2015 et ne s'arrête encore pas au moment où j'écris ces lignes. Cela fait plus de trois ans maintenant que l'expérience a débuté avec la prise de fonction de Vice-Président du RAOUL-IMG qui a duré deux ans puis comme membre actif afin de laisser la place aux plus jeunes.

Cela m'a permis de découvrir énormément de choses dont le monde associatif ! Nous avons commencé par une petite mais fine équipe, Caro M, Elodie, Paul, Matthieu R. Nous avons tout repris depuis zéro et construit une association (un syndicat pour être exact), dont je suis plus que fier, forte, dynamique, rayonnante, écoutée, reconnue et active, non sans travail ni efforts !

Un énorme merci à vous !

Puis l'association s'est agrandit de semestre en semestre, avec de plus en plus de projets, de plus en plus de membres, de plus en plus d'idées, plus folles les unes que les autres.

Merci à Caro H, Matthieu L, Kathy, Laetitia, Emilie, Manon, Florène, Madeline, Sophie, Carole, Léonard, Pierre-Olivier, Antoine, Charline, Hugo et les « petites mains ».

Merci à tous pour votre investissement, votre engagement dans la défense des internes lorrains.

Nous pouvons être fiers de notre travail pour les internes et notamment de la magnifique réalisation du Congrès des internes de médecine générale à Nancy en janvier 2017 pour les 20 ans de l'ISNAR-IMG, marquant l'apothéose de notre structure locale. Un des plus beaux congrès qu'à vu l'ISNAR-IMG, j'en suis certain. Un remerciement particulier à Kathy et Paul pour leur aide précieuse sur cet événement et à Caro M pour nous avoir fait confiance et soutenu dans sa conception et sa réalisation.

Un remerciement plus que particulier et spécifique à Caro M, sans qui cette aventure n'aurait pas été aussi unique, merveilleuse et formidable. Nous avons travaillé main dans la main pour faire rayonner cette belle association, qu'est le RAOUL-IMG, ma deuxième famille, au niveau local mais aussi national. Merci pour ton engagement sans faille, ton investissement à toute heure, ton énergie, ta persévérance, ta confiance, ton écoute, ta bienveillance et ta créativité parfois folle ! Merci de m'avoir poussé toujours plus loin dans les projets et les idées, notamment l'ISNAR-IMG.

Merci à ma présidente préférée, ces deux années à tes cotés, en tant que ton second, resteront gravées en moi.

Le RAOUL-IMG a fait parti de moi pendant tout mon cursus d'interne, vous êtes ma deuxième famille, je vous souhaite toute la réussite et la joie du monde. Raoulien à vie comme on dit ! Et si je pouvais dire qu'une chose à tous les autres « Engagez-vous ! »

Et à tous ceux que je n'ai pas cités, qui d'une manière ou d'une autre m'ont apporté leur soutien pendant mes études, je vous en remercie.

SERMENT D' HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
AME : Aide Médicale d'Etat
ALD : Affection de Longue Durée
APL : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée
APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ESP : Equipe de Soins Pluriprofessionnelle
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine
FéMaSac : Fédération des Maisons de Santé Comtoises
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
GECO Lib' : Groupes d'Exercice Coordonnée en santé libéraux
HAS : Haute Autorité de Santé
IRDES : Institut de Recherche et de Développement en Economie de la Santé
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NHS : National Heath Service
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA : Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PPS : Plan Personnalisé de Santé
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
RA : Règlement Arbitral
RCP : Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles
SISA : Société Interprofessionnelle en Soins Ambulatoires
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
WONCA : World Organisation of Family Doctors

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ____ **8**

SERMENT D' HIPPOCRATE ____ **16**

ABREVIATIONS ____ **17**

TABLE DES MATIERES ____ **18**

I. PREAMBULE ____ **20**

LES MALADIES CHRONIQUES ____ 20
L'ACCES AUX SOINS ____ 20
LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ____ 21
L'ASPIRATION DES JEUNES MEDECINS ____ 21
LES SOINS PRIMAIRES ET LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE ____ 22
L'EXERCICE COORDONNE ET LA TRANSITION POLITIQUE ____ 23
L'EXEMPLE INTERNATIONAL EN SOINS PRIMAIRES ____ 23
LE MODELE FRANÇAIS ET SA TRANSFORMATION ____ 24
LE FINANCEMENT ET LE STATUT JURIDIQUE DE L'EXERCICE COORDONNE ____ 28
LES BENEFICES ET L'ETAT DES LIEUX DES MSP ____ 32
LA DEMARCHE QUALITE ET LES OUTILS D'EVALUATIONS DES STRUCTURES PLURIPROFESSIONNELLES ____ 34

II. ARTICLE ____ **41**

1.INTRODUCTION ____ **44**

2.MATERIEL ET METHODE ____ **46**

A. DESCRIPTION DE L'ETUDE ____ 46
B. REALISATION DU QUESTIONNAIRE ____ 47
C. CRITERES D'INCLUSIONS ET DE NON INCLUSIONS ____ 48
D. RECUEIL DES DONNEES ____ 50
E. ANALYSE DES DONNEES ____ 50

3.RESULTATS ____ **51**

A. ANALYSE DESCRIPTIVE OBSERVATIONNELLE DES DEUX GROUPES ____ 51
B. MATRICE DE MATURITE : ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX GROUPES ____ 53
a. Axe 1 : Travail en équipe pluriprofessionnelle ____ *54*
b. Axe 2 : Système d'information ____ *56*
c. Axe 3 : Projet de santé et accès aux soins ____ *58*
d. Axe 4 : Implication des patients ____ *60*
C. LE REGLEMENT ARBITRAL ____ 61

4.DISCUSSION ____ **62**

A. LES LIMITES DE L'ETUDE ____ 62
a. Les Structures étudiées ____ *62*
b. Le recueil des données ____ *62*
c. Méthodologie : La Matrice de maturité ____ *63*
d. Les facteurs confusionnels ____ *63*

B. LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES PAR LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION 64
C. UNE ABSENCE DE MATURITE DANS CERTAINES DIMENSIONS 66
D. ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES 67
a. « Une bonne structure augmente la probabilité d'une bonne méthode et une bonne méthode augmente la probabilité d'un bon résultat. » Avedis Donabedian 67
b. Hétérogénéité des MSP, des différences de maturité ou des différences organisationnelles ? 69
c. Le choc culturel des nouveaux modes de rémunération 69
E. CONCLUSION 70

5.BIBLIOGRAPHIE 72

III. CONCLUSION DE LA THESE 75
A. REGLEMENT ARBITRAL 75
B. ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL ET SES MODIFICATIONS 79
C. LA REMUNERATION, LEVIER DE TRANSFORMATION, MAIS PAS SEULEMENT 83
D. L'EMERGENCE DE NOUVEAU METIER ET DE NOUVELLES COMPETENCES AU SEIN DES MSP 84
E. SEUL ON VA PLUS VITE, ENSEMBLE ON VA PLUS LOIN 85
F. D'UN POINT DE VUE PERSONNEL 87

IV.BIBLIOGRAPHIE DE LA THESE 88

V. ANNEXES 94
Annexe 1 : Questionnaire de thèse 94
Annexe 2 : Carte des MSP en fonctionnement et en projet en région Grand Est, Juillet 2017. 118
Annexe 3 : Tableau 11 Réponses à la matrice de maturité de la HAS, des maisons et pôles de santé pluriprofessionnelles du Grand Est. Juillet à Décembre 2017. 119
Annexe 4 : Schéma de J.L Corréia : Pyramide de corrélation entre maturité de l'équipe et besoins en facilitation. MSP Qualité FFMPS. 127
Annexe 5 : Règlement Arbitral, extrait du concours médical (43) 128
Annexe 6 : Accord Conventionnel Interprofessionnel, tableau explicatif .CPAM 50, 2017 129

I. PREAMBULE

Le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants du monde (1).

Cependant, le vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques, l'inégalité d'accès aux soins, la démographie médicale, le changement de la profession médicale associés aux difficultés budgétaires marquent le contexte sanitaire français. Ces contraintes sont à l'origine de la remise en question des fondements de l'ancien système de soins français.

Les maladies chroniques

En 2010, 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de pathologies chroniques, 9 millions sont déclarées en affection de longue durée (ALD)(2).

Les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Elles sont le défi de demain d'adaptation de notre système de santé avec un besoin de compétences spécifiques. Le patient chronique n'a ni les capacités, ni les ressources nécessaires pour gérer efficacement son parcours de soins.

L'accès aux soins

Pour la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), **l'accès aux soins** n'est pas clairement défini et correspond à un concept multidimensionnel et normatif (3). *Il s'agit de déterminer quel niveau d'effort est considéré comme acceptable pour recourir aux soins*. Les deux principales problématiques étudiées pour l'accès aux soins sont la **répartition territoriale** des professionnels de santé (dimension spatiale) et la **dimension financière** avec le reste à charge pour le patient et les dépassements d'honoraires.

En 2015, *84% de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de dix minutes ; seulement 0,1% de la population doit faire 20 minutes ou plus pour accéder à un généraliste*. La proximité n'est pas l'unique critère de choix d'un médecin généraliste, en particulier lorsque l'accès à celui-ci nécessite de toute façon un déplacement en voiture.

Ainsi, pour la DREES, la notion de « déserts médicaux », issu du langage médiatique fonctionne comme une métaphore, qui ne réfère à aucun contenu concret. Il semble peu pertinent de définir un « désert médical » relativement à une unique profession : l'expression invite plutôt à considérer le cumul de difficultés dans le recours à différents services de santé qui peuvent ou auraient pu se substituer les uns aux autres.

D'après la mesure proposée avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), ***8%*** *de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant*.

Une large majorité de Français sont attachés à leurs médecins généralistes et au système de santé. *58% déclarent consulter leur médecin généraliste en premier lieu en cas de problème médical* (4).

Néanmoins, près de trois français sur dix ressentent des difficultés d'accès à leur généraliste et près d'un sur deux à leurs spécialistes. D'après eux ce sont d'abord **les ophtalmologistes** et ensuite les **médecins généralistes** dont il faudrait favoriser en priorité l'installation près de chez eux. *Ainsi, 81 % des personnes se déclarant en mauvaise santé sont préoccupées par l'état du système de soins des français et 54% pensent que ce dernier s'est dégradé ces dernières années*.

La démographie médicale

Au 1er janvier 2017, le tableau de l'Ordre recense *290 974 médecins, soit +1,8% comparativement à l'année précédente, mais au bénéficie des médecins retraités, dont 88 137 médecins généralistes en activité régulière* (5). La France n'a jamais eu autant de médecins.

D'après l'analyse du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), une tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière, en partie due à un nombre important de cessations d'activités des médecins. A partir de 2025, les effectifs augmenteront à un rythme soutenu avec une population plus jeune, plus féminisée et plus salariée. *La proportion de médecins de 55 ans ou plus qui s'élève à 45% en 2015, ne serait plus que de 22% en 2040* (6).

Au niveau des pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France présente encore une densité de médecins généralistes parmi les plus élevées de ces pays (*50% de médecins généralistes en 2015 contre 30 % en moyenne*) (7).

Au cours de l'année 2015, *la consommation moyenne des actes en médecine générale est de 4,6 actes par bénéficiaire, de 5,6 actes pour les 60-74 ans et de 7,7 actes pour les 75 ans et plus*.

L'aspiration des jeunes médecins

L'attente des professionnels de santé sur leur pratique et leur activité a évolué au cours des dernières années afin d'avoir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

L'exercice regroupé est privilégié afin de répondre à leurs priorités (8) :

- **Epanouissement personnel;**
- **Possibilités d'un travail pour le conjoint dans la région;**
- **Exercice professionnel de qualité avec une diminution du travail administratif.**

La féminisation de la médecine générale entraine une modification de la manière de travailler à laquelle les hommes se rallient (temps partiel, exercice sur plusieurs sites, vacation dans d'autres structures, réduction du temps hebdomadaire de travail). Cela peut à court terme réduire l'offre de soins.

Cependant, 87,8 % des internes ne seraient pas opposés à s'installer dans des zones déficitaires, mais pas à n'importe quel prix. Ils ont également une volonté de mobilité tout en gardant un exercice compatible avec leur cadre de vie familial et social (9).

Les soins primaires et la place du médecin généraliste

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma-Ata a positionné les soins de santé primaires comme *« le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »*

En 2001, le carré de White revu par Green montrait que la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires.

En 2005, la WONCA Europe a identifié la médecine générale comme « *une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* » et l'a définie comme *« une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuves et sa pratique »*

L'OMS pose à nouveau en 2008 la question du renouveau des soins de santé primaires et conclut : *« Maintenant plus que jamais »* (10).

La France a structuré son système de soins de santé performant sur les soins secondaires et tertiaires avec un fonctionnement hospitalocentré délaissant les soins de premier recours. Des pays comme le Canada, les Pays-Bas, , la Suède, le Danemark, la Finlande, le Royaume-Uni ont privilégié un système de santé reposant sur les soins de santé primaires (11).

La littérature a montré que le développement des soins primaires assurait de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé, une meilleure satisfaction des usagers et un moindre coût pour les systèmes de sécurité sociale (12).

En 2008, une mission d'information parlementaire constatait que *« faute d'un pilotage efficace de l'offre de soins de premier recours, les inégalités d'accès aux soins s'accroissent »* et proposait de *« structurer l'offre de soins de premier recours pour les rendre plus efficaces, plus efficients et plus attractifs pour les professionnels »* conduisant à repenser la **place des soins de santé primaires** et le **rôle** de la médecine générale en France (13).

Ainsi, la loi HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire en 2009 a intégré les soins de premier recours dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS) et a précisé les missions des médecins généralistes de premiers recours(14,15).

Elle s'articulait autour de trois grands axes :

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

Dans ce contexte de volonté de changement, une mission sur la médecine de proximité a été demandée par le président de la république, sous la responsabilité du Dr Hubert Elisabeth, ancienne ministre de la santé et de l'assurance maladie en 2010 (16).

Cette mission avait pour objectif de faire l'état des lieux de la médecine de proximité en France, de voir les leviers et les freins à lever, en dessinant un nouveau modèle d'organisation de la pratique ambulatoire, sans oublier de rechercher des solutions au problème de la pénurie médicale dans certains territoires. Ce document insiste sur la **formation** des médecins notamment sur la **médecine générale** (40% des médecins

généralistes en 2010 n'exerce pas une activité de soins primaires) et sur **l'exercice regroupé et pluriprofessionnel**.

Des évolutions structurelles ont été proposées dans une revue d'Epidémiologie et de Santé Publique :(17)

- **Réorienter les études médicales vers les soins de santé primaires ;**
- **Développer la recherche en soins de santé primaires ;**
- **Favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ;**
- **Faciliter l'exercice quotidien des professionnels de terrain ;**
- **Diversifier les modes de rémunération ;**
- **Proposer un mode d'emploi des soins de santé primaires aux patients.**

L'exercice coordonné et la transition politique

Définitions :

Il existe de nombreuses définitions de la **coordination** qu'il a fallu adapter au domaine sanitaire (18).

Benjean et Gadreau ont défini la coopération « *comme un ensemble d'organisations ou d'individus engagés réciproquement dans des transactions récurrentes régulées selon un mode de coordination ni strictement marchand, ni strictement hiérarchique »(19).*

Selon Jaeger, la coordination peut donc apparaître comme une conséquence de la **coopération**.

Dans le domaine de la santé, Leutz, assoie la notion de la coordination à celle de l'interaction et la présente comme la recherche d'interconnexion du système de santé avec les autres services humains en vue d'améliorer le devenir (clinique, satisfaction ou d'efficience)(20).

Ces définitions convergent vers l'idée selon laquelle la recherche de la coordination se réfère à *un processus de répartition des ressources et des tâches reposant sur un apprentissage individuel et collectif*. Sur la base des interactions et des apprentissages (la répartition de certaines tâches) entre des acteurs disposant de connaissances et de compétences différentes (d'ordre technologique, médical ou social), se crée la **complémentarité**. Cette complémentarité de compétences et d'actifs technologiques, thérapeutiques, cliniques et sociaux associée aux routines devient donc source d'efficacité grâce à une montée en compétence participant à la création de nouveaux savoirs.

L'exemple international en soins primaires

Nous avons donc vu que **l'exercice regroupé ou pluriprofessionnel** ainsi que la **coopération** entre professionnels de santé est un axe majeur à développer dans notre système de santé afin de répondre à la prise en charge des maladies chroniques et complexes, mais également pour répondre aux **aspirations** de la jeune génération de médecins.

Certains pays comme le Canada, les Etats Unis, le Royaume-Uni et les pays scandinaves qui ont organisé leur système de soins sur un système de soins primaires et sur un **rôle pivot** du médecin généraliste en développant des politiques incitatives à favoriser l'exercice en groupe (21).

Plusieurs pays ont donc testé la coopération médecins-infirmières ou de nouveaux modèles d'exercice (22) : médecine de groupe en Europe, groupe de médecine de famille au Québec (23), maison médicale centrée sur le patient au Etats-Unis (23).

Ces pays ont cherché à développer une approche plus coordonnée des soins. Certains ont favorisé le regroupement de professionnels autour de pratiques de médecine générale étendues comme les cabinets de groupe (Royaume-Uni) ou les centres de santé et les polycliniques (Allemagne).

Ainsi, le médecin passe un contrat avec le National Health Service (NHS), l'administration de la santé britannique, via une structure locale décentralisée de gestion : Le Primary Care Group ou Trust, il exerce en cabinet de groupe (en moyenne 3 généralistes par cabinet) pouvant associés d'autres professionnels de santé (infirmière, diététicienne, masseur-kinésithérapeute).

D'autres ont favorisé la coordination par les assureurs autour de programmes de « disease management » centrés sur des maladies chroniques.

Le disease management *est un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soins, dirigé vers des populations pour lesquelles les efforts des patients eux-mêmes ont un impact significatif*. Concrètement, il repose sur l'intervention des infirmières par des appels téléphoniques et des interventions guidées par des recommandations de bonnes pratiques.

Tout ceci s'est intégré dans un concept plus large pour pallier les carences à la prise en charge des maladies chroniques, notamment aux Etats-Unis : le « *chronic care model* » (24) et le « *Patient-Centered Medical Home* » (25), structures proches des maisons ou centres de santé français.

Le modèle français et sa transformation

Différentes formes d'exercice regroupé ont eu lieu au cours de notre histoire mais ne sont pas imposées face à la pression de la profession et à la culture historique du paiement à l'acte.

En 1945, des **dispensaires municipaux** ont été créés, selon un principe de solidarité et de « droit à la santé » dans les villes ouvrières. Ils ont été accusés de « concurrence déloyale » par les médecins libéraux.

Des expérimentations d'exercice libéral de groupe ont vu le jour dans les années 70-80, comme le centre de santé intégré de Saint-Nazaire, sous l'impulsion de Claude Evin. Il avait pour objectifs le regroupement de différents professionnels de santé, afin de proposer une offre de soins globale, à la fois curative et préventive, ainsi qu'une délégation des tâches comme à l'étranger. Mais face à la pression culturelle, ces expérimentations sont restées très marginales.

Il faut donc attendre les années 80-90 pour voir des formes de regroupements, notamment avec des **centres de santé** et la **création des réseaux de santé** à l'initiative de médecins généralistes, d'infirmières, ou encore de travailleurs sociaux ou d'usagers. Leur but était d'apporter aux patients une approche globale entre soins, prévention et prise en compte de l'environnement socio-économique. Leur reconnaissance se fait officiellement par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 (26).

En 2001, *43% des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe. Cet exercice était majoritairement médical (en moyenne 2 ou 3 médecins), c'est le cas de 52% en 2016* (5).

L'expression « *maison de santé* » est apparue dans le rapport du sénateur Juilhard en octobre 2007. Il l'a défini en ces termes : *« Une maison de santé pluridisciplinaire ou maison de santé est un mode d'exercice libéral relativement nouveau. Elle rassemble des professions médicales et paramédicales, organise son activité autour d'un projet médical commun et y associe parfois des intervenants extérieurs à la sphère médicale stricto sensu* » (27).

Cette appellation a été encouragée par un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'exercice coordonné, mené en 2007 par le Pr Jean-Michel Chabot. Une première définition était alors proposée : « *Une maison de santé, un pôle de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels de soins de santé primaire, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients* ».

Le 19 décembre 2007, la loi de financement de la sécurité sociale introduit pour la première fois le terme de **maison de santé pluriprofessionnelle** (MSP) dans le code de la santé publique, article L.6323-3 : « *Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé* », qui « *peuvent associer des personnels médicosociaux* », qui assurent des « *activités de soins sans hébergement* » et qui « *peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales* » (28).

En février 2008, Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, a annoncé une aide de 50 000 euros pour cent projets de MSP. Un cahier des charges est alors établi pour définir les critères nécessaires à l'attribution de ces aides : « *La maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et au moins un autre professionnel de santé, doit être le lieu principal d'activité, doit permettre de mutualiser les moyens, doit proposer de coordonner certains soins, doit comporter un système d'information moderne, doit s'engager dans la formation des étudiants.* »

En juillet 2009, la loi HPST, comme nous l'avons vu, s'intéressait plus particulièrement à l'offre de soins de premier recours et inscrivait pour la première fois cette notion au niveau législatif.

L'article 39 de la loi complète l'article L.6323-3 du Code de la santé publique : *« Les professionnels médicaux et auxiliaires médiaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations de schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.* »

L'article 40 de cette même loi définit les **pôles de santé**, qui «*assurent des activités de soins de premier recours […], le cas échéant de second recours* », et « *qui peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire* ». Ces

organisations fonctionnelles, indépendamment de tout regroupement physique, peuvent être constituées entre des professionnels de santé, mais également « *des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médicosociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médicosociale* » (29).

En janvier 2010, la mission interministérielle a été menée par le sénateur Juilhard afin de développer les maisons et pôles de santé en France (30). Elle mettait en lumière que les attentes n'étaient pas similaires entre les **professionnels** d'une part et les **autorités publiques** de l'autre. Mais un socle commun était partagé par l'ensemble des parties, reposant sur le respect d'une **logique professionnelle**. L'élaboration d'un **projet de santé** est un élément déterminant, il constitue la principale distinction entre les maisons médicales et les maisons de santé. Il est le reflet de la **coordination interprofessionnelle** autour d'objectifs communs de santé destinés à la population du territoire.
Le ministère de la santé publiait une circulaire relative au plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural visant à financer la création de 250 maisons ou pôles de santé sur la période de 2010-2013 dans des zones considérées comme fragiles accompagnée d'un cahier des charges national afin d'octroyer ces aides (31).

Le projet de santé s'articule autour d'un projet professionnel comprenant :

- **Le management de la structure ;**
- **L'organisation pluriprofessionnelle ;**
- **Le système d'information ;**
- **Le développement de la formation continue des professionnels ;**
- **La formation des étudiants ;**
- **La participation à des activités de recherche.**

Et d'un projet d'organisation des soins concernant :

- **L'accès aux soins ;**
- **La continuité des soins ;**
- **La coordination externe ;**
- **La démarche qualité ;**
- **Les nouveaux services.**

Ainsi, le projet de santé constitue le **socle** de la maison de santé et sa validation en commission permet l'obtention du label « *maison de santé* » par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il s'en suit la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le représentant légal de la structure et l'ARS et permettant le versement de moyens financiers. Ce contrat comporte des éléments obligatoires, entre autres : les objectifs principaux du projet de santé, les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure, les actions prévues en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le développement du système d'information de la structure, les indicateurs de suivi et d'évaluation. Il y a une évaluation annuelle et le contrat a une durée de cinq ans maximum.

La loi Fourcade adoptée en juillet 2011 a modifié la définition de maison de santé permettant aux **pharmaciens** et aux **spécialistes de second recours** d'intégrés le pool de professionnels de santé constituant une MSP. « *La maison de santé est une personne morale*

constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. » (32). Il faut au minimum deux médecins et un auxiliaire médical pour la constituer.

Le 13 décembre 2012, Mme Touraine, ministre de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes, propose un « pacte territoire-santé » pour permettre l'accès à tous les français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national (33).

Ce pacte comporte douze engagements s'articulant autour de 3 axes :

- **Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ;**
- **Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé ;**
- **Investir dans les territoires isolés.**

Ainsi, était prévu le doublement du nombre de MSP passant de 174 en 2012 à 370 en 2013.

Un second pacte « pacte territoire-santé » a été présenté en novembre 2015 afin de renforcer le premier (34).

Il comportait dix engagements s'articulant autour de deux axes :

- **Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte territoire santé 1 ;**
- **Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires.**

Le deuxième engagement voulant faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles. La ministre a déclaré également un objectif de 1 000 maisons de santé en 2017 dans son troisième engagement.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé avait pour objectif de développer la promotion des soins de premier recours, de viser l'amélioration de l'organisation des parcours de soins, et d'encourager ainsi les initiatives des professionnels de santé (35).

On y a vu la création d'Equipes de Soins Primaires (ESP) et des Communautés Professionnels Territoriales de Santé (CPTS) afin de développer l'exercice coordonné.

Les ESP sont constituées de professionnels de santé de premier recours, dont au moins un médecin généraliste dans l'objectif d'améliorer les parcours de santé, et ce via un projet défini et choisi par l'équipe. Ce projet est transmis à l'ARS et sera à l'origine d'une contractualisation entre l'ARS et l'ESP.

L'ESP peut prendre plusieurs formes : MSP, centre de santé, autres formes de collaboration plus légères.

Les CPTS émanent aussi des professionnels de santé de premier recours, cependant elles ont une **approche populationnelle**. Le projet vise à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire. Le projet d'une CPTS répond aux besoins identifiés sur un territoire et organise au mieux les parcours de santé. Elle est constituée d'une ou plusieurs ESP avec éventuellement des **professionnels de santé de second recours hospitaliers et libéraux**, **des acteurs sanitaires**, **des acteurs sociaux ou médicosociaux**. Les pôles de santé deviennent automatiquement des CPTS.

L'article 118 de la loi de du 26 janvier 2016 a défini pour la première fois, les **maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires** : « *Une maison de santé pluri-*

professionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. » (36).

Les pouvoirs publics ont compris l'importance du développement de l'exercice coordonné et souhaite poursuivre la dynamique de cette pratique dans la transformation de notre système de soins.

Ainsi, le Président de la république, Emmanuel Macron, dans son programme a déclaré doubler le nombre de maisons de santé afin de répondre aux attentes nouvelles des professionnels de santé à travailler en groupe et ainsi favoriser leur installation dans les territoires sous dotés (37).

Le 13 octobre 2017, Mme Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé a présenté son plan pour renforcer l'accès territorial aux soins, en articulant son action sur quatre priorités :(38)

- **Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients** : une présence médicale et soignante accrue ;
- **La mise en œuvre de la révolution numérique** en santé pour abolir les distances ;
- **Une meilleure organisation des professions de santé** pour assurer une présence soignante pérenne et continue ;
- Une nouvelle méthode: **faire confiance aux acteurs des territoires** pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale.

Ainsi, il est inscrit de doubler le nombre de maison de santé et d'augmenter celles bénéficiant de nouvelles rémunérations par équipe avec un objectif, à terme, que la totalité des maisons de santé, soit 2 000, en bénéficient d'ici cinq ans. Pour cela, le grand plan d'investissement soutiendra le développement des maisons de santé (39).

Le financement et le statut juridique de l'exercice coordonné

Le **mode de rémunération** est un facteur important de **l'attractivité** de la médecine libérale, les réformes le concernant sont donc délicates. Le choix d'un mode de rémunération optimal est complexe et leur attractivité dépend des caractéristiques personnelles des médecins, leurs préférences étant assez diversifiées.

Ainsi depuis 1927, la France est principalement basée sur le **paiement à l'acte**, alors que d'autres pays dont les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont mis en place des systèmes complexes combinant le paiement à l'acte, la capitation, le salariat et le paiement à la performance.

On distingue quatre principaux modes de rémunération :

- Le **paiement à l'acte**: le médecin reçoit un paiement pour chaque consultation ;
- La **capitation**: le médecin perçoit une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou pas ; cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée ;
- Le **salariat** : le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé. Les centres de santé reposent pour leur part sur une rémunération salariale par exemple.
- Le **forfait** : sommes versées du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à l'acte de soin proprement dit (comme la rémunération à la performance).

Le paiement à l'acte peut être néfaste si il conduit le médecin à raccourcir la durée de la consultation ou à augmenter inutilement le nombre de consultations ou de prescriptions, entraînant une surproduction d'actes médicaux, représentant un surcoût budgétaire pour la collectivité. Il lui est reproché de ne pas valoriser toute une série d'activités du médecin non directement curatives : tâches administratives, formation, enseignement, activités de prévention qui peuvent facilement faire l'objet de forfaits. Ainsi, il ne favorise pas la **coordination des soins** et la **prévention**.

