



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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Carole BERNARD

le 05 Février 2016

**ANALYSE DES PROJETS DE SANTE DES MAISONS ET
POLES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELS LORRAINS
ET DE LEUR MISE EN ŒUVRE**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Olivier Ziegler

Président

Mr le Professeur Serge Briançon

Juge

Mr le Professeur Jean-Dominique De Korwin

Juge

Mr le Dr Olivier Bouchy

Juge et Directeur

Mme le Dr Marie-France Gérard

Juge et Directrice



Doyen de



Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

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

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
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

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre
GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre
LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise
MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN

- Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU -
Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel
RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert
UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT
- Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone
GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques
LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur
Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT
- Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René
ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

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

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3^{ème} sous-section : (Néphrologie)
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4^{ème} sous-section : (Urologie)
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE

PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY

=====

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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER
Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous adressons notre sincère reconnaissance pour votre implication dans ce travail, votre disponibilité, votre rigueur et votre bienveillance à notre égard.

Nous tenons à vous remercier pour l'expérience qui est vôtre et que vous vous appliquez à transmettre, ainsi que pour la qualité et la richesse des connaissances que vous nous avez apporté pendant cet externat et cet internat.

C'est avec un profond respect que nous vous adressons ces remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Nous tenons à vous remercier pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement,
Médecine Générale, Addictologie

Nous tenons à vous faire part de nos sincères remerciements pour avoir accepté de
juger notre travail.

Veillez recevoir l'expression de notre respect et de notre considération.

A notre Juge et Directeur

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY
Praticien Généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Nous tenons à vous remercier pour la confiance que vous nous avez accordé et pour vos nombreux conseils pendant la préparation de ce travail. Nous tenons également à saluer votre engagement sur le territoire meusien qui motive les jeunes générations.

Que ce travail soit la sincère marque de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Juge et Directeur

**Madame le Docteur Marie-France Gérard
Praticien Généraliste**

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse.

Nous tenons à vous remercier pour votre soutien indéfectible durant la préparation de ce travail et pour l'attention et la confiance que vous nous avez accordés. Nous sommes, à titre plus personnel, particulièrement ravis de partager avec vous cet autre tournant de notre vie. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour toutes les notions et valeurs, médicales et humaines, que vous nous avez transmises lors de notre formation.

Veillez trouver dans ces mots notre profond respect et notre plus grande gratitude à votre égard.

REMERCIEMENTS

A tous les médecins et paramédicaux qui m'ont fait grandir :

- Au service de Médecine Interne de Bar-le-Duc et au Dr Evon, Dr Rapt et Dr Lavandier, ainsi qu'à toutes ses formidables infirmières, aides soignantes et secrétaires qui m'ont fait naître en tant qu'interne dans les meilleurs conditions dont on puisse rêver.
- Au Dr Nicolas Robin mon premier maître en médecine générale, chez vous mon choix pour la médecine générale est devenue une certitude. Vous m'avez appris bien plus que la médecine, vous m'avez appris l'humain, la satisfaction du travail bien fait et le bonheur de pratiquer un métier aussi formidable dans une ambiance joviale.
- Au service de Gynécologie de Bar le Duc, et plus particulièrement au Dr Mougenot, mon Maître en gynécologie qui encore aujourd'hui prend le temps de répondre à mes questions comme elle l'a toujours fait.
- A mes Maîtres de SASPAS qui m'ont ouvert les portes de leurs cabinets et m'ont fait confiance. Leurs diversités de pratiques furent une réelle source d'inspiration : Le Dr Odile Kusy pour son travail exemplaire dans une zone urbaine sensible, le Dr Poyeton et son humanisme sans faille, le Dr Jean-Jacques Antoine pour sa soif de connaissance et son souci du détail et le Dr Gérard pour son art de l'organisation. Et à Céline secrétaire inoubliable, sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est : merci du fond du cœur.

A mes parents, pour leurs soutiens sans faille depuis toujours et pour toujours. Sans vous, sans votre amour et vos encouragements rien n'aurait été possible. Vous êtes mon roc incassable, contre vent et marais et j'espère vous rendre un jour tout ce que vous m'apportez encore aujourd'hui. Merci aussi à ma Mamounette pour sa relecture attentive.