Les systèmes de forfaits, salariat ou capitation, peuvent inciter les médecins à réduire le nombre d'actes par patient, créant ainsi un risque de sous-production de soins, conduisant à la prise en charge de patients atteints de pathologies plus lourdes, à des stades avancés.

Sous l'impulsion de la création des maisons de santé favorisant le regroupement pluriprofessionnel, de nouveaux modes de rémunération ont vu le jour en France.

L'article 44.1 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 a donné la possibilité de lancer l'expérimentation de **nouveaux modes de rémunération** (ENMR) visant à compléter le paiement à l'acte dans les MSP. Six régions expérimentatrices ont été retenues par le ministère de la Santé : Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Ile-de-France, **Lorraine** et Rhône-Alpes.

En 2010, l'expérimentation a été étendue à toutes les régions. Les structures de soins primaires devaient justifier d'un projet de santé répondant au cahier des charges des expérimentations, et d'un exercice pluriprofessionnel. Quatre modules d'expérimentations étaient possibles:

- Module 1: « **forfait missions coordonnées** » mise en place d'un forfait rémunérant les missions coordonnées des professionnels de santé exerçant de façon regroupée, gage sur l'atteinte des objectifs de santé publique et d'efficience assignés à la structure ;
- Module 2: « **nouveaux services aux patients** » concerne essentiellement l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- Module 3: « **coopération entre professionnels de santé** » ;
- Module 4: « **forfait à la pathologie** ».

Début 2011, 157 sites sur 19 régions ont participé aux expérimentations qui ont introduit progressivement des modes de financement nouveaux, sous forme de forfaits, visant essentiellement à prendre en compte les activités non rémunérées par le paiement à l'acte.

Le rapport d'Elisabeth Hubert préconisait que le paiement à l'acte devait rester la base de la rémunération des médecins, il proposait trois innovations :(16)

- **moduler le tarif des actes en fonction de leur complexité** ;
- **prévoir un forfait** rétribuant l'ensemble des professionnels de santé intervenant de manière **coordonnée** dans certaines situations **complexes** ;
- **prévoir un financement spécifique et pérenne** pour les structures pluridisciplinaires que sont les maisons et pôles de santé.

Dans le même esprit, le rapport du sénateur Juilhard, préconisait que ces modèles de regroupement exigeaient une **sécurisation juridique et financière**, avec un statut juridique spécifique. Il concluait également que l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération constituait des prémices, mis en œuvre de façon trop lente et trop lourde. Une nouvelle impulsion vers un **paiement mixte**, forfaitaire et à l'activité est nécessaire (30).

D'autant qu'une évolution est possible, car si *59 % des médecins généralistes se disaient satisfaits du mode de rémunération à l'acte, 61% étaient favorables à l'introduction de nouveaux modes de rémunération* (40).

La loi Fourcade en 2011 a répondu partiellement à cela en créant un nouveau cadre juridique pour ces structures de soins primaires, à savoir la **SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (41).

A partir de juin 2012, ce statut devint même une condition pour percevoir les ENMR.

Il s'agit d'une société civile pouvant être constituée entre des personnes physiques, exerçant une profession médicale, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens. Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libérale peuvent également être associés d'une SISA. Elle permet de percevoir de l'argent public et de le redistribuer entre les associés, ce que ne permettait pas une association 1901, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé et en restant transparent sur le plan fiscal.

En 2014, s'est ouverte une négociation autour de **l'accord conventionnel interprofessionnel** (ACI) pour sortir des expérimentations et pérenniser les nouveaux modes de rémunération du travail en équipe. Suite à l'échec des discussions entre l'UNCAM et les organisations syndicales de professionnels de santé libéraux, un arbitre, Bertrand Fragonard, a été saisi; le **règlement arbitral** a été publié au Journal officiel du 27 février 2015 (42).

Les structures pouvant signer un contrat tripartite avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'ARS, en vue de percevoir les NMR sont de deux types :

- Les MSP mono ou multi-sites constitués en SISA ou s'engageant à constituer une SISA dans un délai maximal de six mois ;
- Les centres de santé.

Ce contrat comporte des engagements dans trois domaines :

- **Accès aux soins ;**
- **Travail en équipe ;**
- **Système d'information.**

Certains de ces engagements sont considérés comme des prérequis conditionnant le versement de la rémunération, dits « ***engagement socles*** ». D'autres engagements sont dits **optionnels**. Ces deux niveaux de rémunération comportent une partie fixe et une partie variable (en fonction de la taille de la patientèle médecin traitant de la structure). La rémunération est calculée par un système de points en fonction du respect de ces engagements, mesuré par des indicateurs (la valeur du point est fixée à 7 euros).

Au total, les sommes versées au titre de l'année 2015 *représentent 17,9 millions d'euros, soit une rémunération moyenne de 44 803 euros par structure (39 408 euros en moyenne pour les SISA mono-site, 56 854 euros en moyenne pour les SISA multi-sites, 53 267 euros en moyenne pour les centres de santé)* (43).

Conclu le 20 avril 2017 entre l'Assurance Maladie, des syndicats de professionnels libéraux et les représentants des centres de santé, **l'ACI** (Accord Conventionnel Interprofessionnel) pérennise et revalorise les nouveaux modes de rémunération expérimentés en 2008 puis généralisés en 2015 par le règlement arbitral (44).

L'ACI fonctionne de la même façon que le Règlement Arbitral basé sur trois axes :

- **Accès aux soins ;**
- **Travail en équipe/coordination ;**
- **Système d'information.**

Parmi les nouveautés, deux axes essentiels pour l'organisation du travail pluriprofessionnel sont mis en avant : la **fonction de coordination** devient un indicateur à part entière et fait l'objet d'une rémunération spécifique ; le **système d'information** est mieux valorisé et sa rémunération est désormais liée au nombre de professionnels de santé associés (nombre de postes équipés) de la structure et non plus à la taille de la patientèle. Une majoration de précarité est également attribuée en fonction du taux de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) (45).

Un dispositif spécifique est mis en place pour les équipes qui viennent de se créer (dont le projet de santé est déposé à l'ARS depuis moins d'un an). Celles-ci bénéficient d'une garantie de versement d'un minimum annuel de 20 000 euros pour leur première année d'activité, et d'une avance sur cette somme portée à 12 000 euros pour commencer à s'équiper sans tarder. L'ACI pourra évoluer progressivement via des avenants (et des rémunérations complémentaires).

La prise en compte des actions de **prévention** ou des **projets de télémédecine** menés par la maison ou le centre de santé, pourrait faire partie des thèmes de réflexion. De nouvelles commissions paritaires, au niveau national et dans chaque région, doivent assurer le suivi de l'accord et faire des propositions.

Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), une structure type, composée de 13 professionnels de santé pour 4 000 patients, *pourra percevoir jusqu'à 73 500 euros par an si tous les objectifs sont atteints, contre 51 800 euros auparavant* (45).

Concernant le mode de financement des locaux des MSP, ils peuvent être très variable, allant d'un financement totalement privé à celle d'un financement public financé par les collectivités locales, en passant par un financement mixte.

Les bénéfices et l'état des lieux des MSP

Etats des lieux MSP en France en janvier 2018, d'après l'Institut de Recherche et de Développement en Economie de la Santé (IRDES) : 964 maisons de santé dont 406 signataires de l'ACI.

Bénéfices des MSP : La MSP est-elle une solution croisée de la prise en charge des pathologies chroniques, de la démographie médicale et de sa répartition sur le territoire et enfin de l'aspiration professionnelle de la jeune génération ?

A l'étranger :

Au niveau international, la littérature a démontré les intérêts des regroupements pluriprofessionnels. Ce modèle améliore la prestation des soins primaires et l'accès aux soins pour les patients (46).

Un sondage de 2007 comparant les expériences de soins de santé en Australie, au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis a conclu que « *disposer d'une maison médicale, qui est accessible et qui contribue à coordonner les soins, est associé à des expériences significativement positives* » (47).

Au Canada, une étude des résultats sur deux ans a montré une amélioration des indicateurs de qualité, une diminution du *burn out* des médecins et un bilan économique positif dans la mesure où les économies sur les soins hospitaliers l'emportaient sur l'augmentation des coûts en ambulatoire (48).

Une étude américaine a montré une meilleure couverture du dépistage dans les structures regroupées par rapport aux praticiens isolés (49).

En France :

Nous avons vu que l'aspiration de la jeune génération était un exercice regroupé afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

En 2009, une étude menée auprès de neuf MSP de Franche-Comté et de Bourgogne a montré un **meilleur équilibre** entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels, ainsi qu'une plus **grande accessibilité horaire** pour les patients (50).

L'IRDES a évalué les maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, sur la période 2009-2012.

Une première étude a montré que les maisons de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale, plus fragiles en termes d'offre de soins. En effet trois

quarts des maisons de santé étaient réparties en 2013 dans des espaces à dominante rurale situés dans des bassins de vie plutôt défavorisés en termes d'offre de soins, voire dont les populations avaient un état de santé dégradé (51).

De plus, il semblerait y avoir une moindre diminution de la densité de médecins généralistes entre 2008 et 2012 dans ces espaces comparés à ceux ne comportant pas de maisons de santé. La logique d'implantation des maisons de santé a répondu à l'objectif de **maintenir une offre** là où les besoins sont importants, en ayant un impact, quoique statistiquement non significatif sur l'évolution de la densité dans ces territoires (52).

L'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes a montré des prémices mais devrait donc faire l'objet d'une étude plus longue (53).

Une autre étude a évalué l'impact du regroupement sur l'activité et la productivité. L'activité est majorée de 13 à 15% en termes de file active ou de patients inscrits pour les maisons et pôles de santé, sans réaliser plus d'actes. Ainsi l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services de soins primaires était génératrice de **gains de productivité,** comparativement à l'exercice standard. Les analyses ne mettaient pas en évidence l'impact de l'entrée dans les ENMR. Les différences observées étant uniquement le reflet de **différences préexistantes** entre sites regroupés pluriprofessionnels et les généralistes exerçant isolément.

Il a été validé que **l'intensité de l'intégration** pluriprofessionnelle était génératrice d'économie en matière de dépense ambulatoire, relativement à l'exercice standard, notamment pour les sites les plus « intégrés » et étaient supérieurs aux ressources mobilisées dans le cadre des ENMR, notamment sur les **dépenses en soins infirmiers**, **masso-kinésithérapie** et **pharmacie** (54,55).

Il a été montré un impact sur la **qualité des pratiques** des généralistes, notamment sur la prévention du cancer du sein, des risques iatrogéniques liés aux traitements par vasodilatateur, l'acquisition d'antihypertenseurs génériques et l'amélioration de la prise en charge du diabète. Par contre le recours à l'hôpital était équivalent (56).

Concernant les professionnels de santé, le développement des maisons et pôles de santé était vécu comme une opportunité pour **transformer** les pratiques de soins de premier recours. Cela créerait une nouvelle **dynamique de groupe**, avec une **stimulation intellectuelle** et une **synergie pluridisciplinaire**, souvent valorisantes pour les professionnels (57).

Une récente thèse de Buffard A, sur les ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé sur le territoire meusien a montré que 72% des généralistes meusiens avaient un exercice de groupe permettant le **maintien des professionnels** sur le territoire en renforçant l'offre de soins. Ainsi, pour ces professionnels de santé, les MSP véhiculaient une **image rassurante**, notamment pour la jeune génération. Ils décrivaient un exercice en harmonie grâce à l'amélioration de la **communication** entre eux, permettant une prise en charge **de meilleure qualité** du patient. L'amélioration des conditions de travail et de vie privée était largement évoquée grâce à l'**aménagement** de leur emploi du temps et l'apport du **secrétariat**. Il a conclu que «l*es MSP semblent être la solution adaptée à la pérennisation de l'offre de soins primaires dans ce contexte démographique et géographique rural* » (58).

Une autre thèse récente s'était intéressée à la perception par les usagers des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Elle avait mis en évidence une **satisfaction** globale des patients consultant au sein des MSP de Meuse. Ils y voyaient une amélioration de la qualité des soins, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques, une meilleure organisation entre les professionnels, une continuité des soins effective et un atout dans la lutte contre le manque de médecins. 97% des patients recommanderaient à leurs proches de consulter dans une maison de santé. Plus de 90% trouvaient que le travail en équipe améliore la **qualité des soins**, ainsi que l'**organisation** entre les professionnels (59).

Une étude concernant la région Rhône-Alpes a constaté une dynamique d'implantation des MSP, tout en constatant que près de la moitié (40%) étaient implantées dans des zones non-déficitaires traduisant « *une évolution en profondeur des modes d'exercice collectif, en rupture avec un exercice individuel et l'isolement professionnel*. » Cependant, elle a observé que les mécanismes de coopération interprofessionnelle apparaissent **diversement développés** selon les MSP. « *Dans certains cas, la MSP peut apparaître comme une simple juxtaposition de professionnels de santé dans un même lieu. Dans d'autres, des mécanismes formels de coopération comme les réunions de concertation pluridisciplinaire pour coordonner la prise en charge de certains patients, des dossiers partagés ou des consultations conjointes sont présents. La coopération interprofessionnelle est pourtant un enjeu majeur pour améliorer la qualité des soins*. » (60).

Un des outils permettant d'étudier le niveau de développement des coopérations interprofessionnelles, de la coordination des soins et de la qualité organisationnelle est la **matrice de maturité**.

La démarche qualité et les outils d'évaluations des structures pluriprofessionnelles

La qualité des soins :

On évoque à de nombreuses reprises dans la littérature, les médias et les discours, la recherche et l'amélioration de la qualité des soins. Mais quelle est la **définition** de cette **qualité** ?

Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé et les patients. La « qualité des soins » dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel jusqu'à la qualité globale du système de santé. Mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé. Elle ne sera pas **perçue** de la **même manière** entre le professionnel de santé, le patient et les institutions. Parler de « qualité des soins » sans précision a donc peu de sens.

Avedis Donabedian, connu pour ses travaux sur la théorie de la qualité des soins l'avait défini ainsi : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins*. »

Il distinguait trois domaines d'évaluation de la qualité :

- La **structure** (le niveau d'équipement, la qualification du personnel et le modèle organisationnel par exemple) ;
- Le **processus** (les pratiques médicales ou soignantes qui sont évaluées au regard de leur conformité au savoir médical et de la relation avec le patient) ;
- Le **résultat** (conséquences sur l'état de santé d'un individu ou d'une population selon l'objectif visé).

La définition proposée en 1984 par l'Institute of Medecine insiste sur le caractère **durablement bénéfique** pour la collectivité des améliorations de la qualité et consacre la notion d'**efficience** comme une composante de la qualité. Cette définition insiste en effet sur le fait que la qualité « *contribue durablement à l'amélioration ou au maintien de la qualité et de la durée de vie de la population* ». Promotion de la santé, prévention, accessibilité des soins et utilisation efficiente des ressources deviennent donc de nouveaux volets des politiques de la qualité.

Pour la HAS, la définition est la suivante : « *la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, surs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible*. » (61).

La démarche qualité :

Au vu de l'importance de la notion de la qualité des soins, il convient d'instaurer une **démarche qualité**.

La **compréhension** et la **satisfaction** des attentes et des besoins des patients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le **développement** et la **pérennité** des établissements (62).

Le lien entre les exigences du patient et sa satisfaction comporte une part de subjectivité et implique de distinguer plusieurs types de qualité selon le point de vue du patient et celui des professionnels :

- La qualité **attendue** par le patient se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou service ;
- La qualité **perçue** est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- La qualité **voulue** est formulée par l'entreprise sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- La qualité **délivrée** est celle que reçoit réellement le patient.

L'écoute des patients doit permettre de réduire l'écart de **conception** (qualité attendue - qualité voulue), l'écart de **perception** (qualité perçue - qualité délivrée) et l'écart de **satisfaction** (qualité perçue - qualité attendue).

L'écart de **délivrance** (qualité délivrée - qualité voulue) est du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d'amélioration des processus et de résolution de problèmes.

D'autant qu'en France, des démarches récentes d'évaluations et d'amélioration continue de la qualité se sont développées progressivement sous l'impulsion de la loi du 31 juillet 1991 puis sous celle de l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant l'**accréditation** des établissements de santé français.

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et ses services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives, on parle **d'amélioration continue**.

C'est en 1951 que W.E. DEMING a décrit ce principe d'amélioration continue de la qualité utilisé fréquemment sous le nom de PDCA (Plan, Do, Check, Act) ou **Roue de DEMING**. Les quatre temps de ce principe sont :

- **PLAN** : planifier. Établir une politique qualité, se fixer des objectifs, prévoir les moyens de réalisation;
- **DO** : réaliser, mettre en oeuvre ce qui a été prévu;
- **CHECK** : vérifier que l'on tend vers les éléments planifiés, contrôler les résultats, mesurer les avancées ;
- **ACT** : réagir et améliorer, c'est-à-dire réduire les écarts, et faire évoluer les objectifs.

La démarche qualité est donc une **démarche progressive**, une façon d'agir, visant à l'obtention d'améliorations sur des problématiques prioritaires. Elle conduit à la mise en place d'une organisation adaptée : le système de management de la qualité.

Ainsi quatre dimensions essentielles ont été identifiées par Shortell afin de développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne :

- **Une dimension stratégique ;**
- **Une dimension technique ;**
- **Une dimension structurelle ;**
- **Une dimension culturelle.**

La prise en compte de la dimension **stratégique** nécessite en premier lieu de **clarifier** les **objectifs** de l'établissement vis-à-vis de sa démarche qualité. Elle offre une vision qui permet la priorisation des actions et donc la focalisation des efforts en vue de l'atteinte des objectifs.

La dimension **technique** rassemble plusieurs **savoir-faire** (gestion de projet, l'organisation d'un système qualité, la maîtrise des méthodes et des outils de la qualité).

La dimension **structurelle** correspond à la mise en place des structures de **coordination** nécessaires à la démarche avec une composante politique et stratégique et une composante opérationnelle.

La dimension **culturelle** s'intéresse aux **croyances**, **valeurs**, **normes**, **représentations** et **comportements** qui favorisent la mise en oeuvre de la démarche qualité.

Les outils qualité :

Il est admis qu'une organisation **plus intégrée** des structures de soins primaires, est associée à une **meilleure qualité** de soins curatifs et préventifs et à une utilisation **plus rationnelle** des services de santé (54).

Pour mesurer et suivre dans le temps le niveau de développement, et pour identifier des modèles d'organisation les plus performants, différents instruments d'évaluation ont été développés, principalement aux Etats-Unis et en Europe. On distingue trois catégories d'outils :

- **Les matrices de maturité ;**
- **Les questionnaires d'évaluation ;**
- **Les grilles d'accréditation.**

Une revue de la littérature a identifié et a décrit ces outils d'évaluation (63).

Elle a permis d'analyser 16 outils d'évaluation des soins primaires centrés sur la qualité de l'organisation des structures.

Huit outils sont des **matrices de maturité** :

- United Kington-Maturity Matrix (UK-MM) :

Première matrice de maturité, elle a démontré sa faisabilité au Danemark mais n'a pas été utilisée en routine ;

- International Family Pratice-Maturity Matrix (IFP-MM) :

Traduite en français et reconnue internationalement (64). Elle a constitué le socle de la matrice de maturité de la HAS ;

- Medical Home Index-Adult Primary Care (MIH –APC) :

Elle a été conçue initialement comme un outil d'autoformation afin d'améliorer les pratiques des médecins en soins primaires. Elle fut ensuite utilisée aux Etats-Unis pour évaluer les maisons médicales dans le but de percevoir une allocation par les fonds publics ;

- Patient Centered Medical Home-Assessment (PCMH-A) :

Elle est également destinée à la perception d'une allocation de ressources avec des outils d'évaluation plus compatibles que la MHI ;

- Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) :

Cet outil est basé sur la gestion des prises en charge de patients atteints de pathologies chroniques, utilisé aux Etats-Unis, un progrès significatif des équipes prenant en charge les patients atteints de diabète et d'insuffisance cardiaque chronique a été démontré ;

- Clinical Microsystem Assessment Tool (CMAT) :

Cette matrice est adaptée à la fois aux soins primaires et aux soins de second recours.

- Medical Home Implementation-Quotient (MIH-Q) ;
- Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires (RAP-RPSP) :(65).

Il correspond à la **matrice de maturité de la HAS** en 2014 avec la participation de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et d'autres experts. Son but est de permettre aux professionnels de santé d'auto-évaluer leurs pratiques organisationnelles nécessaires pour une prise en charge de qualité, coordonnée et globale des patients.

Les matrices de maturité ont un **but formatif**. Elles amènent les professionnels à construire un autodiagnostic de l'organisation afin de l'améliorer. Elles sont structurées en domaines ou dimensions qui sont des composantes de l'organisation retenues, traduisant la capacité, a priori, des organisations à délivrer des soins de qualité.

Chaque dimension comprend des questions avec des niveaux de progrès correspondant à des niveaux croissants de structuration/de performance des dimensions. Ils sont compris le plus souvent entre trois et neuf.

Quatre outils sous la forme de **questionnaires d'évaluation** :

- European Practice Assessment Intrument (EPA Instrument) ;
- Quality Book Tool (QBT) ;
- Primary Care Assessment Tool-Provider Edition (PCAT-PE) ;
- American Academy Familly Practice-Patient Centered Medical Home chek list (AAFP-PCMH check list).

L'objectif des questionnaires d'évaluation est aussi l'autodiagnostic du développement organisationnel des structures. Les dimensions explorées sont constituées par des séries de questions indépendantes à réponses fermées, binaires ou ordinales, sans notion de niveau croissant.

Trois études ont permis la construction (66), l'évaluation (67) et la validation (68) d'un questionnaire d'évaluation en France: le **questionnaire COMACS** permettant une analyse du développement organisationnel et de la coopération interprofessionnelle des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires. Il est composé de 51 questions réparties sur cinq dimensions.

Quatre outils sont des **grilles d'accréditation** :

- Utilization Review Accreditation Commission-Patient Centered Health Care Home Program Toolkit (URAC-PCHCH Program Toolkit) ;
- National Committee for Quality Assurance's tool (NCQA tool) ;
- Accreditation Association for Ambulatory Health Care-Medical Home (AAAHC-Medical Home) ;
- Joint Commission's PCMH option self-assessment tool (JC-PCMH-OST).

Les grilles d'accréditation sont utilisées pour l'évaluation externe des structures dans un but de **labellisation**, de reconnaissance **d'un statut** ou d'obtention **d'un financement**. Elles sont utilisées par des intervenants extérieurs qui ont un rôle de contrôle de la qualité de l'organisation du groupement professionnel. Elles sont constituées de séries de questions à réponses fermées.

Elles sont utilisées notamment aux Etats-Unis dans des programmes de reconnaissance des structures de soins primaires en tant que « Patient Centered Medical Home ».

Tous ces outils sont centrés sur la qualité de l'organisation des structures et abordent des concepts similaires classables en six thématiques.

- **La gestion de la structure et de l'équipe ;**
- **La démarche qualité ;**
- **La gestion des données des patients ;**
- **L'accessibilité et la continuité des soins ;**
- **La formation.**

Ces concepts peuvent être comparés aux **dix critères** de qualités des soins primaires proposés par Crossland et al. qui sont : une **approche centrée patient**, le **leadership**, la **motivation** et les **récompenses de l'équipe**, la **gouvernance clinique**, **l'équipe pluriprofessionnelle**, la **communication**, la **formation**, les **processus d'amélioration**, les **indicateurs de performance** et la **gestion de l'information** (69).

Concernant la France, la HAS avait donc développé une **matrice de maturité** en français après une analyse de la littérature, nommée « Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » afin d'être adaptée aux soins primaires en France (70).

C'est un outil d'auto-évaluation de l'organisation pour une démarche de qualité et non un outil d'évaluation externe pour une labellisation ou des financements. Elle permet l'analyse des procédures en se basant sur la méthode de Deming (PDCA).

La Matrice de Maturité des MSP s'articule autour de quatre grands axes :

- **Le travail en équipe pluriprofessionnelle ;**
- **Le système d'information ;**
- **Le projet de santé et l'accès aux soins ;**
- **L'implication des patients.**

Chaque axe est ensuite décliné en trois à cinq dimensions. Celles-ci sont des composantes organisationnelles de la structure qui contribuent à délivrer des soins de qualité. Ensuite, chaque dimension se décompose en cinq sous dimensions correspondant aux éléments d'organisation et de performance de la dimension en question avec **trois niveaux** de progrès.

La matrice doit être réalisée par chaque membre de l'équipe, puis l'équipe partage le résultat pour obtenir un consensus. Le but étant d'impliquer et de faire progresser tout le groupe. Sur cette base, l'équipe définit les objectifs à atteindre au cours de l'année à venir en définissant les moyens et les modalités pour mettre en œuvre les actions retenues et pour évaluer l'atteinte des objectifs. Elle renouvelle par exemple tous les ans l'auto-évaluation de son organisation dans le but d'acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression.

Cette démarche qualité a pour objectif une prise en charge accessible, conforme aux données de la science, coordonnée, continue, efficiente et adaptée aux besoins médico-psycho-sociaux de la population locale.

Notre étude s'est basée sur le travail de S. Marchal qui a réalisé un premier **état des lieux** des **MSP de Lorraine** en utilisant la matrice de maturité de la HAS. Il a constitué une

base de données avec 40 MSP. Nous avons donc utilisé et complété sa base de données avec une autre thésarde qui s'est intéressée plus particulièrement aux **réunions de concertation pluriprofessionnelles** dans les MSP et pôles de santé du Grand Est. Nous nous sommes partagés l'investigation sur la Champagne-Ardenne et l'Alsace, en complétant pour ma part le questionnaire initial avec des parties s'intéressant plus particulièrement aux nouveaux modes de rémunération.

Quant à notre étude, comparative qualitative transversale multicentrique, l'objectif consistait à **analyser** les maisons et pôles de santé pluriprofessionnelles du **Grand Est** selon la **matrice de maturité de la HAS** de 2014 en comparant celles **adhérentes** au **règlement arbitral** bénéficiant des nouveaux modes de rémunération et celles **non adhérentes** au règlement arbitral.

Nous avons séparé la thèse en deux parties car la seconde partie pourrait faire l'œuvre d'un second article à développer. Elle concernait la perception des leaders sur la mise en place du Règlement Arbitral et des modifications apportées par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

II. ARTICLE

Niveau de maturité et nouveaux modes de rémunération des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles du Grand Est : une transformation à poursuivre.

Maturity level and new payment methods for multi-professional healthcare centers in the Great East region of France: a transformation to be continued.

A Didelot[1], O.Bouchy[2], E .Albuisson[3], P.Di Patrizio[4]

[1] Faculté de Médecine de Nancy
[2] Maître de conférence associé de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy
[3] Professeure de Santé Publique, Faculté de Médecine de Nancy
[4] Professeur Universitaire de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy

Résumé :

Introduction : Depuis une dizaine d'année, la création des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) a provoqué un choc culturel en transformant une pratique individuelle, isolée vers une pratique mixte avec un exercice coordonné en équipe.

Ces ENMR ont accompagné le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) permettant de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé (morbidité-mortalité, satisfaction des usagers et une diminution des coûts). Le Règlement Arbitral (RA) puis l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ont généralisé et pérennisé les nouveaux modes de rémunération (NMR) au sein de ces structures.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de ces NMR sur la maturité des MSP du Grand Est en utilisant comme support la matrice de maturité de la HAS.

Matériel et méthode : Une étude quantitative comparative transversale a été réalisée entre juillet 2017 et décembre 2017 auprès des leaders et coordinateurs de 28 MSP du Grand Est, complétant la base de données d'une autre étude sur la Lorraine, permettant l'inclusion de 68 MSP. Un questionnaire, composé de la matrice de maturité de la HAS a été utilisé pour définir le niveau de maturité des MSP. Des tests de khi-2 et exact de Fisher ont été réalisés via le logiciel SPSS 25 d'IBM. La comparaison s'est faite entre les MSP adhérentes au RA et celles qui n'ont pas adhérées.

Résultats : Le groupe RA était composé de 47 MSP et le groupe Non RA de 21 MSP. 21 sous dimension sur 60 analysées présentaient une association significative avec un risque alpha <5%. Les dimensions concernées étaient les réunions de concertation pluriprofessionnelles, les protocoles pluriprofessionnels, le partage des données, la gestion des données cliniques, la continuité des soins et la gestion du projet de santé. Les dimensions non analysées car insuffisamment ou non intégrées à la pratique des structures concernaient l'éducation thérapeutique du patient, le plan personnalisé de santé, l'analyse des pratiques et l'expérience des patients.

Discussion : Cette étude a montré un niveau de maturité supérieur des MSP adhérentes aux RA dans 21 sous dimensions de la matrice de maturité. Ces sous dimensions étaient liées aux critères du RA et de l'utilisation de ces NMR. Cependant cette transformation est à poursuivre car certaines dimensions ne sont pas suffisamment intégrées dans la pratique des structures du Grand Est, notamment l'éducation thérapeutique et l'implication des patients. L'instauration d'une démarche qualité et d'une approche stratégique sont nécessaires afin d'améliorer la maturité des MSP, lieux d'innovation, tout en identifiant les freins et les leviers liés à ces NMR.

Mots clés : Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Matrice de Maturité en Soins Primaires, Démarche qualité, Soins primaires, Règlement Arbitral, Accord Conventionnel Interprofessionnel, Niveau de maturité, Grand Est.

Abstract :

Introduction: For ten years, creating ENMR caused a cultural shock by transforming an isolated indivudal practice into a mixed practice with coordination in teams.

These ENMRs supported the development of MSPs, which led to better results on health indicators (morbidity-mortality, user satisfaction and lower costs). The Arbitral regulation and then the Conventional Interprofessional Agreement generalized and sustained new forms of remuneration (NMR) within these structures.

The objective of this study is to assess the influence of these NMRs on the MSP maturity in the great east of France using the HAS maturity matrix as a support.

Material and Method: A comparative cross-sectional quantitative study was carried out between July 2017 and December 2017 among the leaders and coordinators of 28 Great east MSPs, completing the database of another study in Lorraine, allowing the inclusion of 68 MSP. A survey, consisting of the HAS maturity matrix was used to define the maturity level of the MSPs. Fisher's exact and Chi-2 tests were performed using IBM's SPSS 25 software. We did a comparison between the MSP adhering to the Arbitral Regulation and the one which don't.

Results: The RA group consisted of 47 MSP and the No RA group of 21 MSP. Twenty-one out of sixty analyzed had a significant association with an alpha risk <5%. The dimensions we studied were multiprofessional consultation meetings, multiprofessional protocols, data sharing, clinical data management, care continuity and health project management. The dimensions that were not analyzed because they were not sufficiently integrated into the practice of the structures concerned patient the therapeutic education, the personalized health plan, the analysis of practices and the patients' experience.

Discussion: This study showed a higher level of maturity in RA-adherent MSPs in 21 sub-dimensions of the maturity matrix. These sub-dimensions were linked by the RA criteria and the use of these NMRs. However, this transformation should go on since some dimensions are not sufficiently integrated into the practice of the Great East structures, especially therapeutic education and patient involvement. Establishing a quality procedure and a strategic approach is necessary to improve MSPs maturity, which are high centers of innovation, while identifying what is hindering and driving this NMRs.

Key words: multi-professional healthcare centers, Maturity Matrix in Primary Care, Medical audit, Primary Care, Arbitral Regulation, Interprofessional Agreement, Maturity Level, Greater East.

1. Introduction

De nombreux **défis** se sont posés à notre système de santé : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, inégalités sociales d'accès aux soins notamment primaires, apparition de nouvelles technologies. Ces enjeux sont d'autant plus prégnants que les difficultés budgétaires s'accroissent.

Ainsi comment garantir une offre de soins de qualité tout en maitrisant les coûts ? Tout en développant des conditions de travail attractives pour les professionnels actuels et futurs.

Notre système de santé doit évoluer et se transformer afin de répondre aux différentes attentes à la fois de la population, des professionnels de santé et des politiques.

Cette transformation s'est inscrite dans une remise en cause de notre modèle curatif hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral, isolé, avec un paiement à l'acte.

Il a donc fallu repenser la place des **soins de santé primaires** dans notre pays comme d'autres pays européens et anglo-saxons avant nous. La littérature a montré le lien entre le développement des soins de santé primaires et de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé en particulier la morbidité et la mortalité, une meilleure satisfaction des usagers et un moindre coût pour les systèmes de sécurité sociale (1).

Certaines évolutions structurelles ont été préconisées pour consolider le développement des soins primaires et la place du médecin généraliste : (2)

- **Formation et recherche médicales** réorientées vers **les soins de santé primaires ;**
- **Nouveaux modes d'exercice coopératifs** répondant aux aspirations des professionnels de terrain, en s'inspirant de modèles étrangers également ;
- **Technologies d'information et de communication** aidant les acteurs de santé ;
- **Diversification des modes de rémunération ;**
- **Association des patients** à l'évolution du système de santé.

C'était dans ce contexte que le développement de l'exercice en soins de premier recours en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a connu un développement croissant qui pourrait être une solution aux défis de santé depuis une dizaine d'années.

Elles ont été reconnues légalement par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 et introduites dans le code de la santé publique par la loi HPST (3).

Elles peuvent percevoir une **dotation de financement** afin de permettre un exercice **coordonné** des soins dans le but de rendre la prise en charge accessible, continue et celui d'améliorer la qualité des soins.

Afin de bénéficier de ce financement, les professionnels de santé doivent élaborer un **projet de santé** et conclure avec l'Agence Régional de Santé (ARS) **un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**.

L'entrée dans le dispositif des ENMR en 2008 a provoqué et amplifié **un choc culturel**, en faisant coexister une pratique libérale, individuelle majoritaire et une partie minoritaire de pratiques collectives contractualisées avec l'ARS. Cela a conduit à l'acquisition de **nouvelles compétences** d'ordre **gestionnaire, juridique, administratif, stratégique, politique** autour de l'équipe pluriprofessionnelle.

Il a été montré que comme dans d'autres pays, des formes nouvelles d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplées à de **nouveaux modes de rémunération** (NMR) peuvent constituer des leviers afin d'engager une transformation de l'organisation et des pratiques des médecins généralistes en lien avec celles des professionnels paramédicaux (4).

A défaut d'un accord conventionnel interprofessionnel entre les différents syndicats et l'Union National des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), un **règlement arbitral (RA)** a permis de **généraliser** les NMR.

Il a été publié au Journal officiel du 27 février 2015 (5).

Ce contrat comporte des engagements dans trois domaines :

- **Accès aux soins ;**
- **Travail en équipe ;**
- **Système d'information.**

Certains de ces engagements sont considérés comme des prérequis conditionnant le versement de la rémunération, dits « engagements socles ». D'autres engagements sont dits optionnels. Ces deux niveaux de rémunération comportent une partie fixe et une partie variable (en fonction de la taille de la patientèle de la structure). La rémunération est calculée par un système de points en fonction du respect de ces engagements, mesuré par des indicateurs.

Conclu le 20 avril 2017 entre l'Assurance Maladie, les syndicats de professionnels libéraux et les représentants des centres de santé, **l'Accord Conventionnel Interprofessionnel** (ACI) pérennise et revalorise les nouveaux modes de rémunération pour une durée de cinq ans. Il fonctionne sur le même modèle que le RA. Les structures bénéficiant déjà du RA adhérent tacitement à l'ACI. Les nouvelles structures doivent remplir les mêmes critères que ceux pour le RA, à savoir : la constitution d'une SISA dans les six mois, la validation du projet de santé par l'ARS (6).

Nous savons qu'une **organisation plus intégrée** des structures de soins primaires est associée à une **meilleure qualité** des soins curatifs et préventifs. Divers instruments d'évaluation ont été développés, principalement aux Etats-Unis et en Europe afin de mesurer et de suivre dans le temps le niveau de développement organisationnel des groupements pluriprofessionnels (7). Il existe trois outils d'évaluation :

- **les matrices de maturité ;**
- les questionnaires d'évaluation ;
- les grilles d'accréditation.

Nous nous intéresserons dans notre étude à la **Matrice de Maturité en Soins Primaires** développée par la HAS en 2014 avec la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et un panel d'experts. Ce référentiel d'analyse et de progression a pour but d'aider

les équipes pluriprofessionnelles à auto-évaluer leurs pratiques organisationnelles et il s'inscrit dans une **démarche qualité** (8,9).

D'après l'Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), au 1er janvier 2018, **964** maisons de santé étaient fonctionnelles en France dont **406** signataires de l'ACI.

Plusieurs annonces politiques ont été réalisées afin de **doubler** le nombre de maisons de santé et qu'elles soient toutes signataires de l'ACI d'ici cinq ans (10-12).

La Lorraine fait partie des **régions pionnières** ayant favorisée le développement des MSP à la différence de l'Alsace et de la Champagne Ardenne. Avec la régionalisation, il est pertinent de s'intéresser aux MSP de la région Grand Est. Nous poursuivons ainsi les travaux de la thèse de S. Marchal qui a réalisé un état des lieux des MSP de Lorraine en utilisant comme support la Matrice de Maturité (13).

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans cette étude quantitative transversale à la comparaison organisationnelle des MSP adhérentes ou non au règlement arbitral afin de dégager l'existence de différences en terme de maturité des structures.

Est-ce que les nouveaux modes de rémunération influencent l'organisation et donc la maturité des MSP ? Nous pouvons penser que les NMR permettent une meilleure organisation structurale des MSP et de l'exercice pluriprofessionnel au bénéfice de la qualité des soins.

2. MATERIEL ET METHODE

A. Description de l'étude

L'étude a été réalisée entre juillet 2017 et mars 2018, il s'agissait d'une **étude comparative quantitative transversale multicentrique**. L'objectif principal était de comparer les MSP du Grand Est adhérentes et celles non adhérentes au règlement arbitral selon la matrice de maturité en soins primaires de la HAS de 2014. Une enquête par le biais d'un entretien avec un questionnaire a été menée auprès des leaders ou des coordinateurs des MSP du Grand Est jusqu'en décembre 2017.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les difficultés de mise en œuvre des critères du RA et d'évaluer l'opinion des leaders vis à vis de l'ACI.

Les MSP et les pôles de santé (PSAP) ayant une organisation très similaire, la dénomination "**MSP**" englobera les deux entités dans cet article (sauf précision).

B. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties (**Annexe 1**).
Il a été réalisé avec la contribution du Dr Olivier BOUCHY et Dr Kenora CHAU.

Il était basé sur le questionnaire utilisé dans une précédente thèse, la matrice de maturité en soins primaires : état des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Lorraine. Une partie comportant des questions en lien avec **les réunions de concertation pluriprofessionnelles** (RCP) complétait le questionnaire et a été utilisée dans le cadre d'un autre travail de thèse. Enfin, il comportait une partie complémentaire sur **les nouveaux modes de rémunération avec le règlement arbitral et l'ACI** utilisée dans le cadre de notre étude.

Le questionnaire comportait 365 questions dont une première partie de 285 questions :

- sur la zone géographique, la forme juridique, le financement des MSP ;
- sur la composition pluriprofessionnelle des MSP (profession, âge, sexe, temps de travail, départ à la retraite, formation des étudiants...) ;
- sur certaines dimensions de la matrice de maturité afin d'enrichir les résultats (RCP, protocoles pluri professionnels, système d'information, ETP) ;
- sur la mise en oeuvre des conditions d'accès et des critères d'adhésion au règlement arbitral en utilisant une échelle de Likert, avec identification éventuellement des freins rencontrés par les professionnels et également sur les modifications apportées par l'ACI évaluées auprès des leaders avec une échelle de Likert ;
- sur les réunions de concertation pluriprofessionnelles en utilisant une échelle de Likert.

Toutes les questions n'étaient pas forcément posées en fonction des caractéristiques de la MSP.

La seconde partie correspondant à la Matrice de Maturité en Soins Primaires de la HAS réalisée en 2014, comportait quatre axes :

- **Le travail en équipe pluriprofessionnelle ;**
- **Le système d'information ;**
- **Le projet de santé et l'accès aux soins ;**
- **L'implication des patients.**

Chaque axe est décliné en 3 à 5 dimensions dont chacune comprenait cinq caractéristiques. La matrice de maturité comportait au total 80 questions.
Les investigateurs avaient acté que « régulièrement analysés ou régulièrement mis à jour » correspondait à une temporalité annuelle.

C. Critères d'inclusions et de non inclusions

Les maisons de santé ou pôles de santé éligibles devaient avoir validé leur projet de santé par l'ARS du Grand Est au plus tard au 31 décembre 2016 et devaient être en fonctionnement au 1er janvier 2017, c'est à dire ouverte aux usagers, afin de pouvoir évaluer leur niveau de maturité.

Nous avions utilisé la carte des MSP de l'ARS en juillet 2017 (**Annexe 2**).

En juillet 2017, **92** MSP étaient en fonctionnement et **43** en projet sur le territoire du Grand Est.

8 MSP ne répondaient pas aux critères d'inclusions, **2** ont été exclues car il n'y avait plus de médecin dans la structure, **8** avaient refusé par manque de temps principalement et une parce qu'elle se considérait trop jeune et **6** absences de réponse malgré les nombreuses relances.

Une MSP avait été incluse malgré l'absence de locaux propres à la structure car il existait un problème local avec le projet immobilier. Cependant un exercice coordonné existait avec la réalisation de réunions pluriprofessionnelles comme dans un pôle de santé.

Au total **68** structures volontaires et non rémunérées pour leur participation ont été étudiées. Elles étaient réparties de la façon suivante :

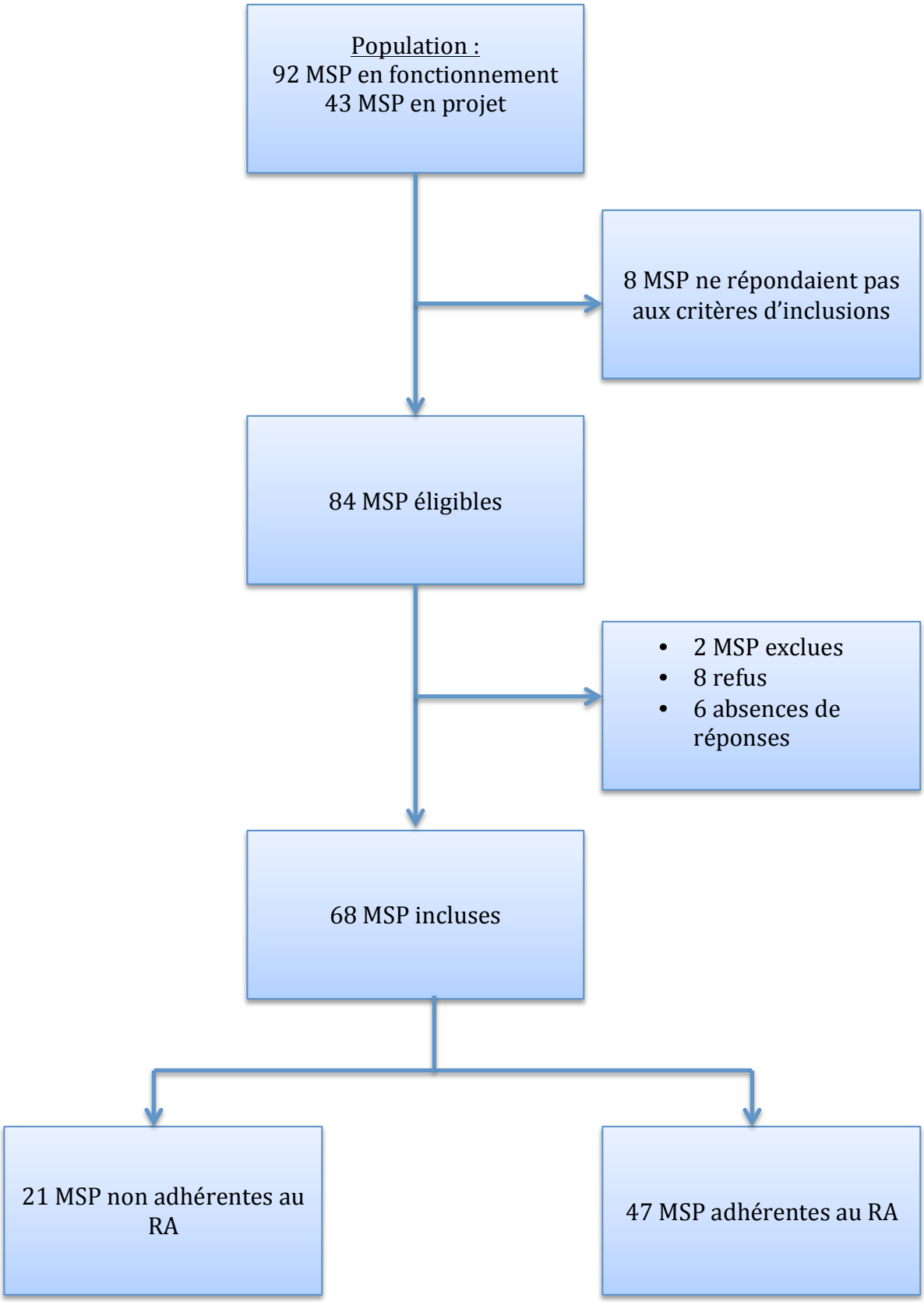
- **45 MSP en Lorraine ;**
- **7 MSP en Alsace ;**
- **16 MSP en Champagne Ardenne.**

21 structures étaient non adhérentes au Règlement Arbitral (groupe Non RA)

47 structures étaient adhérentes au Règlement Arbitral (groupe RA)

Nous parlons du Règlement Arbitral, dans un soucis de simplification car notre étude s'est déroulée juste après l'application récente de l'ACI, non connu de tous.

Quarante structures avaient déjà été étudiées entre novembre 2016 et janvier 2017 en région Lorraine dans la thèse de S.Marchal. Nous avons eu **6** refus et **2** absences de réponses malgré les nombreuses relances réalisées jusque mars 2018 concernant la partie complémentaire du questionnaire sur les nouveaux modes de rémunération.



Graphique 1. Diagramme de flux des MSP du Grand Est. Juillet 2017

D. Recueil des données

Chaque structure a été contactée soit par voie téléphonique soit par email afin d'exposer à chaque leader ou coordinateur le besoin d'un entretien individuel de visu dans le cadre d'une thèse sur les MSP du Grand Est, notamment sur les nouveaux modes de rémunération.

Il n'était pas mentionné à la personne interrogée qu'une partie du questionnaire correspondait à la matrice de maturité des MSP de la HAS.

Après accord oral de participer à l'étude, une date de rencontre au sein de leur MSP était convenue entre le leader et l'investigateur (thésard).

Une partie du questionnaire a parfois été envoyée en amont afin de faciliter la prise de connaissance du questionnaire et de gagner du temps sur le reste de l'entretien. La partie sur la matrice de maturité et les questions relatives aux nouveaux modes de rémunération n'étaient, quant à elles, pas communiquées à l'avance.

Les entretiens sur site ont été menés par deux thésards de juillet 2017 au 8 décembre 2017 auprès de 28 MSP du Grand Est. Le questionnaire, notamment la partie sur la matrice de maturité était remis au leader ou au coordinateur lors de l'entretien. Le thésard lui posait les questions à voix haute et notait les réponses. La durée des entretiens variait entre 90 et 120 minutes, selon le nombre de dimensions de la matrice effectué par chaque structure et l'adhésion ou non au règlement arbitral.

Concernant les 40 MSP de Lorraine déjà étudiées, elles ont été contactées de juillet 2017 à mars 2018 de la même façon afin de compléter l'étude sur la partie des nouveaux modes de rémunération par un entretien téléphonique ou parfois en présentiel d'une durée de 20 à 40 min.

E. Analyse des données

Les données recueillies ont été intégrées dans un tableau à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

Afin d'anonymiser les informations de chaque questionnaire, un numéro de référence a été attribué à chaque MSP (de 1 à 68), les informations concernant le nom de la structure et le nom de la commune de la MSP n'ont également pas été retranscrites dans la base de données.

Cette base de données a ensuite été sauvegardée au Centre d'Investigation Clinique (CIC) du CHRU de Nancy afin de permettre, à moyen et long terme, des études de comparaison des résultats de la matrice.

L'analyse descriptive et comparative des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 25 d'IBM. Au niveau statistique, nous avions utilisé le test du Khi-2 et le test exact de Fisher.

3. RESULTATS

A. Analyse descriptive observationnelle des deux groupes

Voici deux tableaux résumant les données de l'analyse descriptive observationnelle comparative des deux groupes.

Tableau 1. Tableau comparatif observationnel des MSP du Grand Est adhérentes et celles non adhérentes aux nouveaux modes de rémunération. en pourcentage validé.

		Groupe Non Ra			Groupe RA		
		Effectifs	Nb. lignes (%)	Nb. colonnes (%)	Effectifs	Nb. lignes (%)	Nb. colonnes (%)
Effectifs totaux		**21**	30,9%		**47**	69,1%	
Région	Lorraine	**11**	24,4%	52,4%	**34**	75,6%	72,3%
	Alsace	**1**	14,3%	4,8%	**6**	85,7%	12,8%
	Champagne-Ardenne	**9**	56,3%	42,9%	**7**	43,8%	14,9%
nombre habitants	<2 000	**12**	34,3%	57,1%	**23**	65,7%	48,9%
	2 000-5 000	**7**	38,9%	33,3%	**11**	61,1%	23,4%
	5000-10 000	**1**	16,7%	4,8%	**5**	83,3%	10,6%
	>10 000	**1**	11,1%	4,8%	**8**	88,9%	17,0%
financement	prive	**1**	5,6%	4,8%	**17**	94,4%	36,2%
	mixte	**1**	100,0%	4,8%	**0**	0,0%	0,0%
	publique	**19**	38,8%	90,5%	**30**	61,2%	63,8%
formation leader	Non	**18**	36,7%	85,7%	**31**	63,3%	73,8%
	Oui	**3**	21,4%	14,3%	**11**	78,6%	26,2%
roulement inter-professionnel du leader	Non	**14**	29,2%	66,7%	**34**	70,8%	81,0%
	Oui	**7**	46,7%	33,3%	**8**	53,3%	19,0%
emploi coordinateur	Non	**20**	37,7%	95,2%	**33**	62,3%	70,2%
	Oui	**1**	6,7%	4,8%	**14**	93,3%	29,8%
présence IDE ASALEE	Non	**19**	34,5%	90,5%	**36**	65,5%	76,6%
	Oui	**2**	15,4%	9,5%	**11**	84,6%	23,4%

Equipes de management	Non	**19**	34,5%	90,5%	**36**	65,5%	78,3%
	Oui	**2**	16,7%	9,5%	**10**	83,3%	21,7%
MSU	Non	**7**	77,8%	33,3%	**2**	22,2%	4,3%
	Oui	**12**	21,1%	57,1%	**45**	78,9%	95,7%
	Ne sait pas	**2**	100,0%	9,5%	**0**	0,0%	0,0%
partage du secrétariat	Non	**15**	44,1%	83,3%	**19**	55,9%	41,3%
	Oui	**3**	10,0%	16,7%	**27**	90,0%	58,7%
activité de recherche ou de partenariat	Non	**19**	41,3%	90,5%	**27**	58,7%	57,4%
	Oui	**2**	9,1%	9,5%	**20**	90,9%	42,6%
logiciel commun pluri-professionnel	Non	**16**	32,7%	80,0%	**33**	67,3%	70,2%
	Oui	**4**	22,2%	20,0%	**14**	77,8%	29,8%
acte de télémédecine	Non	**20**	32,3%	100,0%	**42**	67,7%	91,3%
	Oui	**0**	0,0%	0,0%	**4**	100,0%	8,7%
réalisation RCP	Non	**15**	83,3%	71,4%	**3**	16,7%	6,4%
	Oui	**6**	12,0%	28,6%	**44**	88,0%	93,6%
réalisation protocoles	Non	**13**	72,2%	61,9%	**5**	27,8%	10,6%
	Oui	**8**	16,0%	38,1%	**42**	84,0%	89,4%
réalisation ETP	Non	**12**	42,9%	57,1%	**16**	57,1%	34,0%
	Oui	**9**	22,5%	42,9%	**31**	77,5%	66,0%
réalisation analyse des pratiques	Non	**18**	32,1%	90,0%	**38**	67,9%	80,9%
	Oui	**2**	18,2%	10,0%	**9**	81,8%	19,1%
réalisation démarche de qualité	Non	**21**	37,5%	100,0%	**35**	62,5%	74,5%
	Oui	**0**	0,0%	0,0%	**12**	100,0%	25,5%
utilisation de la matrice de maturité	Non	**21**	32,3%	100,0%	**44**	67,7%	93,6%
	Oui	**0**	0,0%	0,0%	**3**	100,0%	6,4%

Tableau 2. Tableau comparatif des MSP du Grand Est adhérentes et celles non adhérentes aux nouveaux modes de rémunération. Moyenne.

	Groupe Non RA				Groupe RA			
	Moyenne	Médiane	P-25	P-75	Moyenne	Médiane	P-25	P-75
Année validation ARS	2012	2013	2012	2014	2013	2013	2011	2015
Année de création	2013,10	2014	2012	2015	2008,87	2012	2007	2014
Age leader (année)	52,37	54,5	47,5	59	50,87	53,5	40	60
Exercice leader en nombre d'année	2,9	2	1,5	4	4,4	3,5	2,3	5,5
Fonction de leader: nombre jours/mois	1,71	1	0,5	2,5	3,17	2,5	2	4
Coordinateur nombre de jours/mois	1	0	0	0	6,8	4	2	9
Taille de l'équipe	13,73	14	11	16	18,07	17	13	22
Nombre de patients médecin traitant	2100	1600	1000	3000	3819	3600	2500	4750

Aucune association de patients n'était présente au sein de ces structures. Cependant 40,4% des structures RA en faisait leur futur projet et 9,5% des structures Non RA.

B. Matrice de Maturité : Analyse comparative des deux groupes

Nous avions réalisé plusieurs Khi-2 et test exact de Fisher afin d'évaluer les hypothèses sur les deux groupes concernant la matrice de maturité.

Ainsi, nous avions pris le parti de regrouper les réponses « NC » (Non Concerné) avec les « NON », afin d'avoir trois niveaux distincts de maturité. Etant donné que l'absence de réalisation ou la non réalisation pouvaient être considérées proches en terme de maturité. D'autant que certaines structures réalisaient certains critères de manières informelles.

« NC » signifiait donc que la structure ne réalisait pas la sous dimension concernée, notamment inclues dans les dimensions suivantes : **les RCP, les protocoles, l'éducation thérapeutique du patient (ETP), le plan personnalisé de santé (PPS), l'analyse de pratique et l'expérience des patients**.

Nous avions exclu les analyses des dimensions où les réponses « NC » étaient trop importantes (supérieur à 30%). Cela concernait : ETP (35,3%), PPS (88,2%), l'expérience des patients (79,4%) et l'analyse des pratiques (86,9%).

De plus 16,18% des structures étaient jeunes puisqu'elles avaient obtenu une validation de leur projet de santé en 2016-2017, donc peu matures pour réaliser certaines sous dimensions ou dimensions de la matrice.

Ainsi, sur **80** sous dimensions, **60** ont été analysées, **21** présentaient une association significative avec un risque **alpha inférieur à 0,05** et **39** ne présentaient pas d'association significative.

a. Axe 1 : Travail en équipe pluriprofessionnelle

Dimension : Réunion de Concertation pluriprofessionnelle :

Tableau 3. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur 1ère sous dimension: Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte rendu diffusé à tous. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	Non RA	Effectif	16	3	2	21
		Effectif théorique	6,2	8,3	6,5	21,0
		%	76,2%	14,3%	9,5%	100,0%
	RA	Effectif	4	24	19	47
		Effectif théorique	13,8	18,7	14,5	47,0
		%	8,5%	51,1%	40,4%	100,0%
Total		Effectif	20	27	21	68
		Effectif théorique	20,0	27,0	21,0	68,0
		%	29,4%	39,7%	30,9%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	32,03[a]	2	,000	,000
Test exact de Fisher	30,216			,000

Toutes les sous dimensions de la dimension « réunion de concertation pluriprofessionnelle » présentaient une association significative. Nous observions dans la première sous dimension que le groupe Non RA se situait plus dans les réponses « NON et NC » et le groupe RA dans les réponses « EN PARTIE » et « OUI ».

Les autres sous dimensions découlant de cette première sous dimension présentaient les mêmes caractéristiques (**Annexe 3**) avec un khi-2 ou pour certaines un test exact de Fisher inférieur à 5%, à savoir :

- *Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles (protocoles pluriprofessionnels) ;*
- *Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies ;*
- *Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature ;*
- *Un suivi des décisions est organisé.*

<u>Dimension : Protocoles pluriprofessionnels :</u>

Tableau 4. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la 1ère sous dimension: Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	Non RA	Effectif	12	8	1	21
		Effectif théorique	6,8	12,7	1,5	21,0
		%	57,1%	38,1%	4,8%	100,0%
	RA	Effectif	10	33	4	47
		Effectif théorique	15,2	28,3	3,5	47,0
		%	21,3%	70,2%	8,5%	100,0%
Total		Effectif	22	41	5	68
		Effectif théorique	22,0	41,0	5,0	68,0
		%	32,4%	60,3%	7,4%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	8,532[a]	2	,014	,014
Test exact de Fisher	8,037			,014

4 sous dimensions sur 5 de la dimension « protocoles pluriprofessionnels » comportaient une association significative, à savoir :

- *Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe* (**tableau 4)**;
- *Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés ;*
- *Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique ;*
- *Les protocoles sont régulièrement mis à jour.*

Nous observions que le groupe Non RA a répondu préférentiellement « Non et NC » et que le groupe RA a répondu préférentiellement « EN PARTIE ». Cette distribution était observée pour les autres sous dimensions sauf la dernière **(Annexe 3)**, *les protocoles sont régulièrement mis à jour*, pour qui le groupe RA a répondu préférentiellement « EN PARTIE » et « OUI ».