A ma sœur Claire, mon yang sans qui mon ying ne saurait trouver son équilibre. Nos différences font notre richesse. Merci à toi et à Thibault de m'avoir offert le bonheur d'être la Tata de mon petit Eliott.

A ma famille, tous mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines. Merci pour les fous rires, les vacances au Rousse, les noëls, les sorties en treillis dans la forêt, les grandes guerres Playmobil, les jeux de sociétés. Et à toutes nos réunions futures.

A mes grands parents, votre amour me porte encore aujourd'hui. Je penserai fort à vous en enfilant ma toge et à vos yeux pleins de fierté posés sur moi depuis là haut.

A ma belle famille, mes beaux parents qui ont su me faire une place dans leur jolie famille. A Elsa notre petit Léopard et aux autres gouyoux Simon, Aliya, Clément et Elise.

A mes amis Louise et Yacine, même si la distance nous a éloignés vous restez les meilleurs amis que je n'ai jamais eu. Vous me manquez.

A la forge verte, Lisou, sa petite famille et ses petits chevaux, Justine et Nico, Lucidre brut, Laure x 2, Aurore et Flo. J'ai trouvé en vous une deuxième famille dans

un moment qui n'était pas facile pour moi. Vivement les nouveaux défis de cassage de sucre.

A mes amis Lyonnais pour m'avoir accueilli dans ma nouvelle vie. Merci à Océane de m'avoir ouvert les portes de son écurie et de me permettre de me dépasser. A Margot et Pauline mes plus belles rencontres.

A mes co-internes et pour beaucoup amis.

A Bar le Duc : Olivier mon meilleur co-interne qui m'a permis de prendre la vie côté relax, Ségolène un an et demi de lieux de stage communs nous ont beaucoup rapproché et n'en déplaise à Ghislain : je t'aimeuhhh, Ludo mon petit skieur fou, Arnaud, Nicnic, Spasfon, Thèrèse et le ventre de glisssssseeee !!

A Verdun : Romain, Martinou, Sebi, Luc, Maria, Darina, merci pour les soirées, Mario-Kart, l'Estaminet, le Gangnam style dans le sas du SAU, les batailles de plumes, les trous dans les portes, les culs nus sur le toit... Enfin tout quoi, c'était vraiment 6 mois formidables.

Aux chatons de Bar le Duc 2013 : Camille, Marion, FX, Nico, Jeremy et les autres. Merci pour les délires, les balades déguisées dans les couloirs, les plâtres de FX au SAU...

A Laurie pour m'avoir aidé et conseillé pour ma thèse en mémoire de nos jeunes années Fac.

Et enfin à David, mon amour, ma moitié... Chaque seconde à tes côtés n'est que bonheur, tu me fais grandir, ta confiance en moi me fait avancer un peu plus chaque jour. Tu es mon pilier. Merci pour les deux petits soleils que tu as mis dans ma vie Zia et Lucie. A tous nos projets, à nos fous rires, à Nous.

SERMENT

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	18
INTRODUCTION.....	19
MATERIELS ET METHODES	23
1. Caractéristiques de l'étude	23
2. Questionnaires	23
a) Premier questionnaire	23
b) Deuxième questionnaire	24
3. Recueil des données	25
4. Analyse des données	25
RESULTATS.....	26
1. Taux de réponse.....	26
2. Caractéristiques des structures participantes	26
3. Le projet global.....	27
a) Diagnostic du territoire.....	27
b) Le projet immobilier	27
c) Le financement de la structure et forme juridique	29
4. Le projet de santé	30
a) La coordination et la coopération entre professionnels de la MSP et du territoire	30
b) L'organisation des soins au sein de la structure.....	34
c) La composition des MSP et PSAP	35
d) Formation des étudiants	37
e) Démarches qualité	38
5. Missions de soins et de santé publique et modalité d'information des patients	39
DISCUSSION	41
1. Critiques sur la méthodologie	41
2. Discussion des résultats.....	41
a) Les objectifs du socle minimal obligatoire	42
b) Les critères optionnels souhaitables	44
c) Les critères facultatifs	45
3. Les freins et les leviers	46
CONCLUSION	48
ANNEXES.....
1. Annexe 1	19
2. Annexe 2	21
3. Annexe 3	21
4. Annexe 4.....	22
1. Annexe 5.....	53
2. Annexe 6	62