La sous dimension pour laquelle nous n'avions pas observé d'association significative était : *« une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique. »*

Dimensions : Coordination avec les autres acteurs du territoire et Dynamique d'équipe :

Toutes les sous dimensions de ces dimensions ne présentaient pas d'association significative, les distributions étaient proches entre les deux groupes (**Annexe 3**).

b. Axe 2 : Système d'information

Dimension Partage des données :

Tableau 5. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la 1ère sous dimension : L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON	EN PARTIE	OUI	Total
	Non RA	Effectif	4	5	12	21
		Effectif théorique	1,5	4,3	15,1	21
		%	19,00%	23,80%	57,10%	100,00%
	RA	Effectif	1	9	37	47
		Effectif théorique	3,5	9,7	33,9	47
		%	2,10%	19,10%	78,70%	100,00%
Total		Effectif	5	14	49	68
		Effectif théorique	5	14	49	68
		%	7,40%	20,60%	72,10%	100,00%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	6,742[a]	2	,034	,030
Test exact de Fisher	6,121			,039

3 sous dimensions sur 5 présentaient une association significative dont celle du **tableau 5**.

Nous avons observé que le groupe Non RA était plutôt dans la catégorie « NON » et le groupe RA dans la catégorie « OUI ».

Les deux autres sous dimensions étaient :

- *Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier*. La distribution du groupe Non RA était préférentiellement en « NON et NC » et « EN PARTIE », la distribution du groupe RA était préférentiellement en « OUI » ;
- *Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe*. La distribution du groupe Non RA était préférentiellement en « NON et NC », la distribution du groupe RA était préférentiellement « EN PARTIE » et « OUI ».

2 sous dimensions ne présentaient pas d'association significative, à savoir :

- *L'équipe échange des données par messagerie sécurisée*. 66,2% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, plan personnalisé de santé [PPS]).* 55,9 % des structures ont répondu « OUI » à cette question.

<u>Dimension Gestion des données cliniques :</u>

Tableau 6. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la 1ère sous dimension : L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification). Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	NON RA	Effectif	14	2	4	20
		Effectif théorique	7,8	7,5	4,8	20,0
		%	70,0%	10,0%	20,0%	100,0%
	RA	Effectif	12	23	12	47
		Effectif théorique	18,2	17,5	11,2	47,0
		%	25,5%	48,9%	25,5%	100,0%
Total		Effectif	26	25	16	67
		Effectif théorique	26,0	25,0	16,0	67,0
		%	38,8%	37,3%	23,9%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	13,029[a]	2	,001	,001
Test exact de Fisher	13,016			,001

2 sous dimensions sur 5 présentaient une association significative dont celle du **tableau 6**. Nous avons observé que l'effectif du groupe Non RA était préférentiellement dans la réponse « NON et NC », l'effectif du groupe RA était préférentiellement dans la réponse « EN PARTIE ».

L'autre sous dimension était « *La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite* », la distribution de l'effectif Non RA était

préférentiellement dans la réponse « NON » et celui RA dans la réponse « EN PARTIE » et « OUI ».

3 dimensions ne présentaient pas d'association significative, à savoir :

- *La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite*. 89,7% des structures ont répondu « OUI » à cette question ;
- *La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite.* 66,2% des structures ont répondu « OUI » à cette question ;
- *Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage).* 72,1% des structures ont répondu « OUI » à cette question.

c. Axe 3 : Projet de santé et accès aux soins

Dimensions projet de santé de l'équipe et accès aux soins :

Aucune sous dimension de ces deux dimensions ne présentait d'association significative, les distributions étaient proches entre les deux groupes (**Annexe 3**).

Dimension Continuité des soins :

Tableau 7. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la sous dimension : Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	NON RA	Effectif	11	1	9	21
		Effectif théorique	6,2	2,2	12,7	21,0
		%	52,4%	4,8%	42,9%	100,0%
	RA	Effectif	9	6	32	47
		Effectif théorique	13,8	4,8	28,3	47,0
		%	19,1%	12,8%	68,1%	100,0%
Total		Effectif	20	7	41	68
		Effectif théorique	20,0	7,0	41,0	68,0
		%	29,4%	10,3%	60,3%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	7,886[a]	2	,019	,018
Test exact de Fisher	7,221			,018

3 sous dimensions sur 5 présentaient une association significative dont celle du **tableau 7**.

Nous avons observé que les réponses du groupe Non RA étaient préférentiellement « NON et NC », et celles du groupe RA préférentiellement « EN PARTIE » ET « OUI ».

Les deux autres sous dimensions étaient :

- *La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée* avec une distribution des réponses « EN PARTIE » pour le groupe Non RA et « OUI » pour le groupe RA ;
- *La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies)* avec une distribution des réponses « EN PARTIE » pour le groupe Non RA et « OUI » pour le groupe RA.

2 sous dimensions ne présentaient pas d'association significative, à savoir,

- *La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée.* 89,7% des structures ont répondu « OUI » à cette question ;
- *Les modalités d'accès aux soins de second recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.* 83,8% des structures ont répondu « OUI » à cette question.

<u>Dimension Gestion du projet de santé de l'équipe :</u>

Tableau 8. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la sous Dimension : Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	NON RA	Effectif	7	4	10	21
		Effectif théorique	2,5	3,4	15,1	21,0
		%	33,3%	19,0%	47,6%	100,0%
	RA	Effectif	1	7	39	47
		Effectif théorique	5,5	7,6	33,9	47,0
		%	2,1%	14,9%	83,0%	100,0%
Total		Effectif	8	11	49	68
		Effectif théorique	8,0	11,0	49,0	68,0
		%	11,8%	16,2%	72,1%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	14,687[a]	2	,001	,001
Test exact de Fisher	13,394			,000

3 sous dimensions sur 5 présentaient une association significative dont celle du **tableau 8.**

Nous avons observé une répartition préférentiellement des réponses « NON et NC » pour le groupe Non RA et « OUI » pour le groupe RA. Pour les deux autres dimensions, les réponses du groupe Non RA étaient préférentiellement « NON » et celles du groupe RA étaient « EN PARTIE » et « OUI ».

Les deux autres sous dimensions étaient :

- *Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur) ;*

- *Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités.*

2 sous dimensions ne présentaient pas d'association significative, à savoir ;

- *Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel*. 88,2% des structures ont répondu « OUI » à cette question.
- *Un suivi formalisé des décisions est organisé.* 61,76% des structures ont répondu « OUI » à cette question.

d. Axe 4 : Implication des patients

Dimensions information des patients et soutien aux aidants.

Tableau 9. Comparaison des réponses des groupes RA et non RA sur la 3ème sous dimension : les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé. Matrice de Maturité HAS**.**

			NON et NC	EN PARTIE	OUI	Total
	NON RA	Effectif	9	3	9	21
		Effectif théorique	4,3	4,3	12,4	21,0
		%	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
	RA	Effectif	5	11	31	47
		Effectif théorique	9,7	9,7	27,6	47,0
		%	10,6%	23,4%	66,0%	100,0%
Total		Effectif	14	14	40	68
		Effectif théorique	14,0	14,0	40,0	68,0
		%	20,6%	20,6%	58,8%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)
khi-carré de Pearson	9,221[a]	2	,010	,012
Test exact de Fisher	8,361			,018

Une seule des 10 sous dimensions présentait une association significative, celle du **tableau 9**. Les réponses du groupe Non RA étaient préférentiellement « NON et NC » et celles du groupe RA préférentiellement « EN PARTIE » et « OUI ».

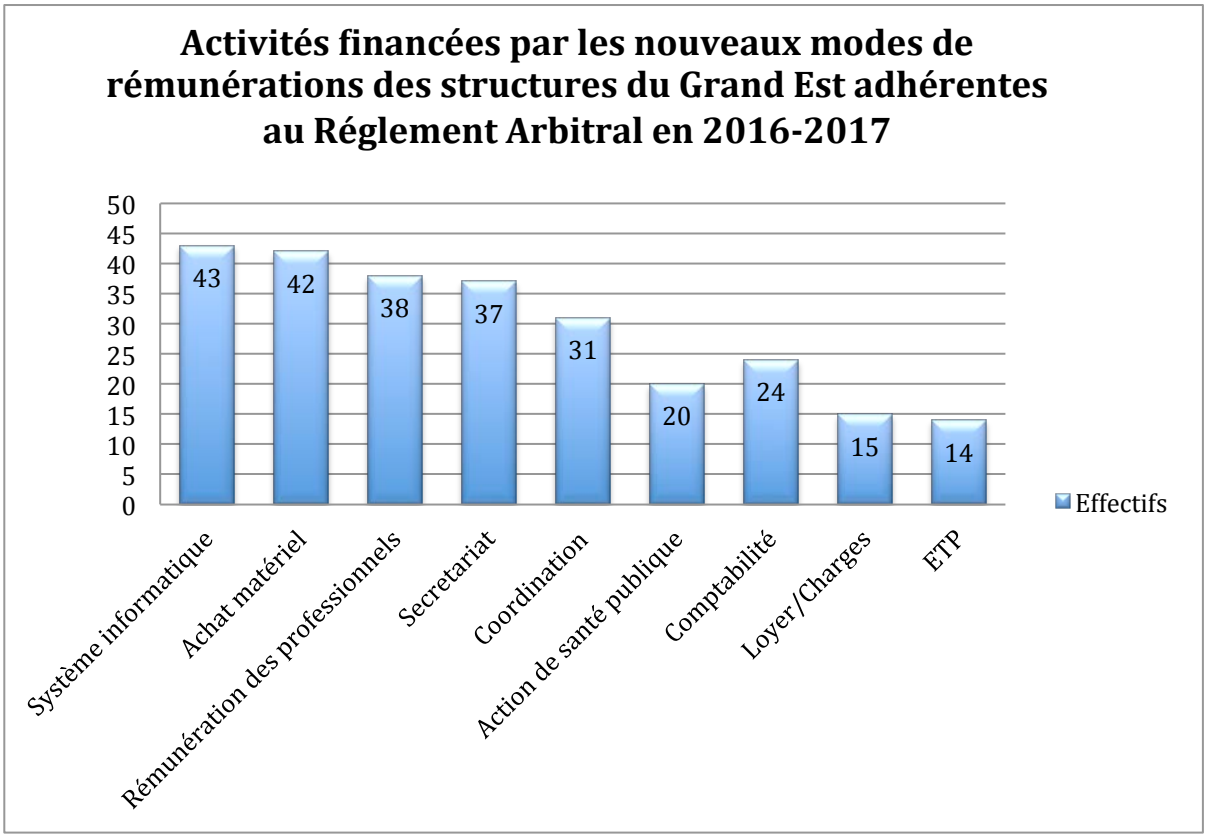
9 sous dimensions ne présentaient pas d'association significative. à savoir :

- *Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).* 44,1% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *Cette information est remise aux patients lors des consultations.* 47,1% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.* 67,6% des structures ont répondu « OUI » à cette question ;
- *La compréhension des messages délivrés est évaluée.* 79,4% des structures ont répondu « NON » à cette question ;

- *Une évaluation des besoins des aidants est organisée.* 55,9% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible.* 54,4% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.* 39,7% des structures ont répondu « NON » à cette question ;
- *Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.* 66,2% des structures ont répondu NON à cette question ;
- *Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée.* 92,6% des structures. ont répondu « NON ».

C. Le Règlement arbitral

Concernant les structures RA du Grand Est, la durée moyenne de l'adhésion aux nouveaux modes de rémunération était de **28,72 mois** et le montant perçu en 2016 avait une médiane comprise entre **30 000 et 35 000 euros**.



Graphique 1. Activités financées par les nouveaux modes de rémunérations des 47 structures du Grand Est adhérentes au règlement Arbitral en 2016-2017.

L'utilisation des nouveaux modes de rémunération était propre à chaque structure et concernait plusieurs domaines. Le principal était le **système informatique** (91,5%) , venait juste après **l'achat de matériel** (89,4%), ensuite la **rémunération des professionnels** de santé (80,9%) avec un système à point de manière prédominante, le **secrétariat** (78,7%), la **coordination** (66%), les **actions de santé publique** (51,3%), la **comptabilité** (51,1%). Le **loyer** ou les charges n'étaient concernés que pour 38,5% des structures et enfin l'**ETP** pour 29,8% des structures.

4. DISCUSSION

A. Les limites de l'étude

a. Les Structures étudiées

L'ensemble des MSP du Grand Est n'a pas été étudié pour de nombreuses raisons. 10 ont été exclues dont 2 parce qu'il n'y avait plus de médecin dans la structure, nous n'avions pas obtenu de réponses pour 6 structures malgré les nombreuses relances (mails et messages téléphoniques) et 8 ont refusé de répondre principalement par manque de temps. Il serait intéressant de comprendre le fonctionnement de ces structures et leurs difficultés puisque l'exercice en MSP est sensé améliorer l'exercice des professionnels et ainsi leur dégager du temps.

Le taux de participation était de **83%** (68/82) pour notre étude.

Nous avons voulu comparer les deux groupes sur l'ensemble du Grand Est et non seulement la Lorraine afin d'avoir une taille d'échantillon plus importante dans l'objectif de montrer l'existence des différences entre les deux groupes si elles existaient.

Certaines MSP avaient validé récemment leur projet de santé, 11 en 2016-2017 soit 16,18%, leurs organisations n'étaient donc pas encore totalement efficientes et cela pouvait entraîner un manque de maturité.

b. Le recueil des données

Le recueil des données s'est fait sur le site de chaque MSP et les réponses déclaratives étaient notées par l'investigateur. Ces réponses pouvaient donc entraîner un biais du fait de la subjectivité du déclarant. De plus, au vu du territoire et du questionnaire utilisé, la base de données a été constituée par trois investigateurs différents qui s'étaient appliqués à utiliser le même processus avec un entretien individuel sur site et une retranscription des réponses sans influencer le déclarant. Un biais de mesure ne peut cependant pas être exclu totalement.

c. Méthodologie : La Matrice de maturité

La matrice de maturité est un **outil d'évaluation formative** et non sommative de la maturité s'inscrivant dans une **démarche qualité**, complexe et peu connu des professionnels de santé en MSP. Seulement trois structures l'avaient déjà utilisée et c'était sous l'impulsion principalement d'un coordinateur.

La méthodologie adéquate de la matrice comme elle a été construite est de confronter l'ensemble de l'équipe à cet outil, d'en réaliser un diagnostic suivi d'une réflexion de groupe afin de convenir ensemble d'objectifs à atteindre pour améliorer sa maturité. Cela aurait été trop long et complexe d'interroger l'ensemble des professionnels des différentes structures.

De part la méconnaissance de la matrice, mais également de part la matrice en elle même, il était parfois difficile de comprendre l'intitulé de la question pour les leaders, influençant leur réponse. Ce d'autant que la limite entre « NON » et « EN PARTIE » était parfois floue pour certains leaders.

A titre d'exemple, « les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités ». Il fallait comprendre que les rôles étaient clairement explicités dans le projet de santé mais également en réunion de concertation et dans les protocoles de soins.

Il était également frustrant pour certains leaders de répondre « NON » car l'élément n'était pas intégré stricto sensu dans la pratique, notamment la formalisation de l'activité, mais elle était cependant réalisée.

Enfin, trois degrés de maturité pouvaient sembler limitant comme évaluation du niveau de maturité, surtout lorsque l'on comparait la matrice de maturité à d'autres outils comme l'IFP-MM qui comprenait pour celle-ci six degrés de maturité.

d. Les facteurs confusionnels

Nous avons pu observer d'après les **tableaux 1 et 2**, une disparité des caractéristiques entre les deux groupes pouvant conduire à des biais confusionnels, à savoir :

- la **taille différente des groupes** avec un groupe Non RA représentant 30% des structures ;
- La **particularité géographique** des deux groupes (les structures alsaciennes étaient presque exclusivement au RA et une majorité des structures de Champagne-Ardenne était dans le groupe Non RA) ;
- La **taille de l'équipe** et de **la patientèle** étaient plus importantes pour le groupe RA (**18,07** professionnels versus **13,73** et **3 819** patients médecin traitant versus **2 100. (Tableau 2)**) ;
- **L'ancienneté des structures** (une médiane en 2012 pour le groupe RA versus 2014 pour le groupe Non RA. **(Tableau 2)**) ;
- Le **profil différent du leader** (âge : **52,37** pour le groupe Non RA et **50,87** ans pour le groupe RA en moyenne, nombre d'années d'exercice de l'activité de leader en moyenne **2,9** ans pour le groupe Non RA versus **4,4** ans pour le groupe RA, la formation en qualité de leader presque deux fois plus dans le groupe RA, temps dédié à la qualité de leader à savoir **1,71** journées sur le mois en moyenne pour le groupe Non RA versus **3,17** pour le groupe RA. **(Tableau 2)**) ;

- **L'emploi d'une coordinatrice** ou coordinateur au sein de la structure et son temps d'activité à cette fonction. (**14** structures RA disposent d'une coordinatrice versus **1** structure Non RA. **(Tableau 1)**) ;
- La **réalisation préalable** d'une démarche qualité prépondérante pour le groupe RA et de la matrice de maturité (**12** structures RA ont réalisé une démarche qualité et aucune Non RA ; **3** structures RA ont utilisé la matrice de maturité et aucune Non RA. **(Tableau 1)**).

B. La transformation des pratiques par les nouveaux modes de rémunération

L'objectif de cette étude était de montrer l'existence de différences en terme de maturité entre les structures adhérentes aux nouveaux modes de rémunération et celles non adhérentes en utilisant la matrice de maturité de la HAS.

Nous avons pu constater qu'il existait une association significative pour **21 sous dimensions** de la matrice sur 60 analysées.

Cette association montrait un degré de maturité supérieur pour le groupe RA par rapport au groupe Non RA pour ces 21 sous dimensions.

Ainsi :

- **l'Axe 1** : Travail en équipe pluriprofessionnel comportait **9** associations significatives sur 20 analysées, surtout au niveau des réunions de concertation pluriprofessionnelles et des protocoles pluriprofessionnels ;
- **L'Axe 2** : Système d'information comportait **5** associations significatives sur 10 analysées ;
- **L'Axe 3** : Projet de santé et accès aux soins comportait **6** associations significatives sur 20 analysées, notamment sur la continuité des soins et la gestion du projet de santé de l'équipe ;
- **L'Axe 4** : Implication des patients comportait **1** association significative sur 10 analysées.

Nous ne pouvons pas établir un impact des nouveaux modes de rémunération sur ces résultats significatifs car nous n'avons pas d'observation antérieure. Cependant nous pouvons supposer un lien entre rémunération et degré de maturité au vu des associations significatives retrouvées avec d'une part les **critères du RA** (**Annexe 5**) et d'autre part la **distribution des nouveaux modes de rémunération** dans les activités des structures (**Graphique 1**). **L'emploi d'un coordinateur,** directement lié aux critères et à l'utilisation des NMR, impactait fortement la gestion de la structure et le développement du projet de santé.

En effet, les critères **socles**, nécessaires et indispensables pour bénéficier des nouveaux modes de rémunérations, sont : les protocoles pluriprofessionnels, les réunions de concertation pluriprofessionnelles, la fonction de coordination, le système d'information, l'amplitude horaire de la structure et l'accès aux soins non programmés.

Cela favorise donc la transformation des pratiques et de l'organisation des structures conduisant à une plus grande maturité. L'étude de C. Fournier avait montré que le dispositif

des ENMR avait favorisé une plus grande créativité des actions pluriprofessionnelles en remobilisant les professionnels concernés et en soutenant leur motivation (14).

Au niveau de l'utilisation de ces nouveaux modes de rémunération, la principale activité était le système informatique (91,5% des structures), suivi de l'achat de matériel (89,4%) surtout destiné à l'achat informatique, puis la rémunération des professionnels de santé (80,9%) dont la rémunération intervient notamment dans la présence aux RCP, d'ailleurs une autre thèse sur les RCP en maisons de santé du Grand Est a montré que 36 MSP sur 47 rémunéraient les professionnels de santé sur la participation à ces dernières (15).

Enfin le secrétariat (78,7% des structures) et la coordination (66%) permettant grandement d'améliorer l'organisation des soins de la structure, ainsi que l'organisation interne et administratif et enfin la gestion du projet de santé.

La thèse de S. Marchal confirmait cela au niveau Lorrain, avec une partie de l'activité du secrétariat dédiée à la coordination : *« l'organisation et la convocation des professionnels aux réunions de coordination, la saisie des comptes rendus et leurs diffusions, l'enrichissement du dossier patient.» (13).*

Peu d'études concernant les MSP ont été réalisées dans le cadre d'une démarche qualité et notamment avec la matrice de maturité. Une étude en octobre 2014 s'était intéressée à la MSP universitaire de Coulommiers en Seine et Marne, ouverte en mai 2012, bénéficiant depuis peu des ENMR (16). Les résultats obtenus étaient légèrement différents, probablement secondaires à sa création récente, notamment sur l'absence de coordination ; l'absence formalisée de réunions pluriprofessionnelles ; l'absence de connaissances des protocoles ; une dimension « partage des données » moins développées que celles du Grand Est ; une ETP développée avec un financement ARS. Le logiciel n'était pas commun à tous les professionnels et les médecins se plaignaient d'un manque de formation. Certains freins ont été identifiés, « *l'équipe doit faire face à des freins, tels que le manque de temps, de motivation individuelle de certains acteurs, ainsi que le manque de moyens, y compris financiers*. ». Ces remarques étaient aussi largement exprimées par les structures RA et Non RA de notre étude.

Une étude d'O. Marchand s'était intéressée pour une partie au fonctionnement de 35 MSP de la région Rhône-Alpes en 2013, avant le Règlement Arbitral, en utilisant un questionnaire construit par le département de médecine générale (17).

« *Les mécanismes de coopération interprofessionnelle apparaissent diversement développés selon les MSP. Dans certains cas, la MSP peut apparaître comme une simple juxtaposition de professionnels de santé dans un même lieu. Dans d'autres, des mécanismes formels de coopération comme les réunions de concertation pluridisciplinaires pour coordonner la prise en charge de certains patients, des dossiers partagés ou des consultations conjointes sont présents.* » Il proposait de suivre l'évolution de fonctionnement dans le temps de ces MSP avec la matrice de maturité. A notre connaissance cela n'a pas encore été réalisé.

Une étude nationale par l'IRDES doit prochainement être réalisée sous la forme d'une campagne d'évaluation dans le cadre de l'ACI.

C. Une absence de maturité dans certaines dimensions

Plusieurs dimensions de la matrice n'ont pas été analysées parce qu'elles n'étaient pas suffisamment réalisées par les structures du Grand Est.

Il y avait, **l'analyse des pratiques**, le **plan personnalisé de santé**, l'**ETP** et la **prise en compte de l'expérience des patients**.

Certaines structures (11/68) réalisaient des **analyses de pratiques** souvent par groupes de pairs, c'est à dire entre médecins, non de manière pluriprofessionnelle et n'étaient pas formalisées. Certains freins existaient et il serait intéressant de les identifier, de les comprendre et de les solutionner. Cette démarche d'analyse des pratiques est importante, notamment dans une démarche qualité afin d'améliorer la qualité de la pratique et donc la qualité des soins. La recertification des médecins en France est actuellement en cours de discussion et de réflexion avec la mise en place d'un comité de pilotage, cette recertification sera obligatoire pour les praticiens issus de la réforme du 3ème cycle des études médicales et sur la base du volontariat pour ceux en exercice. Elle devrait s'entendre comme un processus de « certification et de valorisation périodique » des compétences permettant à chaque médecin d'orienter son parcours professionnel (18).

Le **plan personnalisé de santé** concernait 8 structures seulement en Lorraine puisque cette dernière bénéficie du PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie), parcours de santé des aînés de plus de 75 ans dans l'objectif de préserver leur autonomie, à la différence de la Champagne-Ardenne et de l'Alsace. Ce dispositif nécessiterait d'être mieux connu des professionnels de santé et devrait s'émanciper prochainement à toutes les régions (19).

L'**ETP** était réalisée dans 58,82% structures. Le manque de temps, de moyens humains, financiers et matériels conditionnaient la réalisation d'ETP dans les structures. L'ETP faisait parti des ENMR avec le module 2 mais a disparu dans le Règlement Arbitral, différents financements sont possibles dont le FIR via l'ARS. De nombreuses structures réalisaient l'ETP avec le réseau ASALEE, extérieur à la structure. Très peu réalisaient elles mêmes l'ETP au sein des MSP, délégant ainsi l'ETP au réseau. D'ailleurs de nombreuses ressources extérieures aux MSP permettent l'ETP (programmes hospitaliers, réseaux de soins), pouvant travailler de manière coordonnée. Mais l'étude de C. Fournier a montré que *« les approches préventives et éducatives représentent bien un promoteur de la démarche pluriprofessionnelle et un catalyseur de transformations dans la pratique collective qui peut retentir sur la pratique individuelle de chaque soignant. Mais, l'ampleur de l'offre proposée dans une MSP dépend essentiellement des ressources disponibles et des choix des professionnels.»* (4). La formation de toute l'équipe à l'élaboration d'un programme d'ETP et à sa pratique permet d'impliquer les paramédicaux créant une dynamique collective importante (14).

L'implication des patients est la dernière dimension très peu développée dans les structures du Grand Est. Il n'y avait aucune présence d'association de patients, mais 21 structures l'envisageaient. D'après une autre thèse concernant les RCP en Lorraine, les usagers ne sont quasiment pas présents (de manière « parfois » dans 7,4% des structures)(15).

La place et l'implication du patient devraient évoluer au sein des MSP, notamment avec la mise en place d'un nouveau critère de l'ACI (**Annexe 6**) concernant la mise en place d'un questionnaire de satisfaction des usagers et d'adaptations au regard des besoins identifiés.

La maison de santé de St Claude à Besançon avait facilité la création d'un comité de représentants d'usagers suite au besoin d'améliorer l'adhésion des patients à la prévention (20). Quatre thématiques communes s'étaient dégagées : le **maintien à domicile** des personnes âgées, la gestion des **consultations non programmées** dans la MSP, la **prévention** et l'**information**. À l'heure où l'organisation des soins primaires en France est devenue un élément structurant de la politique de santé, l'implication de citoyens, usagers de la santé, paraît primordiale.

La Belgique donne une part importante à la participation des usagers. Elle était un aspect fondamental du projet, repris ensuite dans la charte des maisons médicales.

Le soutien des aidants était la dimension qui comportait le plus de réponses « NON ». Cet élément n'était que trop peu intégré à la pratique des structures. Il nécessiterait d'être développée pour un meilleur accompagnement des personnes dépendantes et également des aidants, élément essentiel du **maintien à domicile**. De même, le **domaine médico-social** mérite d'être présent au sein même des structures ou en développant des liens externes afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

D. Enseignements et Perspectives

a. « Une bonne structure augmente la probabilité d'une bonne méthode et une bonne méthode augmente la probabilité d'un bon résultat. » Avedis Donabedian

Il serait intéressant de réaliser de nouveau cette étude d'ici 3 à 4 ans afin de **suivre l'évolution de la maturité** des MSP du Grand Est. De plus certaines MSP récentes se sont construites et basées sur les nouveaux modes de rémunération, il sera particulièrement intéressant de suivre leur progression de maturité.

Cette étude a permis aux leaders de prendre connaissance de la matrice de maturité. A eux, mais surtout à toute l'équipe pluriprofessionnelle, de se l'approprier comme un outil afin d'instaurer une démarche qualité. Le but est d'impliquer **l'ensemble de l'équipe** dans le processus. Elle peut être abordée de façon progressive en choisissant un des quatre axes à étudier selon les préférences. Une **réévaluation annuelle** voire biannuelle permettrait d'apprécier le niveau de progression et de maturité de la structure.

Une autre étude intéressante, serait la réalisation du **questionnaire de satisfaction** de la matrice en soins primaires afin de savoir si l'outil est adapté aux structures du Grand Est (21). En effet, nous avons vu que trois degrés de maturité étaient parfois limitant et que les questions ne correspondaient pas à toutes les structures et à leur organisation. Enfin, certaines questions sur le système d'information doivent être modifiées au vu de l'évolution technique des logiciels actuels. Cette évaluation permettrait ainsi de faire évoluer cet outil de démarche qualité.

D'autres outils, plus simples, existent et peuvent être utilisés comme l'auto-questionnaire de l'étude COMACS (22-24) ou une version flash, simplifiée de la matrice de

maturité réalisée par l'association des pôles et maisons de santé des pays de la Loire (APMSL) afin de développer cette démarche qualité au sein des MSP des pays de la Loire.

La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) avait lancé en 2015 un projet porté par sa dynamique « MSP Qualité » avec l'intervention de **facilitateurs** de niveau 2, professionnels de santé extérieurs aux structures afin d'aider les équipes déjà constituées dans l'atteinte des objectifs et l'amélioration de leur organisation. Ces facilitateurs ont suivi une formation par des spécialistes de l' Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP). Ils ont pu identifier plusieurs points d'intervention notamment, **l'appui méthodologique** pour s'inscrire dans la démarche qualité, le soutien à la **dynamique d'équipe**, la **gestion des conflits**. L'une des premières actions était d'instaurer des fonctions de coordination aux structures qui n'en avaient pas. Ils apportaient des outils dont la matrice de maturité en soins primaires et la double pyramide de Jean-Louis Corréia (**Annexe 4**) afin d'apporter des réponses progressives, puis la mise en place d'indicateurs (25).

La FFMPS réfléchit également sur une labélisation qualité des maisons de santé afin de valoriser les démarches qualité menées par les équipes sur des bases qualitatives et non quantitatives dans le but d'améliorer l'offre de soins, la qualité des soins et de progresser dans l'atteinte des objectifs de l'ACI.

Ainsi il convient d'établir une approche stratégique au développement des MSP puisque l'amélioration de la structure et une organisation mieux intégrée et plus performante, impactent sur la coopération et l'amélioration des activités et des pratiques (26).

Afin de pratiquer une gestion stratégique, il faut les conditions suivantes :

- Une **gouvernance** disposant d'une légitimité nécessaire pour prendre les décisions ;
- Des **compétences relationnelles** avec des échanges fréquents et de la proximité ;
- Des **observations réalisées**, comme une meilleure connaissance de la population d'usagers.
- S'adapter aux acteurs en élaborant des solutions répondant à leurs problèmes propres, tout en contribuant à faire progresser la **cohérence**, la **cohésion** et l'**efficience** de la maison de santé.

Pour cela, la formation des professionnels est indispensable. Une formation spécifique, transversale, incluant un **module de management** afin de développer la conduite du changement, préalablement nécessaire pour dépasser les résistances culturelles au travail pluriprofessionnel (14,26). Il faudrait également favoriser la rencontre et la formation pluriprofessionnelle des **étudiants** des différentes professions de santé dans ces structures et dans les universités afin d'initier le travail en équipe pluriprofessionnelle dès la formation initiale.

Cette **démarche qualité** et cette **approche stratégique** au sein des MSP conduiraient idéalement à développer et à améliorer en plus de l'accessibilité des soins, les **dix critères de qualité des soins primaires** proposés par Crossland et al à savoir : **une approche centrée patient**, le **leadership**, la **motivation** et les **récompenses de l'équipe**, la **gouvernance clinique**, **l'équipe pluriprofessionnelle**, la **communication**, la **formation**, les **processus d'amélioration**, les **indicateurs de performance** et la **gestion de l'information** (27).

b. Hétérogénéité des MSP, des différences de maturité ou des différences organisationnelles ?

Nous avons pu constater des différences significatives entre les deux groupes sur différentes sous dimensions, avec un degré de maturité supérieur pour le groupe RA par rapport au groupe Non RA. Une **étude multivariée** serait également intéressante pour évaluer les liens au sein de la matrice.

Il serait intéressant d'évaluer si des **sous groupes** existent et se différencient au sein même des deux groupes et notamment au sein des structures RA avec des degrés de **structurations organisationnelles différentes** en fonction de leurs caractéristiques comme l'avait montrée une série de recherche, effectuée par l'IRDES entre 2009 et 2012 sur les ENMR dans le cadre du projet recherche Prospere (28-33).

Au niveau des soins, l'évaluation de la performance des MSP dans le cadre des ENMR a montré que le regroupement pluriprofessionel des soins primaires était à l'origine d'une amélioration des soins et services rendus ambulatoires, notamment en terme de prévention contre le cancer du sein, des risques iatrogéniques et le suivi des patients diabétiques. L'impact des ENMR n'a pas été démontré car les différences observées préexistaient avant l'entrée dans les ENMR. Cependant, plus la maison de santé est récente, intégrée, avec un fonctionnement plus coordonné et plus coopératif et plus les résultats sont positifs en terme d'efficience, de qualité des pratiques et de soins.

c. Le choc culturel des nouveaux modes de rémunération

Les nouveaux modes de rémunération sont-ils suffisants pour transformer les soins primaires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ?

Nous avons vu que malgré un **apport financier limité** (environ 2 à 5% du chiffre d'affaires global de chaque MSP), les nouveaux modes de rémunération ont favorisé la mise en place de nouvelles activités (protocoles, réunion de concertation pluriprofessionnelle, dossier partagé). Ils ont favorisé le travail pluriprofessionnel en créant une **dynamique de groupe**, une **intelligence collective** autour d'un projet de santé construit et réfléchit ensemble. Ils ont favorisé le regroupement de certains professionnels de santé et ont permis d'associer les **diététiciens** et **psychologues** dépourvus de nomenclature.

Un des objectifs de l'ARS Grand Est est de faire adhérer un maximum de structures afin d'améliorer la structuration, d'autant que le projet de santé se base en partie sur les caractéristiques de l'ACI.

Cependant, nous avons vu que toutes les dimensions n'étaient pas réalisées par les structures au RA et qu'il conviendrait dans une autre étude de mettre en lumière les **difficultés rencontrées** vis à vis des nouveaux modes de rémunération et les **solutions** à envisager.

En parallèle, concernant les structures Non RA, comprendre les **freins** à leur volonté de ne pas adhérer aux nouveaux modes de rémunération et dégager des **leviers**, d'autant que l'objectif du gouvernement et d'avoir 100 % des structures adhérentes à l'ACI (11).

Les nouveaux modes de rémunération favorisent le travail pluriprofessionnel et en équipe, à l'inverse du paiement à l'acte. D'autres types de rémunération existent comme la capitation, utilisée comme au Canada avec le Family Health Team (FHT) adoptant la notion d'inscriptions des patients, offrant un potentiel intéressant pour intégrer un mode de rémunération mixte (34).

Aux Etats Unis, s'est développé les Accountable Care Organizations (ACO) , *ainsi chaque assureur, public ou privé, peut contracter avec des structures d'offres de soins souhaitant se regrouper au sein d'une même organisation et se doter d'une gouvernance commune pour atteindre des objectifs de qualité et des objectifs financiers communs*.

Ces expérimentations pourraient donc ouvrir des perspectives en France dans le contexte de poursuite de la politique de soutien aux structures pluriprofessionnelles en soins de premiers recours (35).

Des réflexions doivent avoir lieu car le paiement collectif détermine **la dynamique d'innovation** et c'est en jouant sur l'équilibre entre paiement forfaitaire collectif et paiement individuel que **l'extension du travail pluriprofessionnel** peut être envisagée.

Les MSP sont des lieux et des outils d'innovation, où de nouveaux projets et de nouvelles pratiques vont émerger, notamment en matière de **prévention**, **d'éducation thérapeutique**, de **formation**, de **recherche** et pourquoi pas le développement de la **télémédecine**.

Ainsi, les MSP pourront se servir de **l'article 51** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 dans le but d'expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits, permettant de **décloisonner le système de santé français** et **d'inciter à la coopération** entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficience et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins (36).

Les MSP deviennent des **interlocutrices** visibles participant à la régulation territoriale des soins primaires, on pourrait imaginer dans un futur proche qu'elles puissent réaliser de manière autonome des contrats de soins avec les différents acteurs du territoire en développant des politiques de soins au plus près de la population avec des objectifs précis et spécifiques.

E. Conclusion

Cette étude a montré une **maturité supérieure** des MSP du Grand Est adhérentes aux nouveaux modes de rémunération par rapport à celles non adhérentes concernant les

réunions de concertation pluriprofessionnelles, les protocoles pluriprofessionnels, le système d'information, la continuité des soins et la gestion du projet de santé.

Cela s'explique en partie d'une part avec **le RA** permettant d'obtenir un financement en développant les sous dimensions énoncées précédemment (**Annexe 5**). Et d'autre part avec **la gestion financière** (**Graphique 1**) de ces nouveaux modes de rémunérations. En effet, les structures investissaient la somme perçue dans le **système d'informatique** ; la **rémunération des professionnels** de santé liée à leur présence en réunions et à leur implication dans les actions du projet de santé ; la **coordination** avec un secrétariat avancé ou avec **l'emploi d'un coordinateur** et enfin dans les **actions de santé publique**.

Le développement des MSP et les nouveaux modes de rémunérations ont provoqué un choc culturel dans le paysage de la santé française conduisant à une transformation des pratiques avec un exercice coordonné, regroupé, pluriprofessionnel permettant une amélioration de la qualité des soins.

L'exercice en MSP est une des solutions se situant aux croisements des problématiques de la **démographie médicale** dans certains secteurs, **d'accès aux soins**, de **vieillissement** de la population et aux **aspirations** des jeunes médecins. L'inclusion des NMR favorisent une plus grande créativité et mobilisent davantage les professionnels de santé, notamment en apportant une reconnaissance supplémentaire aux paramédicaux. Les NMR nécessitent des compétences nouvelles et nécessaires comme le **management** et **l'approche stratégique** afin d'instaurer une **démarche qualité** dans le but d'obtenir une organisation mieux structurée afin d'améliorer la qualité des soins et de permettre à la MSP d'être un acteur des soins primaires sur le territoire. Les MSP devront développer leurs **liens extérieurs**, notamment **ville-hôpital** afin d'optimiser le parcours de soins des patients au sein du territoire.

Nous avons vu que des éléments nécessitaient d'être développés et intégrés dans la pratique au sein de la MSP, notamment **l'analyse des pratiques**, le **plan personnalisé de santé**, l'**ETP**, **l'implication des patients, le soutien aux aidants**. Ainsi la maturité des structures RA doit être améliorée et développée.

Mais pour cela, il faudrait également comprendre les freins et les difficultés des structures afin de proposer des leviers efficaces.

De plus, l'analyse des structures non adhérentes est nécessaire afin de comprendre les raisons de leur non adhésion aux NMR d'autant que la volonté politique est d'obtenir l'adhésion à 100%.

Enfin, il serait intéressant d'identifier si des sous-groupes se distinguent au sein des deux groupes afin de voir si les **caractéristiques** et la **structuration** de certaines équipes ont un lien avec la maturité des structures.

La transformation de notre système de soins n'en est qu'à ses prémices, en atteste la volonté politique du gouvernement actuel. De nouvelles pratiques au sein des parcours de soins vont se développer : **prévention**, **éducation à la santé**, **télémédecine**, **infirmière de pratique avancée** ; avec des nouvelles structures de travail coordonné : ESP, CPTS repensant la place des soins primaires en France. Ce cadre politique qui doit être stable, accompagnant et durable, doit laisser la place aux acteurs des soins, notamment les professionnels de santé. Le but étant de garder une souplesse dans leur pratique et d'innover dans leur organisation au risque de construire une médecine formaliste et déshumanisée.

5. Bibliographie

1. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff Proj Hope. 2010 May;29(5):766–72.
2. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 2013 Jun;61(3):193–8.
3. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
4. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet]. Paris 11; 2015 [cited 2018 Mar 6]. Available from: http://www.theses.fr/2015PA11T011
5. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.
6. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles | Legifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo
7. François P, Cardaci C, Lopez-Ruiz C, Boussat B, Marchand O. Les outils d'évaluation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires : revue systématique. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 2017 Feb;65(1):61–9.
8. HAS. Matrice de maturité en soins primaires Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires, 2014 [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 21]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/rap_support_matrice_de_maturite.pdf
9. Matrice de Maturité en soins primaires [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 21]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf
10. Macron E. Le programme d'Emmanuel Macron la santé | En Marche ! [Internet]. La République En Marche ! 2017 [cited 2018 Mar 5]. Available from: https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante
11. Buzyn A. Accès territorial aux soins - Système de santé et médico-social - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/
12. Pisani-ferry Jean. Le grand plan d'investissement 2018-2022 : rapport au Premier ministre [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 11]. Available from: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000710/index.shtml
13. Marchal S. La matrice de maturité en soins primaires : Etat des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Lorraine. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2017.
14. Fournier C. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-

sante.pdf
15. Nartz P. Etat des lieux des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en Région Grand Est dans le cadre de la matrice de maturité des MSP [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine ;2018.
16. Pocheron M. Auto-évaluation accompagnée de la maison de santé pluri-professionnelle universitaire de Coulommiers, à l'aide d'un référentiel d'analyse et de progression fourni par la Haute Autorité de Santé [These d'exercice]. Créteil, France: UPEC, faculté de médecine; 2016.
17. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Santé Publique. 2015 Nov 5;27(4):539–46.
18. DGOS. La mise en oeuvre de la recertification [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cited 2018 May 12]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/recertification-medecins/article/le-comite-de-pilotage
19. Gand S, Periac E, Blach M-A, Henaut L.Évaluation qualitative PAERPA RAPPORT FINAL, DREES, Mai 2017 [Internet]. [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf
20. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot J-M. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Santé Publique. 2014 Oct 8;26(4):433–41.
21. HAS. Questionnaire d'évaluation de satisfaction des équipes Matrice de maturité en soins primaires Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 11]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rap_questionnaire.pdf
22. Cardaci, C, Lopez-Ruiz C. Conception d'un outil d'évaluation des coopérations interprofessionnelles des soins primaires en France. 2016 Jun 20 [cited 2018 Feb 25]; Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289101/document
23. Maillet JP. Élaboration d'un questionnaire pour évaluer le développement organisationnel des groupements de soins de premier recours : test du questionnaire dans les cinq centres de santé de l'Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs (AGECSA). 2016 Oct 11;101.
24. Jeanney M, Piauly M. Conception et validation d'un outil d'évaluation de l'organisation des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires en France. 2017 Dec 22;67.
25. Patrick Vuattoux. Dynamique de projet: un appui pour les équipes plus matures. ESOP. 2018 Apr;(8):22–3.
26. Schaller P. Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé. Santé Publique. 2014 ;26 : p 509-517.| Cairn.info [Internet]. [cited 2018 Feb 25]. Available from: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-509.htm?1=1&DocId=178691&hits=6266+6264+6218+6216+6030+6028+6026+5873+5871+5849+5847+5265+5260+5241+5240+5238+5220+5213+5211+5201+3684+3682+2715+2713+976+971+758+756+725+723+78+76+31+29+10+8+
27. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. Med J Aust. 2014 Aug 4;201(3 Suppl):S47-51.

28. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux: Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). IRDES, Question d'économie Santé. 2013;(190):1–8.
29. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousques J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins: Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. IRDES, Question d'économie Santé. 2013;(189):1–6.
30. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. Rev d'Économie Régionale Urbaine. 2015 Nov 12;Octobre(4):657–94.
31. Mousquès J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014.
32. Mousques J. Institut de recherche et documentation en économie de la santé L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses, juin 2015, IRDES. 2015 Jun [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf
33. Mousquès J, Daniel F. Institut de recherche et documentation en économie de la santé L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, juillet-aout 2015, IRDES. QES N°211 [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf
34. Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. Prat Organ Soins. 2011;42(2):101–109.
35. Mousques J. L'expérience americaine des accountable care organizations des enseignements pour la france.pdf. IRDES, Question d'économie Santé [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 May 14];(227). Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf
36. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51.

III. CONCLUSION DE LA THESE

Nous allons nous intéresser dans cette conclusion à la seconde partie du questionnaire qui concernait :

- La perception des conditions d'accès et des critères d'adhésion au Règlement Arbitral d'après les leaders des structures du Grand Est ;
- La perception des modifications apportées avec l'ACI d'après les leaders des structures du Grand Est adhérentes aux nouveaux modes de rémunération.

Cette partie n'était pas intégrée aux résultats de l'article car elle pourrait faire l'objet d'un second article.

A. Règlement Arbitral

Concernant le groupe RA, 28 structures sur 35 souhaitaient bénéficier de manière certaine des nouveaux modes de rémunération lors de la construction du projet de santé.

Sur 17 réponses de structures non adhérentes au RA, 7 pensaient adhérer au RA et 10 ne pensaient pas y adhérer. Beaucoup ne connaissaient pas le règlement arbitral ou ne souhaitaient pas le connaître, le considérant comme trop administratif, non nécessaire pour le fonctionnement de leur structure.

3 structures Non RA sur 15 et 15 structures RA sur 40 avaient connu des difficultés financières dont 13 à cause du loyer, 12 à cause du secrétariat et 10 à cause de l'informatique.

La déclaration annuelle à la CPAM était remplie dans 51,4% des cas par le leader de la MSP et complétée ou remplie dans 38,2% des cas par la coordinatrice (34/47 réponses). Cela prenait moyenne à **2,69** jours par an (31/47 réponses) avec une distribution allant de moins d'une journée à 15 jours pour la remplir en fonction de la structure, de son fonctionnement et de la présence d'une coordinatrice.

A la question : quelles difficultés rencontrez-vous vis à vis du règlement Arbitral ?
Les réponses obtenues étaient variées :

- Sur le RA en lui même : « *différence d'interprétation des critères par les professionnels de santé et les caisses* », « *compréhension du RA en lui même* », « *déclaration difficile* », « *absence d'objectifs clairs pour les RCP* », « *trop standardisé, perte de souplesse, inadapté à certains fonctionnement internes et caractéristiques de la population de la MSP*», « *trop administratif* », « *prend du temps* », « *absence de RA si pas de secrétaire, qui devait être financée par le RA* » ;
- Sur la gestion financière du RA : « *paiement tardif, chevauchement de budget, difficulté de gestion de trésorerie* », « *mode de répartition entre les professionnels* », « *quid des professionnels qui partent à la retraite ? nécessité d'avance de frais* », *« doit dépenser tout l'argent de la SISA au risque de payer des impôts supplémentaires* » ;

- Sur l'équipe : « *motivation de l'équipe* », « *prend du temps* », « *beaucoup de temps dévolu (secrétariat)* », « *administratif, formalisation parfois complexe* » ;
- De manière générale, les relations étaient bonnes avec les instances mais les équipes demandaient plus d'accompagnement, d'explications et de soutien de leur part.

Voici les résultats de l'échelle de Likert, sur la perception de la mise en place du règlement arbitral, par 50 structures du Grand Est dont 10 structures Non RA qui connaissaient le RA et 40 structures RA.

Tableau 10. Perception de la mise en place des conditions d'accès et des critères permettant l'obtention du Règlement Arbitral par 50 structures du Grand Est en 2016-2017. Echelle de Likert.

		Effectifs	%	% Cumulé
SISA	Très facile	1	2,00%	2,00%
	Facile	11	22,00%	24,00%
	Ni facile ni difficile	14	28,00%	52,00%
	Difficile	20	40,00%	92,00%
	Très difficile	4	8,00%	100,00%
Consultations avancées 1er critère	Très facile	6	12,20%	12,20%
	Facile	15	30,60%	42,80%
	Ni facile ni difficile	10	20,40%	63,20%
	Difficile	16	32,70%	95,90%
	Très difficile	2	4,10%	100,00%
Consultations avancées 2ème critère	Très facile	5	10,20%	10,20%
	Facile	11	22,40%	32,60%
	Ni facile ni difficile	10	20,40%	53,00%
	Difficile	19	38,80%	91,80%
	Très difficile	4	8,20%	100,00%
Constitution de l'équipe 3ème critère	Très facile	11	22,44%	22,44%
	Facile	24	49,00%	71,44%
	Ni facile ni difficile	5	10,20%	81,64%
	Difficile	8	16,33%	97,97%
	Très difficile	1	2,03%	100,00%
Constitution de l'équipe 4ème critère	Très facile	4	8,20%	8,20%
	Facile	13	26,50%	34,70%
	Ni facile ni difficile	6	12,20%	46,90%
	Difficile	19	38,80%	85,70%
	Très difficile	7	14,30%	100,00%
Accès aux soins :	Très facile	12	24,00%	24,00%

horaires	Facile	21	42,00%	66,00%
	Ni facile ni difficile	4	8,00%	74,00%
	Difficile	12	24,00%	98,00%
	Très difficile	1	2,00%	100,00%
Accès aux soins non programmés	Très facile	11	22,00%	22,00%
	Facile	30	60,00%	82,00%
	Ni facile ni difficile	5	10,00%	92,00%
	Difficile	4	8,00%	100,00%
protocoles pluriprofessionnels	Très facile	2	4,10%	4,10%
	Facile	14	28,60%	32,70%
	Ni facile ni difficile	12	24,50%	57,20%
	difficile	15	30,60%	87,80%
	Très difficile	6	12,20%	100,00%
Mission de santé publique	Très facile	1	2,00%	2,00%
	Facile	13	26,50%	28,50%
	Ni facile ni difficile	14	28,60%	57,10%
	Difficile	17	34,70%	91,80%
	Très difficile	4	8,20%	100,00%
RCP	Très facile	3	6,10%	6,10%
	Facile	18	36,70%	42,80%
	Ni facile ni difficile	6	12,20%	55,00%
	Difficile	15	30,60%	85,60%
	Très difficile	7	14,30%	99,90%
Accueil des étudiants	Très facile	11	22,00%	22,00%
	Facile	32	64,00%	86,00%
	Ni facile ni difficile	4	8,00%	94,00%
	Difficile	2	4,00%	98,00%
	Très difficile	1	2,00%	100,00%
Système d'information niveau 1	Très facile	5	10,00%	10,00%
	Facile	20	40,00%	50,00%
	Ni facile ni difficile	10	20,00%	70,00%
	Difficile	13	26,00%	96,00%
	Très difficile	2	4,00%	100,00%
Système d'information niveau 2	Très facile	1	2,30%	2,30%
	Facile	7	16,30%	18,60%
	Ni facile ni difficile	12	27,90%	46,50%
	Difficile	12	27,90%	74,40%
	Très difficile	11	25,60%	100,00%
Procédure transmission des données	Facile	19	38,80%	38,80%
	Ni facile ni difficile	12	24,50%	63,30%
	Difficile	15	30,60%	93,90%
	Très difficile	3	6,10%	100,00%

Concernant la mise en place de **la SISA**, 48 % considéraient cela comme « Difficile » ou « Très difficile ». Les répondants exprimaient la nécessité d'un accompagnement juridique par un comptable qui parfois ne connaissait pas la SISA car nouvelle structure juridique. « *Contrainte administrative* », « *gestion complexe* », « *frais lors d'un départ ou d'une arrivée dans la SISA* » étaient les principales remarques.

Concernant les **consultations avancées de second recours**, à savoir des vacations de sages-femmes, chirurgiens-dentistes ou spécialistes de second recours extérieur à la structure au moins un jour par semaine ; 42,8 % exprimaient une mise en place « Très facile » ou « Facile » mais 32,7% exprimaient une mise en place « Difficile ». Cela dépendait pour certains de **l'offre en professionnels de santé** du secteur, d'un **manque de place**, et d'une problématique vis à vis des sages-femmes, en effet plusieurs MSP se plaignaient d'avoir mis la sage-femme dans la SISA et donc ne pas pouvoir percevoir la rémunération en tant que vacation. Pour une MSP, l'ordre des sages-femmes n'a pas accepté son intégration dans la MSP.

Ainsi, le **deuxième critère** de consultations avancées de second recours, était également « Difficile » ou « Très difficile » pour les mêmes raisons.

Concernant, la **constitution de l'équipe**, c'est à dire deux professions médicales différentes de la médecine générale ou trois professions paramédicales différentes, ce critère était considéré comme « Très facile » ou « Facile » à mettre en place pour 71,44% des structures. Par contre, il est « Difficile » ou « Très difficile » d'avoir à la fois les deux professions médicales et les paramédicaux, pour 53,1% des structures. Les raisons évoquées étaient semblables à celles pour les consultations avancées, à savoir le **manque de place** et le **manque de professionnels** sur le territoire, notamment en Champagne-Ardenne et pour les petites structures en ruralité.

Concernant **l'accès aux soins**, 8h-20h, 66% des structures trouvaient sa mise en place « Facile » ou « Très facile », mais était jugé comme difficile pour 24% des structures, notamment les petites structures de 2 ou 3 médecins généralistes. Certaines structures, notamment urbaines ne comprenaient pas cette obligation stricte au vu de l'offre de soins proposée après 19h par le secteur urbain.

Concernant les **soins non programmés**, 82 % des structures considéraient sa mise en place comme « Facile » ou « Très facile ».

Concernant les **missions de santé publique**, 42,9% trouvaient leurs mises en place « Difficile » ou « Très difficile ». Plusieurs raisons étaient évoquées notamment : « *manque de temps* », « *besoin de personnes motivées* », «*conférences non reconnues* », « *absence de connaissance des critères* », « *flou* », « *chronophage* », « *difficultés de cadrage de la mission, absence d'accompagnement pour borner la mission* ».

Concernant les **réunions de concertation pluriprofessionnelles**, la mise en place est plus nuancée. Cela dépendait du fonctionnement antérieur de la structure, la tenue en elle-même des réunions n'était pas difficile mais les objectifs de 12 réunions annuelles et surtout l'objectif de 3% des dossiers patients de la structure étudiés était « Très difficile » pour beaucoup de structures, voire impossible.

Si nous appliquons cela à notre étude pour les structures de l'ACI, à savoir 3 819 patients médecin traitant en moyenne. Cela correspond à l'étude de 9,55 dossiers en moyenne par réunion mensuelle. Alors que la moyenne sur le Grand Est était de 5,3 dossiers par réunion mensuelle (76).

Certaines structures ont spécifié qu'il serait intéressant que les dossiers soient adaptés à la population de la MSP, notamment dans les zones urbaines où la patientèle était moins caractérisée par des patients ALD et âgés, mais plutôt caractérisée par population **jeune** avec des problématiques dans le **domaine médico-social**.

L'accueil des étudiants était considéré comme « Très facile » ou « Facile » par 86% des structures. En sachant que 84% des structures disposaient de maîtres de stage universitaires.

Le **système informatique** niveau 1 était considérait comme « Très facile » ou « Facile » à mettre en œuvre par 50% des structures. Les principales contraintes évoquées étaient « *différences d'outils entre médicaux et paramédicaux* », « *partagé qu'avec les médecins* », « *difficulté à motiver les professionnels de santé à changer de logiciel* », « *prix* », « *difficultés dans le changement de logiciel avec des pertes de données* ».

Le niveau 2 était donc lui considéré comme « Difficile » ou « Très difficile » pour 53,5% des structures, les principales raisons évoquées étaient « *Médistory non labélisé* », (environ 28% des structures étaient équipées de Médistory, autant qu' AxiSanté, occupant la première place dans les logiciels en MSP du Grand Est), « *Appropriation difficile* », « *sous utilisé* », « *absence de formation* », « *coût d'installation et de maintenance* ».

Enfin, concernant la **procédure de transmission des données**, la répartition de la perception était dispersée avec 38,8% des structures qui ont répondu « Facile » et 36,6% des structures qui ont répondu « Difficile » ou « Très difficile ».

De nombreuses structures disposaient d'Apicrypt mais cette messagerie sécurisée n'était pas utilisée par tous, notamment les hôpitaux périphériques en lien avec les structures.

Certaines difficultés ont été évoquées *« dépendance du logiciel et des autres structures* », « *faire accepter à tous l'importance de ce partage de données* », *« manque de temps* », « *problèmes techniques, manque de formation au logiciel, maîtrise informatique nécessaire* ».

B. Accord Conventionnel Interprofessionnel et ses modifications

20% des structures au RA ne connaissaient pas l'ACI et 25 % des structures Non RA connaissaient l'ACI.

1 structure RA sur 37 ne souhaitait pas poursuivre avec l'ACI.

Nous avions donc interrogé les structures adhérentes au RA sur l'ACI et ses modifications des critères par rapport au RA, afin de connaître leur ressenti. Il leur avait été demandé de répondre en fonction de leur propre structure et non de manière générale.