Liste des abréviations

ARS	Agences Régionales de Santé
CODECOM	Communauté DE COMMunes
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ENMR	Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération
FEMALOR	Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fond d'Intervention Régional
IRDES	Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
MSPU	Maisons de Santé Pluridisciplinaires Universitaires
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
PSAP	Pôle de Santé Ambulatoire Pluri-professionnel
RCP	Réunion de Concertation Pluri-professionnelle
SISA	Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
SROS	Schéma Régionale d'Offre de Soins
URPS	Unions Régionales des professionnels de Santé

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, les professionnels de santé libéraux expriment leur volonté de travailler ensemble. Ainsi, est apparue sur le territoire français une nouvelle forme de structure collaborative appelée maison de santé pluri-professionnelle (MSP). Sur des territoires plus étendus, des sites géographiquement distincts se sont réunis en pôle de santé ambulatoire pluri-professionnel (PSAP).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins donne des chiffres alarmant sur l'évolution de la démographie des médecins généralistes en activité régulière¹ au 1^{er} janvier 2015 [8]. En Lorraine, on compte en 2015, 2 042 médecins généralistes exclusivement libéraux, ou avec une activité mixte (*Annexe 1*). On constate une baisse des effectifs de 9,2% alors qu'elle est en moyenne de 7,4% au niveau national². De plus, 25% de ces médecins étaient âgés de plus de 60 ans au 1^{er} janvier 2015 tandis que seulement 14,7% avaient moins de 40 ans [20]. Au vu de ces chiffres, il semble urgent de trouver des solutions pour pérenniser l'offre de soins de premiers recours particulièrement en mode d'exercice libéral, afin de permettre aux populations de garder une facilité d'accès aux soins primaires.

LORRAINE					
	LORRAINE	MEURTHE-ET-MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES
Effectifs					
Hommes	1837	592	149	826	270
Femmes	1244	493	85	466	200
Total	3081	1085	234	1292	470
Mode d'exercice					
Libéraux	58,1 %	55,9 %	49,6 %	60,4 %	61,1 %
Mixtes	8,2 %	8,8 %	12,4 %	8,0 %	5,5 %
Salariés	33,6 %	35,2 %	38,0 %	31,6 %	33,4 %
Taux de remplaçants non retraités	6,2 %	8,7 %	3,7 %	5,1 %	4,5 %
Densité					
Pour 100 000 habitants	128,0	145,1	117,0	121,1	119,8
Evolution					
Variation 2007-2015	-9,2 %	-11,9 %	-4,1 %	-7,4 %	-9,8 %
Var. taux de féminisation 2007-2015	15,3 %	10,2 %	43,0 %	16,2 %	19,8 %
Var. taux de salariat 2007-2015	3,9 %	1,6 %	11,8 %	3,7 %	6,8 %
Profil démographique					
Age moyen	52	51	51	53	51
Part des 60 ans et plus	25,2 %	20,9 %	25,2 %	29,1 %	24,0 %
Part des moins de 40 ans	14,7 %	17,1 %	19,7 %	10,6 %	17,7 %
Part de retraités actifs	5,6 %	6,9 %	10,0 %	2,5 %	8,4 %

Annexe 1- Statistiques concernant la médecine générale en Lorraine selon le conseil de l'ordre national des médecins au 1^{er} janvier 2015²

¹ Il s'agit des médecins inscrit sur le tableau du Conseil départemental, conformément à l'article L.4112-1 et qui exercent en secteur libéral/mixte ou salarié (hors remplaçants) n'ayant pas fait valoir leurs droits à la retraite.

² Chiffres émanent du site de cartographie interactive du conseil national de l'ordre des médecins (ATLAS 2015) : <http://www.demographie.medecin.fr>

L'exercice en groupe mono disciplinaire représente 40% de l'activité libérale des médecins généralistes. Mais le regroupement en MSP et PSAP reste encore minoritaire avec 14,3% des effectifs concernés [14]. Pourtant, grâce à des études récentes de l'IRDES, on sait que les bénéfices d'un regroupement pluri professionnel sur l'offre de soins sont multiples [1,10,13,17,18,19]. En premier lieu, cela a favorisé l'installation de professionnels dans des zones désertifiées ou fragiles [10]. On a également constaté une meilleure attractivité pour les patients et une diminution des dépenses [18]. Enfin, la qualité des pratiques semble également meilleure dans les MSP et PSAP [19].

La loi française prévoit depuis décembre 2007, dans l'article L.6323-3 du code de la santé publique, le regroupement de plusieurs professionnels en maison de santé. Des modifications ont ensuite été apportées par l'article n°2009-879 en juillet 2009 prévoyant notamment la formation de pôles de santé. Puis l'article n° 2011-940 en Août 2011 a permis la création de « Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) » une entité juridique propre à ces structures et facilitant leur gestion administrative.

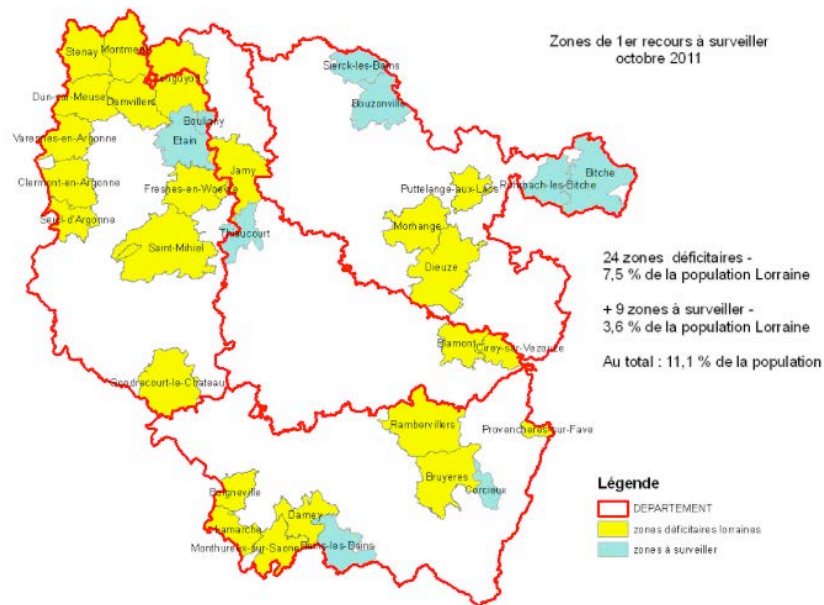
La loi impose aux structures l'écriture d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné qui doit être validé par les Agences Régionales de Santé (ARS.) De plus, en Juillet 2010, le Ministère de la Santé publie une circulaire établissant un cahier des charges national pour les maisons de santé[15] afin d'aider à leur rédaction et d'uniformiser les structures. C'est au travers de ce projet coordonné qu'une distinction entre un simple regroupement de professionnels de type cabinet de groupe et une maison de santé pourra être établie. Cette reconnaissance auprès des ARS permet à ces structures d'être éligibles au plan national de déploiement des MSP en milieu rural visant à financer 250 MSP entre 2010 et 2013.

En janvier 2011, l'ARS de Lorraine édite un cahier des charges régional pour les MSP et PSAP reprenant pour partie les critères nationaux comme critères obligatoires, y ajoutant des critères optionnels souhaités et des critères « avancés » qui octroient une plus-value [10]. Les projets sont soumis à l'ARS puis présentés au comité de sélection régional des MSP et PSAP. Co-présidé par le directeur général de l'ARS et le préfet de Région, ce comité est composé de représentants des préfectures de département, des collectivités territoriales, des professionnels de santé, de l'ordre des médecins, des URPS et de la FEMALOR. Ce comité examine la qualité du projet de santé proposé et évalue le projet architectural et financier des MSP et PSAP.

Parallèlement à cela, la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 (art 44) prévoyait la possibilité d'expérimenter des nouveaux modes de rémunération pour les structures de soins pluri-professionnelle. A cet effet, les structures devaient déposer un dossier dans le cadre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) aux ARS en suivant quelques grandes lignes de conduite. En 2010, les premières structures étaient sélectionnées pour y participer.