<u>Tableau 11</u>. Modifications apportées par l'ACI, perçues par 40 structures adhérentes du Grand Est en 2017. Echelle de Likert

		Effectifs	%	% cumulé
Continuité des soins	Très intéressante	8	20,00%	20%
	Intéressante	14	35,00%	55%
	Ni plus ni moins	8	20,00%	75%
	Pas intéressante	9	22,50%	97,5%
	Pas du tout intéressante	1	2,50%	100%
Constitution de l'équipe	Intéressante	14	35,00%	35%
	Ni plus ni moins	12	30,00%	65%
	Pas intéressante	14	35,00%	100%
Prise en compte du pharmacien	Très intéressante	2	5,00%	5%
	Intéressante	13	32,50%	37,5%
	Ni plus ni moins	21	52,50%	90%
	Pas intéressante	4	10,00%	100%
Consultation avancées 1er critère	Intéressante	20	50,00%	50%
	Ni plus ni moins	16	40,00%	90%
	Pas intéressante	3	7,50%	97,5%
	Pas du tout intéressante	1	2,50%	100%
Contrat de solidarité	Très intéressante	2	5,00%	5%
	Intéressante	25	62,50%	67,5%
	Ni plus ni moins	6	15,00%	82,5%
	Pas intéressante	6	15,00%	97,5%
	Pas du tout intéressante	1	2,50%	100%
Satisfaction des patients	Très intéressante	7	17,50%	17,5%
	Intéressante	19	47,50%	65%
	Ni plus ni moins	7	17,50%	82,5%
	Pas intéressante	4	10,00%	92,5%
	Pas du tout intéressante	3	7,50%	100%
Fonction de coordination interne	Très intéressante	10	25,00%	25%
	Intéressante	20	50,00%	75%
	Ni plus ni moins	8	20,00%	95%
	Pas intéressante	2	5,00%	100%

Protocoles pluriprofessionnels	Très intéressante	6	15,00%	15%
	Intéressante	18	45,00%	60%
	Ni plus ni moins	11	27,50%	87,5%
	Pas intéressante	4	10,00%	97,5%
	Pas du tout intéressante	1	2,50%	100%
Réunion de concertation pluriprofessionnelle	Très intéressante	6	15,00%	15%
	Intéressante	24	60,00%	75%
	Ni plus ni moins	2	5,00%	80%
	Pas intéressante	8	20,00%	100%
Système informatique	Très intéressante	8	20,00%	20%
	Intéressante	19	47,50%	67,5%
	Ni plus ni moins	7	17,50%	85%
	Pas intéressante	6	15,00%	100ù

Concernant la **continuité des soins**, faisant partie de l'indicateur « accessibilité », une minoration des points est appliquée si l'intégralité de l'amplitude horaire n'est pas couverte. 55% des structures trouvaient cette modification « Très intéressante » ou « Intéressante », notamment les petites structures rurales. Cependant 22,5% trouvaient cette modification « Pas intéressante ».

Concernant la **constitution de l'équipe**, à savoir une profession médicale (en dehors des sages-femmes ou chirurgiens dentistes) ou pharmacien en sus de la médecine générale, à la place de deux professions médicales en sus de la médecine générale (comprenant les sages-femmes et chirurgiens dentistes). Les réponses étaient très dispersées.

Concernant la **prise en compte du pharmacien d'officine** dans l'équipe, beaucoup s'étaient exprimés pour 52,5% d'entre eux « Ni plus ni moins intéressante ». Certains exprimaient la difficulté, selon eux, à intégrer le pharmacien dans la SISA au risque d'être assujetti à la TVA ou de rentrer en concurrence avec d'autres pharmacies. Cependant beaucoup de structures travaillaient en lien avec les pharmacies de manière pluriprofessionnelle, mais leur place par exemple au sein des réunions de concertation pluriprofessionnelles devrait évoluer car seulement 36,2% des structures les accueillaient à ces réunions (76).

Concernant les **consultations avancées de second recours**, le niveau 1 passait d'une présence d'un jour/semaine dans le RA à deux jours/mois avec l'ACI. 50 % des structures avaient exprimé que cette modification était « Intéressante » et 40% « Ni plus ni moins intéressante ».

Concernant le **contrat de solidarité** (CSTM), c'était un nouveau critère pour les structures situées en zone sous dense avec une valorisation de l'accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un contrat de solidarité territoriale médecin. Aucune structure ne connaissait ce nouveau critère et peu connaissait le contrat. Cependant

67,5% trouvaient cette modification « Très intéressante » ou « Intéressante ». En mai 2018, 4 CSTM avaient été signés dans la région Grand Est.

Concernant la **satisfaction des patients**, c'était également un nouveau critère, consistant à la mise en place d'un questionnaire de satisfaction concernant les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure afin de mettre en place une adaptation. 65% des structures trouvaient cette modification « Très intéressante » ou « Intéressante ».

Concernant, la **fonction de coordination**, l'ACI en a fait un critère à part et spécifique n'entrant plus dans l'axe Accès aux soins mais dans l'axe Travail en équipe. La fonction de coordination était assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure soit par du personnel recruté spécifiquement comme un coordinateur administratif. Ceci permet de dégager un budget spécifique pour la fonction de coordination qui n'était pas clairement défini dans le RA. Ainsi 75% des structures ont répondu que cette modification était « Très intéressante » ou « Intéressante ».

Concernant les **protocoles pluriprofessionnels**, 8 protocoles pourront être financés contre 5 auparavant avec le RA. 60% des structures ont répondu « Très intéressante » ou « Intéressante » à cette question, mais 27,5% ont répondu « Ni plus ni moins intéressante » car ils connaissaient déjà des difficultés dans la formalisation et la création de deux ou trois protocoles validés.

Concernant les **réunions de concertation pluriprofessionnelles**, une certaine souplesse a été apportée puisqu'il faut réaliser au moins 6 réunions annuelles et étudier jusqu'à 5% des dossiers de patients ALD ou de plus de 75 ans. Alors qu'auparavant, il fallait réaliser au moins 12 réunions annuellement et étudier au minimum 3% des dossiers patients de la structure avec le RA. Ainsi 75% ont trouvé « Très intéressante » ou « Intéressante » cette modification.

Concernant le **système informatique**, avec le RA la rémunération du niveau 1 était de 850 points fixes et 1 500 points variables (par tranche de 4 000 patients). Avec l'ACI, la rémunération dépend du nombre de professionnels de santé équipés associés de la structure. La rémunération est de 500 points fixes et de 200 points par professionnel équipé. Ainsi 67,5% des structures interrogées ont signalé que cette modification était « Très intéressante » ou « Intéressante ». 15% ont répondu que cette modification n'était « Pas intéressante ». Les structures étaient donc favorables à cette modification conséquente qui veut favoriser le partage du système d'information de manière pluriprofessionnelle, puisque nous avions vu que seulement 23,53% des structures du Grand Est le réalisaient.

Cependant, certaines remarques avaient été faites, notamment que cela favorisait les grandes équipes à l'inverse des petites équipes rurales et que les éditeurs de logiciel risquaient d'augmenter leur tarification. Enfin, le fait que les professionnels doivent être dans la SISA pour profiter de la rémunération pourrait être un frein également.

C. La rémunération, levier de transformation, mais pas seulement

Les nouveaux modes de rémunération favorisent le travail pluriprofessionnel et en équipe, à l'inverse du paiement à l'acte.

La **médiane** des nouveaux modes de rémunérations perçus en 2016 par les structures du Grand Est était comprise entre 30 000 et 35 000 euros. Le calcul de la moyenne de la borne inférieur était de 32 500 euros et celle de la borne supérieure était de 37 500 euros. Nous pouvions donc supposer que la **moyenne** perçue en 2016, se situait entre 32 500 et 37 500 euros, inférieure à la moyenne nationale.

Au total, les sommes versées au titre de l'année 2015 représentaient 17,9 millions d'euros, soit une rémunération moyenne de **44 803 euros par structure**. « *La moitié des structures atteignent au moins les deux tiers des objectifs, donc les deux tiers de leur rémunération maximale* », a précisé la direction de la sécurité sociale (43).

Une amélioration est donc possible sur le développement des structures du Grand Est, en passant par une meilleure connaissance des critères des nouveaux modes de rémunération, d'un meilleur fonctionnement et d'un accompagnement soutenu des partenaires institutionnels.

L'Assurance Maladie a nommé un « référent MSP » dans chaque CPAM et a édité des documents d'accompagnement, souhaitant « *contribuer à la consolidation du dispositif, au développement du nombre de structures adhérentes et à leur progression dans les taux d'atteinte des objectifs »* (84-86) (**Annexe 6**)

L'Assurance Maladie se place désormais comme un partenaire et un acteur du développement et de l'accompagnement des MSP et non plus comme uniquement un organisme contrôleur externe.

L'ARS a également compris la nécessité d'accompagner les équipes au plus près, comme le suggérait d'une certaine manière le rapport Hubert en 2010 (16), avec l'intégration de chef de projet expert au sein des ARS, spécialiste de l'ingénierie de projet en étant facilitateur.

La Bretagne en est un des exemples (45).

L'accompagnement des nouvelles structures se déroule en deux temps :

- financement de consultants apportant un soutien méthodologique dans l'élaboration de leur projet de santé.
- l'indemnisation des temps de réunion des professionnels lors de la mise en oeuvre du projet.

L'ARS mène également un appel à projets annuel pour l'aide au choix et à l'acquisition d'un système d'information partagé. Elle prépare d'autres appels à projets sur les thématiques de la prévention, la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et la télémédecine en MSP. L'ARS travaille en concertation avec les **unions régionales des professionnels de santé** (URPS), actives en Bretagne sur l'exercice coordonné, le **conseil régional** et les autres acteurs du territoire.

D'autres acteurs soutiennent le développement et l'accompagnement des MSP, notamment :

- La **FFMPS** et les **fédérations régionales des maisons et pôles de santé**.

Nous l'avons vu par les **facilitateurs**, concept né dans les années 1980 en Angleterre, puis diffusé aux Etats-Unis. Les facilitateurs sont des professionnels de santé extérieurs à la structure qui assistent les cliniciens en soins primaires. Des facilitateurs niveau 1 puis niveau 2 ont été formés par les fédérations. (**Annexe 4**)

Des partenariats sont également possibles avec l'ARS et l'Assurance Maladie comme la Fédération des Maisons de santé Comtoises (FéMaSaC) qui a mis en place un chargé de mission des systèmes d'information (SI) financé par l'ARS de Franche-Comté, dans le but d'accompagner les équipes dans le choix d'un SI partagé, dans la formation à l'outil, dans la création de projet.

- Les **Unions Régionales des Professionnels de Santé** (URPS) a également développé le concept de facilitateur.

Notamment en Bretagne, avec la création en 2014 d'une association Groupes d'exercice coordonné libéraux en santé (GECO lib'). 13 médecins facilitateurs ont été formés et participent à l'accompagnement des acteurs dans l'exercice coordonné.

Il y a donc des liens différents au sein des régions qui se tissent avec des partenariats plus ou moins présents et forts concernant principalement l'ARS, l'Assurance Maladie, l'URPS, la Fédération régionale des MSP et le conseil régional dans le développement et l'accompagnement des MSP.

D. L'émergence de nouveau métier et de nouvelles compétences au sein des MSP

Afin d'améliorer la qualité des pratiques et des soins via une coopération des différents professionnels, les MSP se sont basées sur un projet de santé, un système d'information partagé et une organisation par réunions et protocoles pluriprofessionnels favorisés par les nouveaux modes de rémunération.

L'exercice en MSP a ainsi nécessité de nouvelles compétences pour les médecins ou d'autres professionnels de santé, porteurs de projet, d'ordre **gestionnaire**, **juridique**, **administratif**, **stratégique**, **politique** autour de l'équipe pluriprofessionnelle. Une de ces compétences, est la **compétence de management**. Aucun professionnel de santé n'est formé initialement avec cette compétence qui nous l'avons vu est importante dans le développement de structures organisées et efficientes.

Ainsi des **formations de management** se sont mises en place, dont en région Grand Est avec un partenariat de la fédération des maisons et pôles de santé en Lorraine (FEMALOR) et l'ICN Business School, école de commerce à Nancy. C'est une formation de 5 jours sur 6 mois afin de renforcer les capacités de leadership et de gestion de l'équipe des professionnels de santé.

Une fois le projet de santé abouti, l'installation dans les locaux et la mise en place de l'organisation des réunions et des protocoles, une **coordination de l'équipe** est nécessaire. Elle peut se faire par le porteur de projet, la secrétaire médicale formée à cette mission de coordination ou par un coordinateur administratif. Plusieurs facteurs ont favorisé l'émergence de cette nouvelle fonction et métier :

- La **multiplication des tâches administratives** liées à la gestion de la structure et du projet de santé.
- **L'augmentation de la taille** des équipes.
- La pluriprofessionnalité avec une **nécessité de coordonner** les acteurs dans la prise en charge du patient.
- Les **liens extérieurs** avec les acteurs du territoire et les instances.

Une étude s'était intéressée à l'intérêt d'un coordinateur dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels de la Meuse, en 2016 (87).

Les résultats de l'enquête montraient un engouement des professionnels de santé pour cette nouvelle fonction, avec 62,69% d'opinions favorables à la présence d'un coordinateur dans les structures de soins.

Cependant, la problématique du financement s'est posée, ainsi que de la formation et des compétences de ce coordinateur.

L'ACI permet maintenant de développer et surtout de financer cette fonction de coordination. Ainsi pour une patientèle de 4 000 patients, la structure perçoit 2 050 points soit 14 350 euros annuellement qu'elle peut utiliser totalement ou partiellement à cette fonction de coordination.

Concernant la formation, depuis mai 2015, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS), propose une formation de coordinateur en maison de santé. Un partenariat entre la FEMALOR et l'ARS Grand Est va favoriser cette formation appelé programme PACTE auprès de coordinateurs ou de professionnels de santé qui envisagent une fonction de coordination en 2017-2018.

Certaines MSP réfléchissent à mutualiser également des coordinateurs entre elles comme dans l'étude de C. Fournier (73) afin de diminuer la charge financière par structure et cela permettrait de créer du lien entre elles.

Dans cet objectif, La FEMALOR a proposé un projet de développement de la coordination en Meuse par la mise à disposition de coordinateurs de MSP à temps partagé entre les différentes structures de soins primaires du département.

Le coordinateur de MSP est indispensable pour la pérennisation de ces nouvelles organisations de soins primaires Ainsi, une réflexion doit être poursuivie sur les différentes pistes de financement des postes de coordinateurs de MSP pour soulager les professionnels de santé et améliorer le développement des structures coordonnées. Ce financement pourrait venir des conseils régionaux, de l'ARS ou de l'URPS également.

E. Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin

Cette étude nous a donc permis de voir qu'il existait des **différences de maturité** entre le groupe adhérent aux nouveaux modes de rémunération et celui non adhérent. Le lien direct avec les nouveaux modes de rémunération ne peut être clairement établit et il faudrait suivre l'évolution de la maturité des deux groupes ainsi qu'évaluer l'existence de sous groupes au sein de ces deux différents groupes.

Nous assistons depuis dix ans à une **transformation** de **l'organisation et des pratiques en soins primaires** avec le développement des maisons de santé et des pôles de santé,

mais plus globalement de l'exercice coordonné, dans le but d'améliorer la qualité du parcours de soins du patient.

Au niveau géographique, le développement des MSP s'est réalisé en apportant une plus-value à l'offre de soins territoriale, attirant des médecins généralistes dans des zones fragiles, mais aussi en terme de suivi des patients et de prévention.

La Lorraine est une des régions pionnières du développement des MSP avec la Bourgogne, la Franche-Comté et Rhône-Alpes, à l'inverse de l'Alsace et dans une moindre mesure la Champagne-Ardenne. Mais même au sein d'une même région, un maillage s'est créé avec des départements très investis dans ce développement comme la Meuse comparé à la Moselle, illustrant des logiques propres à chaque territoire (88).

Cela s'accompagne d'un **choc culturel,** de **nouvelles pratiques** avec des échanges et une **coopération**, de **nouvelles compétences** comme celle de leader qui doit être consolidée et de **nouveaux métiers**, celui de **coordinateur** qui n'est qu'à ses débuts.

De nombreux projets et études doivent être développés afin de poursuivre cette transformation, améliorant la maturité des MSP actuelles dans le Grand Est. Tout d'abord en comprenant les **difficultés** et les **freins** à l'adhésion de l'ACI par les structures non adhérentes, puis en imaginant des **évolutions de financement** des MSP. **L'intégration des usagers** au sein des équipes et une **meilleure reconnaissance** des autres professionnels de l'équipe seront nécessaires dans le futur.

L'instauration d'une démarche qualité, peut être vers une labélisation, permettra d'améliorer l'organisation des structures afin de renforcer la qualité de soins et des programmes de recherche en soins primaires. Elle constitue une nécessité afin d'accomplir cette transformation du système de santé français.

La **dimension territoriale** est le facteur clé du développement de l'exercice coordonné et du parcours patient, notamment avec le développement de liens extérieurs aux structures, ainsi qu'avec la construction des équipes de demain qui constitueront les futurs CPTS et ESP. Une coopération avec les hôpitaux et les professionnels de seconds recours doit se développer avec une communication et un partage de données efficients afin d'améliorer le parcours de soin du patient et de créer un lien **ville-hôpital** cohérent et efficace.

Cette transformation ne pourra avoir lieux qu'avec la participation et la collaboration de tous les acteurs locaux et institutionnels. Cette transformation doit être encadrée également par un cadre politique stable et durable favorisant le **travail pluriprofessionnel**, tout en laissant une souplesse pour **l'innovation** et les **démarches personnelles spécifiques**. Car beaucoup de professionnels de santé craignent que l'excès de formalisation de la collaboration pourrait conduire de faire de la MSP, un petit hôpital, un recours à une solution toute faite, n'aboutissant à détourner les MSP de ses formes les plus inventives. *Les pratiques collaboratives, la télémédecine, l'éducation thérapeutique du patient nécessitent des cadres à la fois stricts et évolutifs. C'est dire que nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements d'une histoire qui commence à peine à s'écrire* (89).

F. D'un point de vue personnel

Ce travail de thèse a été l'occasion d'approfondir mes connaissances dans un domaine qui me tient à coeur, l'exercice en groupe pluriprofessionnel.

De plus, l'exercice en MSP m'a toujours attiré depuis que j'en ai eu connaissance et ce travail m'a permis d'en apprendre davantage sur l'historique des MSP, leur création, leur cadre juridique, leur cadre politique, leur fonctionnement, leur enjeu et les nouveaux modes de rémunération.

Je suis convaincu par cet exercice collaboratif, coordonné, en équipe pluriprofessionnelle qui représente une nouvelle vision, une nouvelle façon de penser et de travailler, marquant la fin d'un exercice cloisonné en allant vers une intelligence collective.

Ce travail permet de mettre en valeur les MSP du Grand Est et j'espère qu'il contribuera à l'amélioration de leur fonctionnement dans le but d'augmenter la qualité des soins pour le patient. Il est le point de départ de l'évaluation de la maturité des structures du Grand Est et du lien avec les nouveaux modes de rémunération. La mise en place d'un suivi de cette évolution de maturité me paraît important pour accompagner les structures du Grand Est à progresser, à murir et à s'émanciper.

J'espère que la découverte de la matrice de maturité et du besoin d'une démarche qualité lors de mes entretiens avec les leaders ou les coordinateurs permettra d'améliorer leur organisation interne et d'avoir de nouvelles idées afin d'innover au service du patient.

Car au final, il s'agit surtout de cela, le patient, sa santé, son bien être physique et moral.

Ce travail m'a permis de merveilleuses rencontres et m'a permis un enrichissement personnel et professionnel actuellement et pour ma pratique future. La diversité des MSP et de leur équipe m'a montré qu'il n'y avait pas une équipe type ou une structure type.

L'accomplissement de ce travail est l'aboutissement d'une étude sur un an mais également de ma formation initiale qui a duré presque dix ans. C'est la fin d'une étape mais cela marque également le début d'une belle et nouvelle aventure.

En parallèle, j'ai réalisé la formation ICN management avec le soutien de la FEMALOR qui m'a permis de réaliser une formation de management en lien avec la gestion d'une MSP et de mon sujet d'étude. Cela m'a ouvert l'esprit sur de nouveaux domaines et de nouvelles compétences qui me seront utiles dans le futur. Je recommande cette formation à tout leader ou coordinateur de MSP du Grand Est, cela permet une ouverture intéressante qu'il faudra mettre en application et compléter.

Enfin, cette thèse m'a conduit sur les routes du Grand Est, me faisant découvrir et parfois redécouvrir de magnifiques paysages, me rappelant, si je l'avais oublié, que nous avons une très belle région où il fait bon vivre et travailler.

Ce travail est pour ma famille, toujours présente pour moi au cours de ces longues années, elle m'a soutenu et encouragé dans mes nombreuses activités et projets.

IV. Bibliographie de la Thèse

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant. 2000.
2. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Maladies chroniques. Doc Fr Adsp. 2010;72:11–53.
3. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer? Les dossiers de la DREES. mai 2017; 17.
4. Castell L, Dennevault C. Qualité et accès aux soins: que pensent les Français de leurs médecins? DREES. octobre 2017; 1035.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2017.
6. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES. mai 2017; 1011.
7. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Portrait des professionnels de santé: édition 2016. Panorama de la DREES Santé. 2016.
8. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université de Lorraine; 2008. [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2008_AUBERTIN_BRICE.pdf
9. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 25]. Available from: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf
10. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais. 2008;
11. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e742–50.
12. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff Proj Hope. 2010 May;29(5):766–72.
13. Bernier M. Rapport d'information de M. Marc Bernier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire [Internet]. 2008 Sep [cited 2018 Mar 3]. Available from: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp
14. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
15. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
16. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport_hubert.pdf
17. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 2013 Jun;61(3):193–8.
18. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. Santé Publique. 2016 Jun 8;28(2):223–34.
19. Bejean S, Gadreau M. Réseaux et systèmes de santé [Internet]. LATEC, Laboratoire d'Analyse et des Techniques EConomiques, CNRS UMR 5118, Université de Bourgogne;

1996 Jun [cited 2018 Mar 4]. (LATEC - Document de travail - Economie (1991-2003)). Report No.: 1996-07. Available from: https://ideas.repec.org/p/lat/lateco/1996-07.html

20. Leutz W. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom [Internet]. The Milbank Quarterly; 1999 [cited 2018 Mar 4]. Available from: https://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf

21. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France ? Santé Publique. 2009 Oct 1;21(hs1):27–38.

22. Bourgueil Y. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande [Internet]. IRDES, Question d'économie de la santé. avril 2009; 141. [cited 2018 Mar 4]. Available from: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf

23. Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. Prat Organ Soins. 2011;42(2):101–109.

24. IGAS. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management » [Internet]; 2006. 210p.[cited 2018 Feb 26]. Available from: http://syndicardio.com/IMG/pdf/2006RapportIGAS_DiseaseMangmt.pdf

25. Diane R. Rittenhouse, Stephe M Shortell. The Patient-Centered Medical Home. JAMA. 2009;301(19):2038-2040 | Health Care Reform | JAMA | The JAMA Network [Internet]. [cited 2018 Mar 4]. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/183908?redirect=true

26. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

27. Juilhard. Rapport d'information n°14 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale [Internet]. 2007 [cited 2018 Feb 25]. Available from: https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf

28. Code de la santé publique - Article L6323-3.

29. Code de la santé publique - Article L6323-4.

30. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. Rapport Remis À Ministère Santé.2009.

31. Bachelot R. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural.

32. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 5]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/8/10/ETSX1107215L/jo/texte

33. Marisol Touraine. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1

34. Marisol Touraine 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2

35. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

36. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 118.
37. Macron E. Le programme d'Emmanuel Macron la santé | En Marche ! [Internet]. La République En Marche ! 2017 [cited 2018 Mar 5]. Available from: https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante
38. Buzyn A. Accès territorial aux soins - Système de santé et médico-social - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/
39. Pisani-ferry Jean. Le grand plan d'investissement 2018-2022 : rapport au Premier ministre [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 11]. Available from: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000710/index.shtml
40. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?Rev Fr Aff Soc. 2011 Dec 16;(2):123–55.
41. Code de la santé publique - Article L4041-1. Code de la santé publique.
42. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.
43. Holué C. Rémunération les nouveaux modes. Concours médical, janvier 2017; 139 [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://ns226617.ovh.net/CM/2017/1/CM_2017_1_20.pdf
44. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles | Legifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo
45. Accord Conventionnel interprofessionnel La rémunératioin des équipes en progrès, concours médical, octobre 2017; 139 [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://ns226617.ovh.net/CM/2017/8/CM_2017_8_20.pdf
46. Le collège des médecins de famille au Canada. Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home. Document de travail. | Ressources | Ressources | Le Collège des médecins de famille du Canada [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=890&langType=3084
47. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff Proj Hope. 2007 Dec;26(6):w717-734.
48. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al. The Group Health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. Health Aff Proj Hope. 2010 May;29(5):835–43.
49. Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? Ann Intern Med. 2006 Dec 5;145(11):826–33.
50. Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Santé Publique. 2009 Oct 1;21(hs1):79–90.
51. Chevillard F, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux: Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération

(ENMR). IRDES, Question d'économie Santé. 2013;(190):1–8.
52. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousques J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins: Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. IRDES, Question d'économie Santé. 2013;(189):1–6.
53. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. Rev d'Économie Régionale Urbaine. 2015 Nov 12;Octobre(4):657–94.
54. Mousques J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014.
55. Mousques J. Institut de recherche et documentation en économie de la santé L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. IRDES, Question d'économie de la santé. 2015 Jun; 210. [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf
56. Mousques J, Daniel F. Institut de recherche et documentation en économie de la santé L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, juillet-aout 2015, IRDES. QES N°211 [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Jan 21]; Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf
57. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Thèse de doctorat] PAris, France: Université de Paris-Sud; 2015.[Internet].[cited 2018 Mar 6]. Available from: http://www.theses.fr/2015PA11T011
58. Buffard A. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise ne fonctionnement des maisons de santé plur-professionnelles sur le territoire meusien [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université de Lorraine.; 2017.
59. Edouart J. Perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluri-professionnels enquête par questionnaire en meuse [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université de Lorraine; 2017.
60. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes,. Santé Publique. 2015 Nov 5;27(4):539–46.
61. HAS. Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé [Internet]. 2007 [cited 2018 Mar 11]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf
62. ANAES. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. 2002.
63. François P, Cardaci C, Lopez-Ruiz C, Boussat B, Marchand O. Les outils d'évaluation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires : revue systématique. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 2017 Feb;65(1):61–9.

64. Elwyn G, Bekkers M-J, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. Qual Saf Health Care. 2010 Dec 1;19(6):e48–e48.

65. HAS. Matrice de maturité en soins primaires Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 21]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/rap_support_matrice_de_maturite.pdf.

66. Cardaci, C, Lopez-Ruiz C. Conception d'un outil d'évaluation des coopérations interprofessionnelles des soins primaires en France. 2016 Jun 20 [cited 2018 Feb 25]; Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289101/document.

67. Maillet JP. Élaboration d'un questionnaire pour évaluer le développement organisationnel des groupements de soins de premier recours : test du questionnaire dans les cinq centres de santé de l'Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs (AGECSA). 2016 Oct 11;101.

68. Jeanney M, Piauly M. Conception et validation d'un outil d'évaluation de l'organisation des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires en France. 2017 Dec 22;67.

69. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. Med J Aust. 2014 Aug 4;201(3 Suppl):S47-51.

70. HAS. Matrice de Maturité en soins primaires [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 21]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf

71. Marchal S. La matrice de maturité en soins primaires: Etat des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Lorraine [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université de Lorraine; 2017.

72. Fournier C. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES, Question d'économie de la santé. 2014;200. [Internet] [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf

73. Pocheron M. Auto-évaluation accompagnée de la maison de santé pluri-professionnelle universitaire de Coulommiers, à l'aide d'un référentiel d'analyse et de progression fourni par la Haute Autorité de Santé [Thèse d'exercice]. Créteil, France: UPEC, faculté de médecine; 2016.

74. DGOS. La mise en oeuvre de la recertification [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cited 2018 May 12]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/recertification-medecins/article/le-comite-de-pilotage

75. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut Evaluation qualitative PAERPA rapport final. DREES, Mai 2017;135. [Internet]. [cited 2018 Jan 21]. Available from: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf

76. Nartz P. Etat des lieux des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en Région Grand Est dans le cadre de la matrice de maturité des MSP [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Universite de Lorraine; 2018.

77. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot J-M. Mise en place

d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Santé Publique. 2014 Oct 8;26(4):433–41.

78. HAS. Questionnaire d'évaluation de satisfaction des équipes Matrice de maturité en soins primaires Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.2014. [Internet] [cited 2018 Feb 11]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rap_questionnaire.pdf

79. Patrick Vuattoux. Dynamique de projet: un appui pour les équipes plus matures. ESOP. 2018 Apr;(8):22–3.

80. Schaller P.Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé. Sante Publique.2014;26:509-517. [Internet]. [cited 2018 Feb 25]. Available from: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-509.htm?1=1&DocId=178691&hits=6266+6264+6218+6216+6030+6028+6026+5873+5871+5849+5847+5265+5260+5241+5240+5238+5220+5213+5211+5201+3684+3682+2715+2713+976+971+758+756+725+723+78+76+31+29+10+8+

81. Beaucourt C, Kustosz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. Gest Manag Public. 2014 Oct 20;me 2/n°4(2):61–79.

82. Mousques J. L' experience americaine des accountable care organizations des enseignements pour la france.pdf. IRDES, Question d'économie Santé. 2017;227. [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 May 14];(227). Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf

83. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51.

84. CNAMTS. Guide méthodologique de l'Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI). 2017. [Internet] [cited 2018 May 16]. Available from: http://www.ffmps.fr/files/Annexe_6_guide_mthodo_ra_contrat_struture_pluripro-.pdf

85. CNAMTS, DGOS, DPROF. Guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluri-professionnelles. Fiche Indicateur. [Internet]. 2017 [cited 2018 May 16]. Available from: http://www.ffmps.fr/files/Annexe_5_Fiches_indicateurs_ACI.pdf

86. DGOS, CNAMTS. Instruction relative à la mise en oeuvre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluriprofessionnels [Internet]. Nov 10, 2017. Available from: http://www.ffmps.fr/files/Instruction_signe_DSS_DGOS_CNAMTS_2.pdf

87. Bouab F. L'intérêt d'un coordonateur dans les maisons et pôle de santé pluriprofessionnels du département de la meuse: enquête auprès des professionnels exerçant dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la meuse. 2016.

88. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins: l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine [Thèse de doctorat]. Paris, France : Université Paris 10; 2015.

89. Kustosz I. Renouveler Le Premier Recours Par Les Maisons De Sante Pluriprofessionnelles: Une Approche Par Les Outils. 2016.

V. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Questionnaire MSP Grand Est

Nom de la structure :
1.a) Année de création de la structure :
1.b) Département :
1.c) Localité :
1.d) Nombre d'habitants :
1.e) Nombre de patients médecin traitant :
2.a) Type de structure :

2.b) Financement :

3.) Forme juridique : association loi 1901 ☐ SCM ☐
SISA ☐ autres :

OUI(1) / NON (0)
4.a) Réalisation d'un projet de santé écrit : ☐ (1) ☐(0)
4.b) Projet de santé validé par l'ARS : ☐ (1)
☐(0)
4.c) En quelle année :

5) Leader(s) dans la structure ☐(1) ☐(0)
5.a) Profession du/des leader(s) :
5.b) Age :
5.c) Nombre d'années d'exercice en tant que leader :
5.d) Temps consacré à la fonction de leader (en heure/semaine) :
5.e) Roulement interprofessionnel du rôle de leader : ☐(1)
☐(0)
5.f) Formation au poste de leader : ☐(1) ☐(0)
5.g) Recours à une société coopérative de management (ex.FACILIMED) : ☐(1) ☐(0)

6) Effectif de la structure :

Profession	âge	sexe	présent à la création	temps plein /partiel

			Oui (1)	Non (0)
7	a	Départ en retraite dans les 5 prochaines années :	☐	☐
	b	si oui, combien de médecins sont concernés :		
	c	autres professionnels concernés :	☐	☐
	d	Départ de professionnel (hors retraite) depuis l'ouverture de la MSP	☐	☐
	e	si oui, lesquels :		

			Oui (1)	Non (0)
8	a	Vacation de spécialité médicale au sein de la structure	☐	☐
	b	type de spécialité :		
	c	fréquence (en jour/semaine) :		
	d	participation aux RCP :	☐	☐
9	a	Présence de maître de stage au sein de la structure	☐	☐
	b	concernant les médecins :	☐	☐
	c	si oui, combien :		
	d	concernant les autres professionnels :	☐	☐
	e	si oui, lesquels :		
10		Nombre d'étudiants en médecine accueillis en 2016 au sein de la structure		
		Concernant les externes/an		
		concernant les internes:		
		concernant les SASPAS:		
11		Activité de recherche ou de partenariat au sien de la structure	☐	☐
12		Concernant l'architecture de la structure		
	a	nombre de cabinets occupés :		
	b	présence de cabinets médicaux partagés :	☐	☐
	c	présence d'un cabinet dédié aux consultations avancées :	☐	☐
	d	nombre de cabinets en attente d'être occupés :		
	e	salle d'attente médicale commune :	☐	☐
	f	salle d'attente commune entre tous les professionnels de santé :	☐	☐
	g	présence d'une salle d'urgence :	☐	☐
	h	présence d'une salle collaborative :	☐	☐
	i	présence d'une salle DASRI :	☐	☐
	j	présence d'un logement étudiant :	☐	☐
	k	Si oui, combien :		
	l	présence du label « Haute Qualité Environnemental » :	☐	☐
	m	adhésion au dispositif SAP AMU	☐	☐
13		Concernant le secretariat		
	a	horaires du secrétariat :		
	b	nombre de jours par semaine :		
	c.1	est il : Physique	☐	☐
	c.2	electronique	☐	☐
	c.3	telesecretariat	☐	☐

	d	Est il partagé entre tous les professionnels de santé :	☐	☐
	e	les prises de rendez vous auprès d'un spécialiste sont réalisées par le secretariat:	☐	☐
14	a	Emploi d'un coordinateur d'équipe de soins	☐	☐
	b	si oui nombre de jour par mois		
15		présence d'une IDE assurant la coordination de soins	☐	☐
16	a	Présence du label « e-santé logiciel maisons et centres de santé » (logiciel type ASIP):	☐	☐
	b	Nom du logiciel :		
	c	Logiciel informatique commun entre les médecins :	☐	☐
	d	Logiciel informatique commun entre tous les professionnels de santé :	☐	☐
	e	Présence d'une affiche dans la/les salle(s) d'attente informant les patients du partage des données entre les professionnels de santé :	☐	☐
	f	Présence du volet médical de synthèse dans le dossier patient :	☐	☐
	g	Présence d'une note de synthèse (sur une pathologie) médical dans le dossier patient :	☐	☐

			Oui (1)	Non (0)	
17		Nouveaux Modes de Rémunérations	☐	☐	
			Certain (1)	Peu Certain (2)	Exclu (3)
	a	Souhaitiez vous lors de la construction du projet de santé bénéficier du RA/NMR ?	☐	☐	☐
	b	Depuis quand avez vous adhéré au RA/NMR (mois)?			
			Oui (1)	Non (0)	
	c	Pour les non RA : vous pensez adhérer ?	☐	☐	
	c.1	Si oui quand ? (mois)			
			Oui	Non	
	d	Y'a t'il eu des difficulté financières rencontrées par une partie des professionnels de santé pour les charges communes à la structure ?	☐	☐	
	d.1	Si oui dans quels domaines ?			
	d.1.a	Loyer	☐	☐	
	d.1.b	Secrétariat	☐	☐	

	d.1.c	Informatique	☐	☐		

17	e	Concernant la mise en oeuvre des critères d'adhésion au RA:	très facile	facile	ni facile ni difficile	difficile	très difficile
	e.1	SISA	☐	☐	☐	☐	☐
	e.1.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.2.1	Consultation avancées 1er critère	☐	☐	☐	☐	☐
	e.2.1.a	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.2.2	Consultation avancées 2ème critère	☐	☐	☐	☐	☐
	e.2.2.a	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.2.3	Constitution de l'équipe 3ème critère	☐	☐	☐	☐	☐
	e.2.3.a	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.2.4	Constitution de l'équipe 4ème critère	☐	☐	☐	☐	☐
	e.2.4.a	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.3	Accès aux soins : horaires	☐	☐	☐	☐	☐
	e.3.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.4	Accès aux soins non programmés	☐	☐	☐	☐	☐
	e.4.1	si ni facile -> difficile pourquoi :					
	e.5	protocoles pluriprofessionnel	☐	☐	☐	☐	☐
	e.5.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.6	mission de santé publique	☐	☐	☐	☐	☐
	e.6.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.7	RCP	☐	☐	☐	☐	☐
	e.7.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.8	Accueil des étudiants	☐	☐	☐	☐	☐
	e.8.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.9	Système d'information niveau 1	☐	☐	☐	☐	☐
	e.9.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.10	Système d'information niveau 2	☐	☐	☐	☐	☐
	e.10.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.11	Procédure transmission des données	☐	☐	☐	☐	☐
	e.11.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					
	e.12	autre :	☐	☐	☐	☐	☐
	e.12.1	Si ni facile -> difficile pourquoi					

			Oui	Non
17	f	celles au RA: Qui remplit la déclaration annuelle ?		
	f.1	Leader	☐	☐
	f.2	Coordinatrice	☐	☐
	f.3	Autre:	☐	☐
	g	Combien de temps cela prend il ? (Jours)		
	h	quelles difficultés rencontrées vous vis à vis du RA ? (exemple relation caisse, disposition de fonds, recours possible si litige?)		
	i	Montant du RA :		
	j	Connaissez vous l'ACI ?	☐	☐
	j.1	Est ce une avancée pour vous ?	☐	☐
	j.2	Ceux au RA: poursuivez vous le RA/ACI ?	☐	☐
	j.3	Ceux non RA: Pensez vous adhérer ?	☐	☐
	j.4	si non pourquoi ?		

		ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel)					
17	k	Modifications	très intéressante	intéressante	ni plus ni moins	pas intéressante	pas du tout intéressante
	k.1	Continuité des soins sans obligation 8h-20h	☐	☐	☐	☐	☐
	k.2	Constitution de l'équipe	☐	☐	☐	☐	☐
	k.3	prise en compte des membres de la structure (pharmacien)	☐	☐	☐	☐	☐
	k.4	Consultations avancées	☐	☐	☐	☐	☐
	k.5	contrat de solidarité avec les médecins	☐	☐	☐	☐	☐
	k.6	Satisfaction des patients	☐	☐	☐	☐	☐
	k.7	Fonction de coordination interne	☐	☐	☐	☐	☐

	k.8	protocoles pluriprofessionnels (de 5 à 8)	☐	☐	☐	☐	☐
	k.9	Assouplissement des RCP	☐	☐	☐	☐	☐
	k.10	Système informatique forfait par professionnel de santé (1000 points par professionnel)	☐	☐	☐	☐	☐

			Oui	Non
18		A quelles activités sont destinées ces rémunérations ?	☐	☐
	a	secretariat	☐	☐
	b	achat de matériel	☐	☐
	c	ETP	☐	☐
	d	comptabilité	☐	☐
	e	coordination d'équipe	☐	☐
	f	système informatique	☐	☐
	g	rémunération des professionnels de santé	☐	☐
	h	selon un système à points	☐	☐
	i	selon un système au forfait	☐	☐
	j	les deux	☐	☐
	k	autres :		
	l	au loyer	☐	☐
	m	action de santé publique	☐	☐

			Oui	Non
19	a	Réalisation d'actes de télémédecine :	☐	☐
	b	Si oui, sous quelle forme :		

			Oui	Non
20	a	L'équipe réalise des RCP ?	☐	☐
	b	Nombre de RCP par mois		
	c	Nombre de patients discutés par RCP		
	d	Nombre de patients sur 2016		
	d.a	Présent sous forme informatique	☐	☐

Les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles

20	e	**Qui participe aux RCP :**	Jamais (0)	Parfois (1)	Régulièrement (2)	Toujours (3)
	e.a	Médecins (au moins 1)	☐	☐	☐	☐
	e.b	TOUS (Ceux de la MSP, permanent)	☐	☐	☐	☐
	e.c	AUTRES Médecins (vacataires)	☐	☐	☐	☐
	e.d	Infirmières	☐	☐	☐	☐
	e.f	Kinésithérapeutes	☐	☐	☐	☐
	e.g	Podologues	☐	☐	☐	☐
	e.h	Psychologues	☐	☐	☐	☐
	e.i	Diététiciennes	☐	☐	☐	☐
	e.j	Orthophonistes	☐	☐	☐	☐
	e.k	Secrétaires Médicales	☐	☐	☐	☐
	e.l	Sage-femme	☐	☐	☐	☐
	e.m	Dentistes	☐	☐	☐	☐
	e.n	Externes (DFASM1, 2 ou 3)	☐	☐	☐	☐
	e.o	Internes (niveau 1)	☐	☐	☐	☐
	e.p	SASPAS	☐	☐	☐	☐
	e.q	Un intervenant extérieurs a la MSP (Y a t'il …)	☐	☐	☐	☐
	e.r	Les pharmaciens	☐	☐	☐	☐
	e.s	Les personnes de confiance ou aidants	☐	☐	☐	☐
	e.t	Les Patients (concernés)	☐	☐	☐	☐
	e.u	Les associations d'aide à domicile	☐	☐	☐	☐
	e.v	Les assistantes sociales	☐	☐	☐	☐
	e.w	La PMI	☐	☐	☐	☐
	e.x	Médecine scolaire	☐	☐	☐	☐
		Les réseaux :	☐	☐	☐	☐
	e.y	- ASALEE	☐	☐	☐	☐
	e.z	- MAIA	☐	☐	☐	☐
	e.a.a	- CROISE	☐	☐	☐	☐
	e.a.b	- SSIAD	☐	☐	☐	☐
	e.a.c	- HAD	☐	☐	☐	☐
	e.a.d	- Autres réseaux : … …….. soins palliatif, psychogeriatrie, alzheimer ….)	☐	☐	☐	☐
	e.a.c	Autres médecins spécialistes	☐	☐	☐	☐
	f	**Les absences aux RCP**				
	f.a	Sont Justifiées	☐	☐	☐	☐
	f.b	Ne sont pas justifiées	☐	☐	☐	☐

	f.c	Entrainent l'annulation de la réunion	☐	☐	☐	☐
	f.d	Réduisent la qualité de la réunion	☐	☐	☐	☐
	f.e	Réduisent la qualité de la prise en charge des patients	☐	☐	☐	☐
	f.f	Créent des tensions au sein de la MSP	☐	☐	☐	☐
	g	**Qui propose et/ou présente des dossiers en RCP**				
	g.a	Médecins	☐	☐	☐	☐
	g.b	Infirmières	☐	☐	☐	☐
	g.c	Kinésithérapeutes	☐	☐	☐	☐
	g.d	Podologues	☐	☐	☐	☐
	g.e	Psychologues	☐	☐	☐	☐
	g.f	Diététiciennes	☐	☐	☐	☐
	g.g	Orthophonistes	☐	☐	☐	☐
	g.h	Sage-femme	☐	☐	☐	☐
	g.i	Dentistes	☐	☐	☐	☐
	g.j	Externes (DFASM1, 2 ou 3)	☐	☐	☐	☐
	g.k	Internes (niveau 1)	☐	☐	☐	☐
	g.l	SASPAS	☐	☐	☐	☐
	g.m	Un intervenant extérieurs à la MSP	☐	☐	☐	☐
	g.n	Les pharmaciens	☐	☐	☐	☐
	g.o	Les réseaux (AZALE, MAIA,CROISE ...)	☐	☐	☐	☐
	g.p	Les associations d'aide à domicile	☐	☐	☐	☐
	g.q	Les assistantes sociales	☐	☐	☐	☐
	g.r	La PMI	☐	☐	☐	☐
	g.s	Médecine scolaire	☐	☐	☐	☐
	g.t	Autres ……..	☐	☐	☐	☐
	h	**Quels thèmes sont abordés en RCP :**				
	h.a	Maintien à domicile (PAG)	☐	☐	☐	☐
	h.b	Toxicomanie : Drogues dures	☐	☐	☐	☐
	h.c	Toxicomanie : Cannabis	☐	☐	☐	☐
	h.d	Dépendance : Alcool	☐	☐	☐	☐
	h.e	Dépendance : Tabac	☐	☐	☐	☐
	h.f	Problèmes familiaux	☐	☐	☐	☐
	h.g	Maltraitance	☐	☐	☐	☐
	h.h	Révision d'ordonnance	☐	☐	☐	☐
	h.i	Maladie chronique : HTA, diabète, démence, dépression …	☐	☐	☐	☐
	h.j	Observance	☐	☐	☐	☐
	h.k	Handicap	☐	☐	☐	☐
	h.l	Plaie	☐	☐	☐	☐
	h.m	Traitement spécifique :				

	h.n	-AVK	☐	☐	☐	☐
	h.o	- Insuline	☐	☐	☐	☐
	h.p	- Autres ……	☐	☐	☐	☐
	h.q	Création de protocoles de soins	☐	☐	☐	☐
	h.r	Erreur Médicales, (EIAS)	☐	☐	☐	☐
	h.s					
	i	**Les RCP permettent-elles une formation ?**				
	i.a	Rappel de recommandations	☐	☐	☐	☐
	i.b	Présentation nouvelles recommandations	☐	☐	☐	☐
	i.c	Par les Associations de malade (présentation faite par …)	☐	☐	☐	☐
	i.d	Par un Patient expert	☐	☐	☐	☐
	i.e	Autres ……	☐	☐	☐	☐

20	j	**Ou/comment se déroulent les RCP ?**	Oui (1)	Non (0)
	j.a	Durée définit à l'avance	☐	☐
	j.b	- (Durée d'une RCP : …..H ……..Min)	☐	☐
	j.c	Date définit à l'avance	☐	☐
	j.d	- Combien de temps avant :	☐	☐
	j.e	Lieu au sein de la MSP : - Pièce dédiée	☐	☐
	j.f	- Autres (Cabinet Médical)	☐	☐
	j.g	Autres Lieu (A préciser)	☐	☐
	j.h	Moyens : -Ordinateur	☐	☐
	j.i	-Rétroprojecteur	☐	☐
	j.k	-Support papier	☐	☐
	j.l	- Visioconférence	☐	☐
20	k	**Législation des RCP** :		
	k.a	Y a t'il une charte de respect du secret médical ?	☐	☐
	k.b	Les patients sont-ils informés des conclusion/décisions	☐	☐
	k.c	-Par écrit (papier)	☐	☐
	k.d	-Par oral	☐	☐
	k.e	- Par Informatique (mail)	☐	☐

20	k.1		Jamais (0)	Parfois (1)	Régulièrement (2)	Toujours (3)
	k.1.a	Le patient (ou la personne de confiance) est-elle informé du son passage en RCP	☐	☐	☐	☐
	k.1.b	-Si oui un accord écrit est-il demandé	☐	☐	☐	☐
	k.1.c	Le compte rendu est présent dans le dossier du patient	☐	☐	☐	☐
	k.1.d	-Si oui, qui le rédige :				
	k.1.e	-- Médecin	☐	☐	☐	☐
	k.1.f	-- Secrétaire	☐	☐	☐	☐
	k.1.g	Autre:	☐	☐	☐	☐

	l	**Quel moyen de rémunérations pour les participations aux RCP ?**	Oui (1)	Non (0)
	l.a	Aux Médecins de la MSP :	☐	☐
	l.b	- Tarif Horaire	☐	☐
	l.c	- Indemnisation	☐	☐
	l.d	- Autres … ……..	☐	☐
	l.e	- Aucune	☐	☐
	l.f	Aux Paramédicaux de la MSP	☐	☐
	l.g	- Tarifs horaire	☐	☐
	l.h	- Indemnisation	☐	☐
	l.i	- Autres … ……..	☐	☐
	l.j	- Aucune	☐	☐
	l.k	Aux Acteurs extérieurs de la MSP	☐	☐
	l.l	- Tarif horaire	☐	☐
	l.m	- Indemnisation	☐	☐
	l.n	- Autres … ……..	☐	☐
	l.o	- Aucune :	☐	☐

	m	**Evaluation des RCP :**	Jamais (0)	Parfois (1)	Régulièrement (2)	Toujours (3)
	m.a	Les RCP sont-elles évaluées	☐	☐	☐	☐
	m.b	- Qualité	☐	☐	☐	☐
	m.c	- Contenu	☐	☐	☐	☐
	m.d	- Mise en place décision	☐	☐	☐	☐
	m.e	Par Qui :				

Notes/Remarques :

Merci de demander les supports (papiers ou informatique) utilisés pour les RCP .

			Oui	Non
21	a	L'équipe élabore des protocoles pluriprofessionnels :	☐	☐
	b	Si oui, quels sont les protocoles mis en place :		
	c	Celui-ci est mentionné dans le dossier du patient :	☐	☐
22	a	L'équipe réalise des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) :	☐	☐
	b	Si oui, quels domaines sont traités :		
	c	Les professionnels de santé sont formés à l'ETP:	☐	☐
	d	Nombre et type de professionnels formés à l'ETP		
23	a	L'équipe réalise des analyses des pratiques :	☐	☐
	b	Si oui, à quelle fréquence (par an) :		
	c	Présence d'un médecin délégué à l'information médicale	☐	☐
24		L'équipe utilise le plan personnalisé de santé (PPS) de type PAERPA :	☐	☐
25	a	Présence d'une association de patients :	☐	☐
	b	Si non, est ce en projet :	☐	☐
	c	Présence de patients experts :	☐	☐
26	a	Réalisation d'une évaluation de de qualité ou d'un audit	☐	☐
	b	Réalisation d'une auto-évaluation via la matrice de maturité de l'HAS	☐	☐
	c	Amélioration de vos pratiques suite à une telle évaluation :	☐	☐

Réunion de concertation pluriprofessionnelle	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
27.a) Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte rendu diffusé à tous.	☐	☐	☐	
27.b) Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluripro (protocoles pluripro…).	☐	☐	☐	
27.c) Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.	☐	☐	☐	
27.d) Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.	☐	☐	☐	
27.e) Un suivi des décisions est organisé.	☐	☐	☐	

Protocoles pluriprofessionnels	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
28.a) Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.	☐	☐	☐	
28.b) Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés.	☐	☐	☐	
28.c) Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.	☐	☐	☐	
28.d) Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.	☐	☐	☐	
28.e) Les protocoles sont régulièrement mis à jour.	☐	☐	☐	

Coordination avec les autres acteurs du territoire	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
29.a) Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.	☐	☐	☐	
29.b) Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire : professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui autres sont élaborées, adaptées.	☐	☐	☐	
29.c) Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.	☐	☐	☐	

29.d) Les procédures sont régulièrement mises à jour.	☐ ☐ ☐	
29.e) Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.	☐ ☐ ☐	

Dynamique d'équipe	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
30.a) Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.	☐	☐	☐	
30.b) Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés.	☐	☐	☐	
30.c) Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation).	☐	☐	☐	
30.d) Des formations pluriprofessionnelles sont proposées à l 'équipe.	☐	☐	☐	
30.e) L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.	☐	☐	☐	

Système d'information

Partage de données	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
31.a) L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.	☐	☐	☐	
31.b) L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.	☐	☐	☐	
31.c) Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.	☐	☐	☐	
31.d) Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.	☐	☐	☐	
31.e) L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, plan personnalisé de santé [PPS]).	☐	☐	☐	

Gestion des données cliniques	considéré est-il intégré à votre pratique ?			objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
32.a) L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification)	☐	☐	☐	
32.b) La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite	☐	☐	☐	
32.c) La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite	☐	☐	☐	
32.d) La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite	☐	☐	☐	
32.e) Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage)	☐	☐	☐	

Analyse des pratiques	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
33.a) Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe.	☐	☐	☐	

33.b) Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe.	☐ ☐ ☐	
33.c) Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients	☐ ☐ ☐	
33.d) Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif)	☐ ☐ ☐	
33.e) Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques.	☐ ☐ ☐	

Projet de sante

Projet de santé de l'équipe	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
34.a) Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée.	☐	☐	☐	
34.b) Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins.	☐	☐	☐	
34.c) Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé.	☐	☐	☐	
34.d) Un suivi formalisé de ces actions est organisé.	☐	☐	☐	
34.e) Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous les acteurs du territoire.	☐	☐	☐	

Accès aux soins	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
35.a) L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité.	☐	☐	☐	
35.b) Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.	☐	☐	☐	
35.c) La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.	☐	☐	☐	
35.d) Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.	☐	☐	☐	
35.e) La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.	☐	☐	☐	

Continuité des soins	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
36.a) La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée.	☐	☐	☐	
36.b) La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée.	☐	☐	☐	
36.c) La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies…).	☐	☐	☐	
36.d) Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins.	☐	☐	☐	
36.e) Les modalités d'accès aux soins de second recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.	☐	☐	☐	

Gestion du projet de santé de l'équipe	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ? non	en partie	oui	Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
37.a) Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés.	☐	☐	☐	
37.b) Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluripro-fessionnel.	☐	☐	☐	
37.c) Un suivi formalisé des décisions est organisé.	☐	☐	☐	
37.d) Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur…)	☐	☐	☐	
37.e) Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités.	☐	☐	☐	

Implication des patients

Information des patients	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ? non	en partie	oui	Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
38.a) Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).	☐	☐	☐	
38.b) Cette information est remise aux patients lors des consultations.	☐	☐	☐	
38.c) Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.	☐	☐	☐	

38.d) Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.	☐	☐	☐	
38.e) La compréhension des messages délivrés est évaluée.	☐	☐	☐	

Education thérapeutique (ETP)	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
39.a) Un plan de développement de l'ETP est élaboré.	☐	☐	☐	
39.b) L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP.	☐	☐	☐	
39.c) L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients.	☐	☐	☐	
39.d) Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée.	☐	☐	☐	
39.e) Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués.	☐	☐	☐	
Plan Personnalisé de Santé (PPS)	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	

40.a) Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.	☐ ☐ ☐	
40.b) Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.	☐ ☐ ☐	
40.c) L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.	☐ ☐ ☐	
40.d) Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats).	☐ ☐ ☐	
40.e) Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.	☐ ☐ ☐	

Prise en compte de l'expérience des patients	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
41.a) Un recueil de l'avis des patients est organisé	☐	☐	☐	
41.b) Ce recueil est organisé de manière régulière.	☐	☐	☐	
41.c) L'analyse des résultats est réalisée en équipe.	☐	☐	☐	

41.d) Cette analyse débouche sur un plan d'actions.	☐ ☐ ☐	
41.e) Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.	☐ ☐ ☐	

Soutien aux aidants	L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
42.a) Une évaluation des besoins des aidants est organisée.	☐	☐	☐	
42.b) Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible.	☐	☐	☐	
42.c) L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.	☐	☐	☐	
42.d) Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.	☐	☐	☐	
42.e) Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée.	☐	☐	☐	

Commentaires :

Annexe 2 : Carte des MSP en fonctionnement et en projet en région Grand Est, Juillet 2017.

Annexe 3 : Tableau 11 Réponses à la matrice de maturité de la HAS, des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du Grand Est.