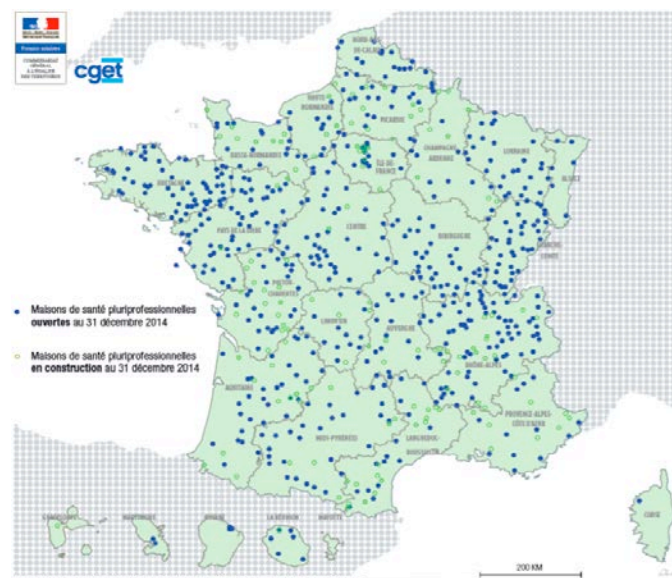
Même si le cahier des charges pour le projet de santé et les prérequis pour les ENMR ne sont pas identiques, il existe néanmoins de nombreux points communs. Dans les 2 cas, les volontés de l'ARS se portent sur l'adaptation du projet à un besoin du territoire, un exercice coordonné, une prise en charge globale et continue du patient ainsi que la formation des étudiants.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) parue en Juillet 2009, comportait deux innovations majeures : la création d'un schéma d'offre de soins régionale (SROS) adapté à chaque territoire et son extension aux soins ambulatoires. Dans l'arrêté 2012.0777 du 19 Juillet 2012, l'ARS de Lorraine établissait ainsi une liste des zones « prioritaires » où étendre l'offre de soins dans lesquelles les projets de MSP sont facilités (*Annexe 2*)



Annexe 2 - Zones prioritaires déficitaires ou à surveiller établie par L'ARS

Grâce à ces différentes mesures, les MSP et PSAP se sont multipliés sur le territoire français passant de 240 en Mars 2013 à 616 en Mars 2015. De plus, 407 projets de MSP et PSAP ont déjà été sélectionnés ou sont en cours de construction. Cela porte donc à 1023 le nombre prévisionnel de structures dans un futur proche. La répartition sur le territoire national est assez inégale (*Annexe 3*) avec au minimum 0 structures ouverte en Guadeloupe tandis que l'on en compte 73 en Rhône-Alpes.



Annexe 3 - Cartographie nationale des MSP/PSAP - décembre 2014

Il est difficile de donner une date d'ouverture de la première MSP en Lorraine car certaines existaient déjà sous forme d'un cabinet de groupe avant de déposer un projet formalisé à l'ARS. Les toutes premières structures ont pu faire valider leur projet au début de l'année 2010. Depuis les établissements se sont multipliés. En Mars 2015, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) comptait 31 maisons de santé ou pôles de santé ouverts en Lorraine, faisant ainsi de la Lorraine la 6^{ème} région la mieux dotée en France. Depuis 5 nouveaux sites ont pu ouvrir leurs portes. On trouvait respectivement 1 structure en Moselle, 7 en Meurthe et Moselle, 11 dans les Vosges et 12 en Meuse. (Annexe 4)



Annexe 4 - Cartographie des MSP/PSAP en Lorraine -Avril 2014

Une fois ouverte, la DGOS proposait une surveillance de ces structures par le biais d'un observatoire recueillant des données générales. Mais aucun élément n'a permis d'établir une comparaison entre le contenu des projets de santé initiaux validés par le comité de sélection régional ou bénéficiant d'ENMR et la réalisation du projet après ouverture de la structure. Cette étude permet de réaliser un bilan de l'évolution des maisons et pôles de santé en Lorraine entre l'écriture des projets et leur mise en œuvre. Les structures sont-elles conformes aux attentes initiales ? Quels objectifs ont été remplis et lesquels restent à améliorer ? Enfin, au travers de la discussion, nous étudierons les freins que les sites ont rencontrés lors de leur développement et évoquerons les leviers à mettre en place.

MATERIELS ET METHODES

1. Caractéristiques de l'étude

L'étude, réalisée entre Décembre 2014 et Juin 2015, était de type descriptive. Elle portait, dans un premier temps, sur les objectifs des structures de santé lorraines (maisons et pôles de santé), énoncés dans les projets de santé initiaux. Elle a permis, dans un second temps, de faire le point sur l'atteinte de ces objectifs en Décembre 2014. Elle était basée sur deux recueils de données effectués auprès de 26 structures dont la liste a été communiquée par Monsieur Philippe Coudray (ARS de Lorraine). 11 structures anciennes avaient écrit un équivalent de projet de santé dans le cadre des ENMR avant 2010 et 15 structures avaient fourni un projet de santé à l'ARS après 2010 pour prétendre au titre de maison ou pôle de santé. Pour cette étude deux questionnaires ont été utilisés.

2. Questionnaires

a) Premier questionnaire (Annexe 5)

Il a été établi en se basant sur le cahier des charges régional des maisons de santé et pôles de santé pluri-professionnels. Le Docteur Marie-France GERARD, présidente de la FEMALOR a aidé à la rédaction de ce questionnaire afin de le rendre plus pertinent. Il comportait 70 questions dont les premières permettaient d'identifier les caractéristiques de la structure. Ce questionnaire était divisé en trois grandes thématiques et servait à analyser le projet de santé établi initialement.

1^{ère} partie

Elle concernait le projet global relevant de l'aspect matériel et des moyens financiers. Elle permettait d'évaluer si le projet avait été confronté à l'offre de soins pré existante sur le territoire et s'il s'inscrivait dans le SROS [5]. Nous cherchions alors à savoir si l'offre de soins proposée par le projet était en adéquation avec les besoins du territoire. Des questions donnaient des indications architecturales sur les locaux en terme de surface et de répartition de l'espace entre les professionnels. Une attention a aussi été apportée sur la présence d'un logement au sein de la structure et la recherche d'une plus-value environnementale. Enfin nous souhaitions savoir si les rédacteurs avaient envisagé un financement en précisant l'origine et le type.

2nd partie

Elle s'intéressait au projet de santé lui-même en traitant de l'organisation. Tout d'abord, nous notions la forme juridique proposée pour l'établissement. Ensuite, nous cherchions des éléments indiquant une coordination entre les professionnels de la structure tels que l'organisation de réunions programmées ou la mise en place de protocoles pluri-professionnels. Plusieurs questions portaient ensuite sur la volonté de coopérer avec d'autres acteurs du territoire : interventions extérieures de médecins ou acteurs sociaux, vacations de spécialistes, liens privilégiés avec les pharmacies, hôpitaux ou autres MSP.

Puis, nous nous sommes interrogés sur l'organisation des soins au sein des structures en relevant les horaires d'ouverture, la présence d'un secrétariat et la liste détaillée des professionnels de santé. Nous nous sommes également intéressés à l'utilisation de logiciels médicaux, d'agenda partagé ainsi qu'à la sécurité des données. Nous souhaitions savoir ce que les structures avaient mis en place pour participer à la formation des étudiants en médecine ou paramédicaux. Et enfin, nous avons mis en avant les différentes démarches qualitatives proposées.

3^{ème} partie

Elle concernait les missions de soins et de santé publique, ainsi que les modalités d'information des patients. Nous avons établi une liste de thèmes abordés dans le projet de santé, chaque structure devant y indiquer lesquels avaient été choisis. Ensuite nous cherchions quels moyens étaient proposés pour remplir au mieux ces missions. Plusieurs questions abordaient les modes de communication avec les usagers : affichage en salles d'attente, livret d'information, site internet.... Nous souhaitions aussi savoir si les médecins participaient à la permanence des soins et si des actions novatrices de télémédecine étaient envisagées. La dernière partie portait sur la participation à des actions épidémiologiques et des actions de recherche.

b) Deuxième questionnaire (Annexe 6)

Il était inspiré du premier et permettait de faire un état des lieux de la mise en œuvre effective du projet dans les structures ouvertes. Il comportait 65 questions. De nombreux items étaient identiques et d'autres, détaillés ci dessous, permettaient de mettre en avant les évolutions majeures entre le projet initial et la réalité. Les trois grandes thématiques étaient similaires, cependant à la fin de chaque série de questions, un texte libre permettait aux participants d'apporter des remarques. Une quatrième partie a été ajoutée.

Au sein du projet global, nous avons demandé si des évolutions architecturales avaient eu lieu et quelles aides financières avaient finalement été obtenues. La partie sur le diagnostic du territoire a été retirée car elle n'était plus pertinente.

Dans la partie sur le projet de santé, nous avons voulu savoir si des médecins étaient effectivement devenus maîtres de stage.

La partie sur les thématiques abordées par le projet de santé restait inchangée.

La quatrième partie était constituée de deux questions ouvertes permettant de relever les freins rencontrés entre le projet des structures et aujourd'hui, ainsi que les moyens mis en oeuvre ou envisagés pour y remédier.

Les questionnaires une fois complétés étaient anonymisés.

3. Recueil des données

Pour le premier questionnaire, chaque structure a été contactée à partir d'Août 2014. Tout d'abord, l'investigateur a appelé chaque secrétariat des structures afin d'identifier son représentant. En fonction des disponibilités de ce dernier, il a été joint par mail ou par téléphone pour l'inviter à fournir son projet de santé ou son dossier de demande de NMR par mail ou par voie postale.

Le but de l'étude a été expliqué par l'investigateur au moment de la demande et les participants étaient assurés de l'anonymisation des données. Ils étaient également informés qu'un second questionnaire leur serait soumis. Si les projets de santé n'avaient pas été envoyés, les représentants des structures étaient recontactés par téléphone. Les participants ont tous choisi de retourner leur dossier par mail, le dernier dossier a été reçu en Juin 2015. Chaque document comportait entre 3 et 78 pages.

Une fois les dossiers reçus, l'investigateur effectuait une première lecture du dossier puis complétait le questionnaire en parallèle de sa seconde lecture.

Pour le second questionnaire, l'investigateur contactait directement le représentant de la structure par téléphone pour remplir le questionnaire « en direct ». Pour ceux qui ne pouvaient ou ne souhaitaient pas donner leurs réponses par téléphone, un lien vers le questionnaire online leur était fourni. Le dernier questionnaire a été rempli en Janvier 2015.

4. Analyse des données

La saisie des données recueillies avait été réalisée par l'investigateur à l'aide du logiciel GoogleForm. Pour les réponses à choix multiples ou binaires, les effectifs et les pourcentages de réponse ont été calculés puis répartis dans des tableaux ou des diagrammes selon les grandes thématiques.

Les questions ouvertes permettaient quant à elles de donner de la matière à la discussion.

RESULTATS

1. Taux de réponse

Sur les 26 structures proposées par l'ARS, 1 a été exclue car elle ne répondait plus au socle minimal obligatoire [3] défini par l'ARS entre l'écriture du projet de santé et l'ouverture de la structure.

Grâce à la double sollicitation des 25 structures restantes pour les 2 questionnaires ainsi qu'à la relance téléphonique en cas de non réception du projet de santé ou du dossier NMR, 17 structures nous ont fourni leur projet de santé et 18 ont rempli le questionnaire sur les structures ouvertes.

Ainsi, le taux de réponse pour le premier questionnaire était de 68% et pour le second de 72%.

2. Caractéristiques des structures participantes *tableau 1*

Les structures ayant répondu ont une répartition géographique en concordance avec la carte de l'ARS (*Annexe 4*). Ainsi dans l'ordre décroissant, nous avons 7 établissements Meusiens, 6 Vosgiens, 3 Meurthe et Mosellans, 1 Mosellan. Dans la première partie de l'étude, la majorité des structures avait fourni un projet de santé pour se prévaloir de la dénomination « Maison de santé » après 2010. Dans la seconde partie, la répartition entre les demandeurs des ENMR et les structures ayant fourni un projet à l'ARS était identique. Nous comptons 11 maisons de santé et 6 pôles de santé pour le premier questionnaire et 12 maisons de santé et 6 pôles de santé pour le second.

Tableau 1. Caractéristiques des structures participantes

		Analyse des projets de santé	Analyse des structures ouvertes
Nombre de structures participantes		17	18
- ENMR		7	9
- PDS Après 2010		10	9
Localisation	Meurthe et Moselle	3	2
	Meuse	7	8
	Moselle	1	1
	Vosges	6	7
Type de structure	MSP	11	12
	PDS	6	6

3. Le projet global

a) Diagnostic du territoire *Tableau 2*

16 projets de santé évoquaient la réalisation d'un diagnostic du territoire pour évaluer si l'offre de soins proposée était en adéquation avec les besoins locaux. Parmi eux, 58% se situaient dans des zones de « mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé » établies par l'ARS [7]. Les porteurs de projets étaient pour 35%, la communauté de communes, pour 29% des projets privés, pour 35%, les communes et pour 6%, les projets mixtes.

Tableau 2. Diagnostic du territoire

		Analyse des projets de santé	
		Nombre	%
Diagnostic du territoire	oui	16	94%
	non	1	6%
Inscription dans le SROS	oui	10	58%
	non	7	42%
Porteur du Projet	communauté de communes	6	35%
	commune	3	18%
	Projet privé	5	29%
	Mixte (commune et privée)	1	6%
	NR	2	11%

b) Le projet immobilier *Tableau 3*

Au moment du second questionnaire, 89% des structures étaient pourvues d'un local pour chaque professionnel. A cela s'ajoutait pour 61% d'entre eux, un local disponible pour un éventuel intervenant extérieur. Pourtant seulement 41% des projets évoquaient cette possibilité. En revanche 88% envisageaient la présence d'un local coopératif et 100% des structures en ont effectivement un. Cet espace permettaient d'y organiser des réunions de concertations pluri-professionnelles (100%), des séances d'éducation thérapeutique (72%) mais il sert également de salle de détente pour les professionnels (61%). Il trouve également d'autres usages plus rares : formation de secrétaires ou d'étudiants, salle de réunion avec des intervenants extérieurs.

100% des structures ouvertes possédaient un espace dédié pour le secrétariat et l'accueil des patients. Les salles d'attente médicales et para médicales étaient parfaitement distinctes pour 94% des sites en fonctionnement. 71% des projets souhaitaient intégrer un logement au bâtiment ayant pour fonction l'accueil des médecins et des étudiants. 89% des maisons et pôles de santé l'ont effectivement intégré lors de la construction.

Alors que cela ne figurait quasiment pas dans les projets de santé (82% de NR), un lieu de traitement spécifique des déchets au sein même de l'établissement avait été mis en place dans 78% des cas. De même, pour la recherche d'une plus-value environnementale, 94% de non réponse à l'écriture du projet pour 78% d'établissements l'ayant mis en pratique ont été enregistrées.

Tableau 3. Le projet Immobilier

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Local pour chaque professionnel	oui	5	29%	16	89%
	non	1	6%	2	11%
	NR	11	65%	0	0%
Local pour un ou des intervenant(s) extérieur(s)	oui	7	41%	11	61%
	non	4	24%	7	39%
	NR	6	35%	0	0%
Espace coopératif	oui	15	88%	18	100%
	non	0	0%	0	0%
	NR	2	12%	0	0%
Fonction(s) de ce local coopératif	Réunion des professionnels de la structure	13	76%	18	100%
	Education thérapeutique	10	59%	13	72%
	Salle de détente	4	24%	11	61%
	bibliothèque médicale	1	6%	0	0%
	déchoquage	1	6%	0	0%
	formation des secrétaires	0	0%	1	6%
	réunion avec intervenants extérieurs	0	0%	1	6%
	Formation d'étudiants,	3	18%	3	17%
NR	0	0%	0	0%	
Espace dédié pour le secrétariat	oui	11	65%	18	100%
	non	0	0%	0	0%
	NR	6	35%	0	0%
Salles d'attente médicales et paramédicales distinctes	oui	5	29%	17	94%
	non	2	12%	1	6%
	NR	10	59%	0	0%
Logement au sein de la structure	oui	12	71%	16	89%
	non	1	6%	2	11%
	NR	4	24%	0	0%
Lieu de traitement des déchets	oui	3	18%	14	78%
	non	0	0%	3	17%
	NR	14	82%	1	6%
Plus-value environnementale	oui	1	6%	14	78%
	non	0	0%	4	22%
	NR	16	94%	0	0%
Evolution architecturale depuis l'ouverture	oui			4	22%
	non			13	72%
	NR			1	6%

c) Le financement de la structure et forme juridique

Lors de la création d'une MSP ou d'un PSAP, un promoteur finance la totalité de l'investissement des bâtiments. Pour les structures publiques, le coût global est divisé en deux parties. La première dont le montant est très variable est subventionnée par l'état, la région et/ou le département (sous réserve d'être une structure pluri professionnelle de premier recours dotée d'un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS). La seconde restant à la charge du promoteur fait souvent l'objet d'un emprunt couvert par les loyers versés par les professionnels exerçant de la structure.

Il peut exister des financements complémentaires:

- Financement des Conseils Régionaux et Départementaux
- En milieu rural : Dotation d'Equipement des Territoires