		NON RA		RA		Total	(%)
		Effectifs	(%)	Effectifs	(%)		
		21	30,88%	47	69,12%	68	100%
RCP	NC	15	71,40%	3	6,40%	18	26,47%
	NON	1	4,80%	1	2,10%	2	2,94%
	EN PARTIE	2	9,50%	19	40,40%	21	30,88%
	OUI	3	14,30%	24	51,10%	27	39,71%
RCP 1	NC	15	71,40%	3	6,40%	18	26,47%
	NON	0	0,00%	5	10,60%	5	7,35%
	EN PARTIE	0	0,00%	6	12,80%	6	8,82%
	OUI	6	28,60%	33	70,20%	39	57,35%
RCP 2	NC	15	71,40%	3	6,40%	18	26,47%
	NON	0	0,00%	8	17,00%	8	11,76%
	EN PARTIE	0	0,00%	8	17,00%	8	11,76%
	OUI	6	28,60%	28	59,60%	34	50,00%
RCP 3	NC	15	71,40%	3	6,40%	18	26,47%
	NON	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	EN PARTIE	1	4,80%	12	25,50%	13	19,12%
	OUI	5	23,80%	30	63,80%	35	51,47%
RCP 4	NC	15	71,40%	3	6,40%	18	26,47%
	NON	2	9,50%	13	27,70%	15	22,06%
	EN PARTIE	2	9,50%	16	34,00%	18	26,47%
	OUI	2	9,50%	15	31,90%	17	25,00%
protocoles 1	NC	12	57,10%	5	10,60%	17	25,00%
	NON	0	0,00%	5	10,60%	5	7,35%
	EN PARTIE	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
	OUI	8	38,10%	33	70,20%	41	60,29%
protocoles 2	NC	12	57,10%	5	10,60%	17	25,00%
	NON	0	0,00%	3	6,40%	3	4,41%
	EN PARTIE	3	14,30%	4	8,50%	7	10,29%
	OUI	6	28,60%	35	74,50%	41	60,29%
protocoles 3	NC	12	57,10%	5	10,60%	17	25,00%
	NON	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	EN PARTIE	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	OUI	8	38,10%	40	85,10%	48	70,59%
protocoles 4	NC	12	57,10%	5	10,60%	17	25,00%

	NON	6	28,60%	26	55,30%	32	47,06%
	EN PARTIE	2	9,50%	9	19,10%	11	16,18%
	OUI	1	4,80%	7	14,90%	8	11,76%
protocoles 5	NC	16	76,20%	16	34,00%	32	47,06%
	NON	1	4,80%	5	10,60%	6	8,82%
	EN PARTIE	1	4,80%	9	19,10%	10	14,71%
	OUI	3	14,30%	17	36,20%	20	29,41%
coordination extérieure 1	NON	6	28,60%	18	38,30%	24	35,29%
	EN PARTIE	3	14,30%	8	17,00%	11	16,18%
	OUI	12	57,10%	21	44,70%	33	48,53%
coordination extérieure 2	NON	12	57,10%	24	51,10%	36	52,94%
	EN PARTIE	3	14,30%	11	23,40%	14	20,59%
	OUI	6	28,60%	12	25,50%	18	26,47%
coordination extérieure 3	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	NON	20	95,20%	43	91,50%	63	92,65%
	OUI	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
coordination extérieure 4	NC	5	23,80%	12	25,50%	17	25,00%
	NON	12	57,10%	28	59,60%	40	58,82%
	EN PARTIE	2	9,50%	3	6,40%	5	7,35%
	OUI	2	9,50%	4	8,50%	6	8,82%
coordination extérieure 5	NON	8	38,10%	18	38,30%	26	38,24%
	EN PARTIE	2	9,50%	8	17,00%	10	14,71%
	OUI	11	52,40%	21	44,70%	32	47,06%
dynamique d'équipe 1	NC	5	23,80%	12	25,50%	17	25,00%
	NON	3	14,30%	2	4,30%	5	7,35%
	EN PARTIE	4	19,00%	9	19,10%	13	19,12%
	OUI	9	42,90%	24	51,10%	33	48,53%
dynamique d'équipe 2	NON	6	28,60%	19	40,40%	25	36,76%
	EN PARTIE	8	38,10%	13	27,70%	21	30,88%
	OUI	7	33,30%	15	31,90%	22	32,35%
dynamique d'équipe 3	NON	8	38,10%	20	42,60%	28	41,18%
	EN PARTIE	7	33,30%	9	19,10%	16	23,53%
	OUI	6	28,60%	18	38,30%	24	35,29%
dynamique d'équipe 4	NON	10	47,60%	21	44,70%	31	45,59%
	EN PARTIE	4	19,00%	8	17,00%	12	17,65%
	OUI	7	33,30%	18	38,30%	25	36,76%
dynamique d'équipe 5	NON	5	23,80%	2	4,30%	7	10,29%
	EN PARTIE	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
	OUI	15	71,40%	43	91,50%	58	85,29%
partage de données 1	NON	4	19,00%	1	2,10%	5	7,35%
	EN PARTIE	5	23,80%	9	19,10%	14	20,59%
	OUI	12	57,10%	37	78,70%	49	72,06%

partage de données 2	NON	15	71,40%	30	63,80%	45	66,18%
	EN PARTIE	3	14,30%	7	14,90%	10	14,71%
	OUI	3	14,30%	10	21,30%	13	19,12%
partage de données 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	5	23,80%	5	10,60%	10	14,71%
	EN PARTIE	7	33,30%	8	17,00%	15	22,06%
	OUI	8	38,10%	34	72,30%	42	61,76%
partage de données 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	13	61,90%	11	23,40%	24	35,29%
	EN PARTIE	4	19,00%	17	36,20%	21	30,88%
	OUI	3	14,30%	19	40,40%	22	32,35%
partage de données 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	8	38,10%	15	31,90%	23	33,82%
	NSP	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	2	9,50%	3	6,40%	5	7,35%
	OUI	9	42,90%	29	61,70%	38	55,88%
gestion données cliniques 1	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	13	61,90%	12	25,50%	25	36,76%
	NSP	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	2	9,50%	23	48,90%	25	36,76%
	OUI	4	19,00%	12	25,50%	16	23,53%
gestion données cliniques 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	NSP	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	EN PARTIE	2	9,50%	2	4,30%	4	5,88%
	OUI	18	85,70%	43	91,50%	61	89,71%
gestion données cliniques 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	3	14,30%	2	4,30%	5	7,35%
	NSP	2	9,50%	0	0,00%	2	2,94%
	EN PARTIE	2	9,50%	13	27,70%	15	22,06%
	OUI	13	61,90%	32	68,10%	45	66,18%
gestion données cliniques 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	6	28,60%	5	10,60%	11	16,18%
	EN PARTIE	0	0,00%	6	12,80%	6	8,82%
	OUI	14	66,70%	36	76,60%	50	73,53%
gestion données cliniques 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	0	0,00%	9	19,10%	9	13,24%
	EN PARTIE	2	9,50%	7	14,90%	9	13,24%
	OUI	18	85,70%	31	66,00%	49	72,06%
analyse des pratiques 1	NC	19	90,50%	40	85,10%	59	86,76%
	NON	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	OUI	2	9,50%	6	12,80%	8	11,76%

analyse des pratiques 2	NC	19	90,50%	40	85,10%	59	86,76%
	NON	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	1	4,80%	5	10,60%	6	8,82%
analyse des pratiques 3	NC	19	90,50%	40	85,10%	59	86,76%
	NON	1	4,80%	1	2,10%	2	2,94%
	EN PARTIE	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
	OUI	0	0,00%	4	8,50%	4	5,88%
analyse des pratiques 4	NC	19	90,50%	40	85,10%	59	86,76%
	NON	1	4,80%	3	6,40%	4	5,88%
	OUI	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
analyse des pratiques 5	NC	19	90,50%	40	85,10%	59	86,76%
	NON	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
	OUI	0	0,00%	5	10,60%	5	7,35%
projet de santé 1	NC	5	23,80%	12	25,50%	17	25,00%
	NON	4	19,00%	16	34,00%	20	29,41%
	EN PARTIE	2	9,50%	7	14,90%	9	13,24%
	OUI	10	47,60%	12	25,50%	22	32,35%
projet de santé 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	6	28,60%	20	42,60%	26	38,24%
	EN PARTIE	2	9,50%	3	6,40%	5	7,35%
	OUI	12	57,10%	24	51,10%	36	52,94%
projet de santé 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	6	28,60%	20	42,60%	26	38,24%
	EN PARTIE	2	9,50%	1	2,10%	3	4,41%
	OUI	12	57,10%	26	55,30%	38	55,88%
projet de santé 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	13	61,90%	31	66,00%	44	64,71%
	EN PARTIE	4	19,00%	8	17,00%	12	17,65%
	OUI	3	14,30%	8	17,00%	11	16,18%
projet de santé 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	16	76,20%	37	78,70%	53	77,94%
	EN PARTIE	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
	OUI	3	14,30%	6	12,80%	9	13,24%
accès aux soins 1	NON	3	14,30%	3	6,40%	6	8,82%
	EN PARTIE	1	4,80%	10	21,30%	11	16,18%
	OUI	17	81,00%	34	72,30%	51	75,00%
accès aux soins 2	NSP	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	1	4,80%	5	10,60%	6	8,82%
	EN PARTIE	1	4,80%	7	14,90%	8	11,76%

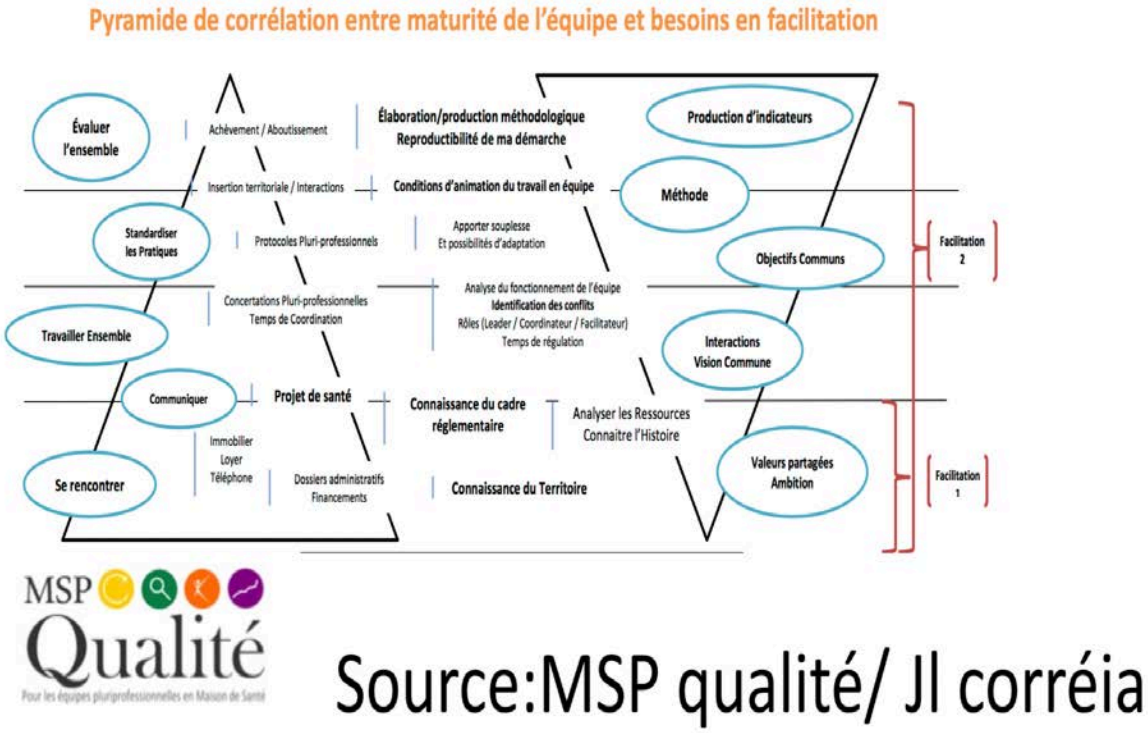
	OUI	17	81,00%	35	74,50%	52	76,47%
accès aux soins 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	1	4,80%	3	6,40%	4	5,88%
	EN PARTIE	0	0,00%	3	6,40%	3	4,41%
	OUI	19	90,50%	41	87,20%	60	88,24%
accès aux soins 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	9	42,90%	10	21,30%	19	27,94%
	EN PARTIE	5	23,80%	12	25,50%	17	25,00%
	OUI	6	28,60%	25	53,20%	31	45,59%
accès aux soins 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	12	57,10%	19	40,40%	31	45,59%
	EN PARTIE	5	23,80%	16	34,00%	21	30,88%
	OUI	3	14,30%	12	25,50%	15	22,06%
continuité des soins 1	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	EN PARTIE	4	19,00%	0	0,00%	4	5,88%
	OUI	16	76,20%	45	95,70%	61	89,71%
continuité des soins 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	2	9,50%	1	2,10%	3	4,41%
	EN PARTIE	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
	OUI	17	81,00%	44	93,60%	61	89,71%
continuité des soins 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	4	19,00%	0	0,00%	4	5,88%
	OUI	16	76,20%	47	100,00%	63	92,65%
continuité des soins 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	10	47,60%	9	19,10%	19	27,94%
	EN PARTIE	1	4,80%	6	12,80%	7	10,29%
	OUI	9	42,90%	32	68,10%	41	60,29%
continuité des soins 5	NSP	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	EN PARTIE	2	9,50%	5	10,60%	7	10,29%
	OUI	17	81,00%	40	85,10%	57	83,82%
gestion du projet de santé 1	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	6	28,60%	1	2,10%	7	10,29%
	EN PARTIE	4	19,00%	7	14,90%	11	16,18%
	OUI	10	47,60%	39	83,00%	49	72,06%
gestion du projet de santé 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	3	14,30%	2	4,30%	5	7,35%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	17	81,00%	43	91,50%	60	88,24%
gestion du	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%

projet de santé 3	NON	5	23,80%	5	10,60%	10	14,71%
	EN PARTIE	5	23,80%	10	21,30%	15	22,06%
	OUI	10	47,60%	32	68,10%	42	61,76%
gestion du projet de santé 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	17	81,00%	10	21,30%	27	39,71%
	EN PARTIE	2	9,50%	11	23,40%	13	19,12%
	OUI	1	4,80%	26	55,30%	27	39,71%
gestion du projet de santé 5	NSP	3	14,30%	4	8,50%	7	10,29%
	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	7	33,30%	5	10,60%	12	17,65%
	EN PARTIE	3	14,30%	10	21,30%	13	19,12%
	OUI	7	33,30%	28	59,60%	35	51,47%
information des patients 1	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	8	38,10%	22	46,80%	30	44,12%
	EN PARTIE	6	28,60%	5	10,60%	11	16,18%
	OUI	6	28,60%	20	42,60%	26	38,24%
information des patients 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	8	38,10%	24	51,10%	32	47,06%
	EN PARTIE	4	19,00%	6	12,80%	10	14,71%
	OUI	8	38,10%	17	36,20%	25	36,76%
information des patients 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	8	38,10%	5	10,60%	13	19,12%
	EN PARTIE	3	14,30%	11	23,40%	14	20,59%
	OUI	9	42,90%	31	66,00%	40	58,82%
information des patients 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	16	76,20%	30	63,80%	46	67,65%
	EN PARTIE	2	9,50%	8	17,00%	10	14,71%
	OUI	2	9,50%	9	19,10%	11	16,18%
information des patients 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	18	85,70%	36	76,60%	54	79,41%
	EN PARTIE	1	4,80%	7	14,90%	8	11,76%
	OUI	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
ETP 1	NC	9	42,90%	15	31,90%	24	35,29%
	NON	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	EN PARTIE	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
	OUI	10	47,60%	28	59,60%	38	55,88%
ETP 2	NC	9	42,90%	15	31,90%	24	35,29%
	NON	2	9,50%	3	6,40%	5	7,35%
	EN PARTIE	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	OUI	10	47,60%	28	59,60%	38	55,88%
ETP 3	NC	9	42,90%	15	31,90%	24	35,29%
	NON	2	9,50%	3	6,40%	5	7,35%

	EN PARTIE	3	14,30%	6	12,80%	9	13,24%
	OUI	7	33,30%	23	48,90%	30	44,12%
ETP 4	NC	9	42,90%	15	31,90%	24	35,29%
	NON	3	14,30%	8	17,00%	11	16,18%
	EN PARTIE	1	4,80%	6	12,80%	7	10,29%
	OUI	8	38,10%	18	38,30%	26	38,24%
ETP 5	NC	9	42,90%	15	31,90%	24	35,29%
	NON	9	42,90%	17	36,20%	26	38,24%
	EN PARTIE	1	4,80%	9	19,10%	10	14,71%
	OUI	2	9,50%	6	12,80%	8	11,76%
PPS 1	NC	20	95,20%	40	85,10%	60	88,24%
	EN PARTIE	0	0,00%	3	6,40%	3	4,41%
	OUI	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
PPS 2	NC	20	95,20%	40	85,10%	60	88,24%
	NON	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	EN PARTIE	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	OUI	1	4,80%	5	10,60%	6	8,82%
PPS 3	NC	20	95,20%	40	85,10%	60	88,24%
	NON	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
PPS 4	NC	20	95,20%	40	85,10%	60	88,24%
	NON	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	EN PARTIE	0	0,00%	1	2,10%	1	1,47%
	OUI	1	4,80%	4	8,50%	5	7,35%
PPS 5	NC	20	95,20%	40	85,10%	60	88,24%
	NON	0	0,00%	3	6,40%	3	4,41%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
expérience des patients 1	NC	16	76,20%	37	78,70%	53	77,94%
	EN PARTIE	3	14,30%	5	10,60%	8	11,76%
	OUI	2	9,50%	5	10,60%	7	10,29%
expérience des patients 2	NC	16	76,20%	38	80,90%	54	79,41%
	NON	4	19,00%	5	10,60%	9	13,24%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
expérience des patients 3	NC	16	76,20%	37	78,70%	53	77,94%
	NON	3	14,30%	3	6,40%	6	8,82%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	2	9,50%	5	10,60%	7	10,29%
expérience des patients 4	NC	16	76,20%	37	78,70%	53	77,94%
	NON	3	14,30%	3	6,40%	6	8,82%

	EN PARTIE	1	4,80%	2	4,30%	3	4,41%
	OUI	1	4,80%	5	10,60%	6	8,82%
expérience des patients 5	NC	16	76,20%	37	78,70%	53	77,94%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	NON	5	23,80%	8	17,00%	13	19,12%
soutien aux aidants 1	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	11	52,40%	27	57,40%	38	55,88%
	EN PARTIE	6	28,60%	14	29,80%	20	29,41%
	OUI	3	14,30%	6	12,80%	9	13,24%
soutien aux aidants 2	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	11	52,40%	26	55,30%	37	54,41%
	EN PARTIE	3	14,30%	9	19,10%	12	17,65%
	OUI	6	28,60%	12	25,50%	18	26,47%
soutien aux aidants 3	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	11	52,40%	16	34,00%	27	39,71%
	EN PARTIE	2	9,50%	12	25,50%	14	20,59%
	OUI	7	33,30%	19	40,40%	26	38,24%
soutien aux aidants 4	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	14	66,70%	31	66,00%	45	66,18%
	EN PARTIE	5	23,80%	8	17,00%	13	19,12%
	OUI	1	4,80%	8	17,00%	9	13,24%
soutien aux aidants 5	NC	1	4,80%	0	0,00%	1	1,47%
	NON	19	90,50%	44	93,60%	63	92,65%
	EN PARTIE	0	0,00%	2	4,30%	2	2,94%
	OUI	1	4,80%	1	2,10%	2	2,94%

Annexe 4 : Schéma de J.L Corréia : Pyramide de corrélation entre maturité de l'équipe et besoins en facilitation. MSP Qualité FFMPS.



Annexe 5 : Règlement Arbitral, extrait du concours médical (43)

LA RÉMUNÉRATION SOCLE (PRÉREQUIS)

ACCÈS AUX SOINS (1 200 PTS)

↘ Rémunération fixe (1200 points)
1. Ouverture de 8 à 20 h, samedi matin et congés scolaires (dérogation possible par la caisse et l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDS)
2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré
3. Fonction de coordination identifiée. Une charte d'engagement présentant l'ensemble de ces services est mise à disposition des patients

↘ Pas de rémunération variable

TRAVAIL EN ÉQUIPE/ COORDINATION (1 500 PTS)

↘ Rémunération fixe (500 points)
1. Protocoles pluriprofessionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (liste définie dans le contrat type)

↘ Rémunération variable (1000 points)
1. Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (1 réunion/mois)
Ces revues de dossier portent sur des affections visées à l'article 3.2 du RA
Compte-rendu intégré dans le dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes-rendus mis à disposition du service médical de l'Assurance maladie
Objectif: 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif

SYSTÈME D'INFORMATION (2 350 PTS)

↘ Rémunération fixe (850 points)
1. Système d'information labellisé de niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé (33 % des patients la 1re année suivant la mise en place du logiciel et 66 % la 2e année)
Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, le critère est réputé rempli si la structure dispose d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP

↘ Rémunération variable (1500 points)
Pour le système d'information défini ci-dessus la rémunération comporte une partie fixe et une partie variable

LA RÉMUNÉRATION PARTIE OPTIONNELLE

ACCÈS AUX SOINS (MAXIMUM 1 600 POINTS)

↘ Rémunération fixe (900 points)
1. Consultations spécialistes de 2e recours ou sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 j/semaine (250 points)
2. *Idem* au moins 0,5 ETP (200 points supplémentaires)
3. Offre des diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux : au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG ou au moins 3 professions paramédicales différentes (225 points supplémentaires)
4. *Idem* avec au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG et au moins 3 professions paramédicales différentes (225 points supplémentaires)

↘ Rémunération variable (700 points)
Modulation locale : missions de santé publique (en fonction des spécificités territoriales et objectifs du PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4 du RA)
> 350 points par projet (maximum de 2 projets rémunérés soit 700 points)

TRAVAIL EN ÉQUIPE/ COORDINATION (MAXIMUM 650 POINTS)

↘ Rémunération fixe (450 points)
1. Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an)

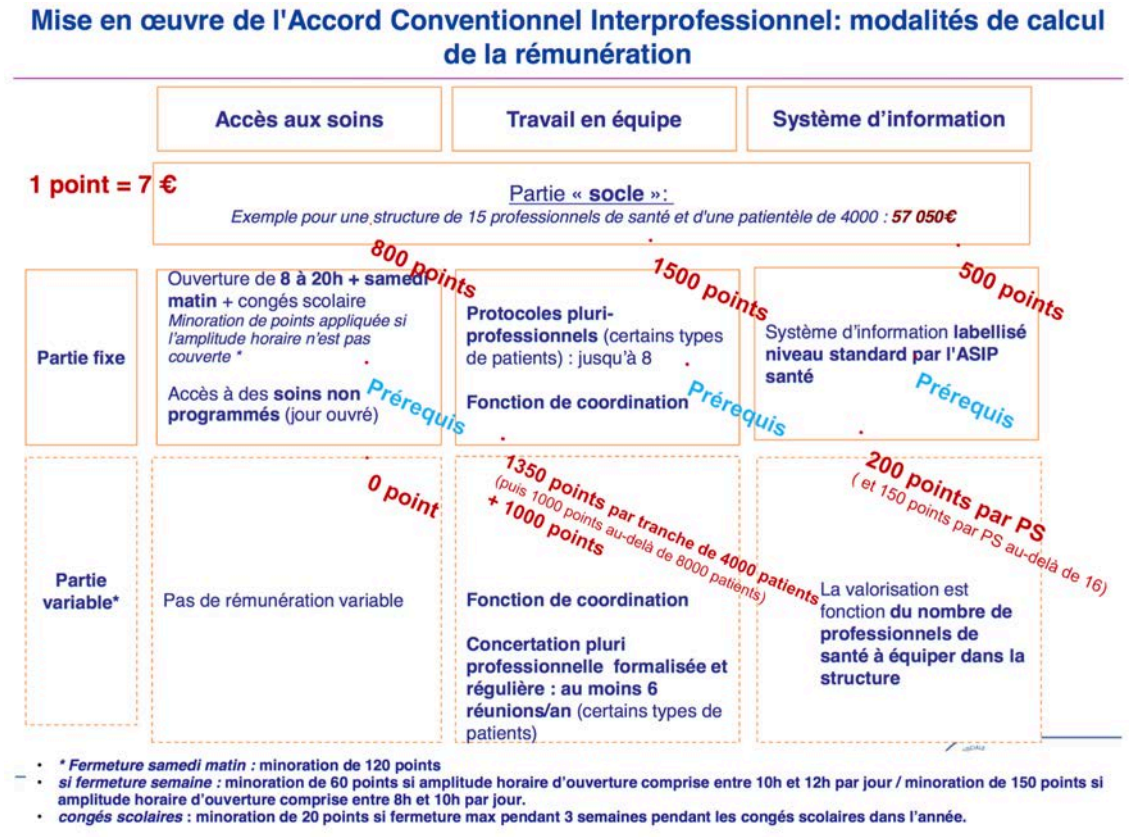
↘ Rémunération variable (200 points)
Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les PS extérieurs à la structure et vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux
Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médicale (VSM) défini par la HAS établi par le MT complété des informations recueillies par les autres PS de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge
Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure est ouvert et alimenté au moins par le VSM (200 points)

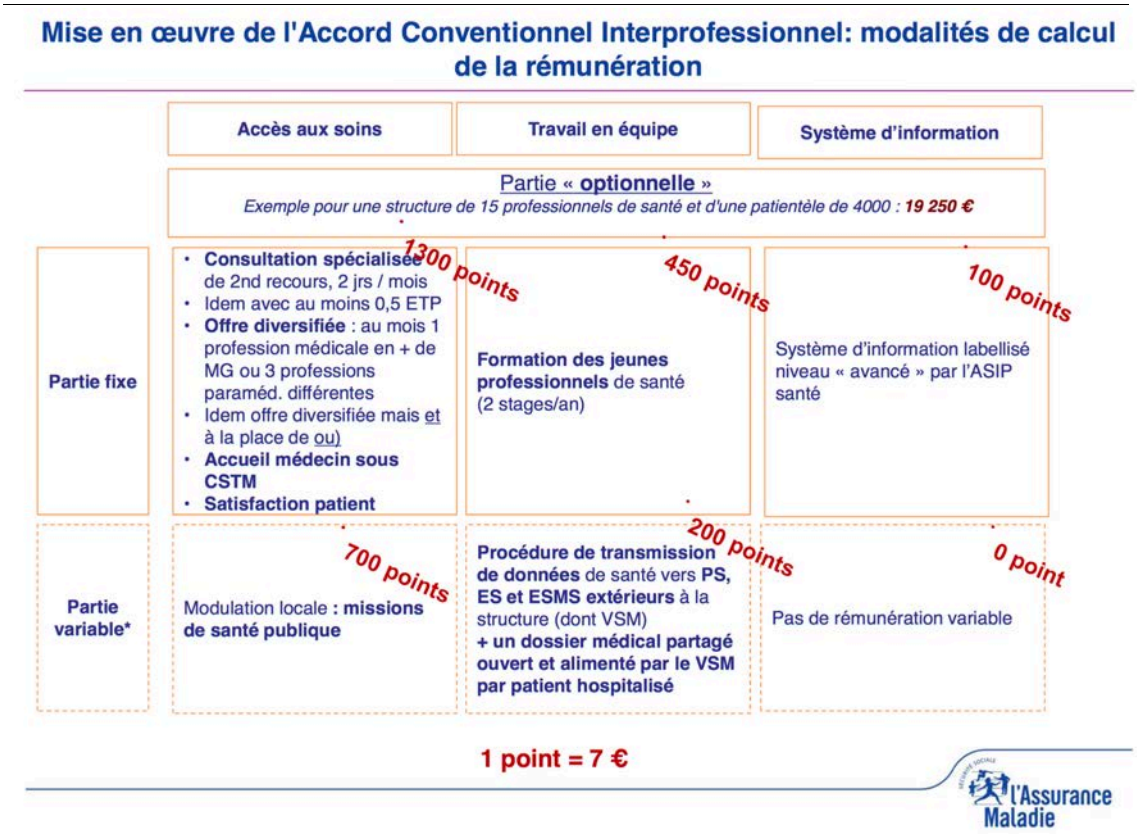
SYSTÈME D'INFORMATION (MAXIMUM 100 POINTS)

↘ Rémunération fixe (100 points)
1. Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2

↘ Pas de rémunération variable

Annexe 6 : Accord Conventionnel Interprofessionnel, tableau explicatif .CPAM 50, 2017





VU

NANCY, le 30 mai 2018
Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le 30 mai 2018
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10315

NANCY, le 04 juin 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE:

Introduction : Depuis une dizaine d'année, la création des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) a provoqué un choc culturel en transformant une pratique individuelle, isolée vers une pratique mixte avec un exercice coordonné en équipe. Ces ENMR ont accompagné le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) permettant de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé (morbidité-mortalité, satisfaction des usagers et une diminution des coûts). Le Règlement Arbitral (RA) puis l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ont généralisé et pérennisé les nouveaux modes de rémunération (NMR) au sein de ces structures. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de ces NMR sur la maturité des MSP du Grand Est en utilisant comme support la matrice de maturité de la HAS.

Matériel et méthode : Une étude quantitative comparative transversale a été réalisée entre juillet 2017 et décembre 2017 auprès des leaders et coordinateurs de 28 MSP du Grand Est, complétant la base de données d'une autre étude sur la Lorraine, permettant l'inclusion de 68 MSP. Un questionnaire, composé de la matrice de maturité de la HAS a été utilisé pour définir le niveau de maturité des MSP. Des tests de khi-2 et exact de Fisher ont été réalisés via le logiciel SPSS 25 d'IBM. La comparaison s'est faite entre les MSP adhérentes au RA et celles qui n'ont pas adhérées.

Résultats : Le groupe RA était composé de 47 MSP et le groupe Non RA de 21 MSP. 21 sous dimension sur 60 analysées présentaient une association significative avec un risque alpha <5%. Les dimensions concernées étaient les réunions de concertation pluriprofessionnelles, les protocoles pluriprofessionnels, le partage des données, la gestion des données cliniques, la continuité des soins et la gestion du projet de santé. Les dimensions non analysées car insuffisamment ou non intégrées à la pratique des structures concernaient l'éducation thérapeutique du patient, le plan personnalisé de santé, l'analyse des pratiques et l'expérience des patients.

Discussion : Cette étude a montré un niveau de maturité supérieur des MSP adhérentes aux RA dans 21 sous dimensions de la matrice de maturité. Ces sous dimensions étaient liées aux critères du RA et de l'utilisation de ces NMR. Cependant cette transformation est à poursuivre car certaines dimensions ne sont pas suffisamment intégrées dans la pratique des structures du Grand Est, notamment l'éducation thérapeutique et l'implication des patients. L'instauration d'une démarche qualité et d'une approche stratégique sont nécessaires afin d'améliorer la maturité des MSP, lieux d'innovation, tout en identifiant les freins et les leviers liés à ces NMR.

TITRE EN ANGLAIS: Maturity level and new payment methods for multi-professional healthcare centers in the Great East region of France: a transformation to be continued.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE–ANNÉE 2018

MOTS CLES: Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Matrice de Maturité en Soins Primaires, Démarche qualité, Soins primaires, Règlement Arbitral, Accord Conventionnel Interprofessionnel, Niveau de maturité, Grand Est.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex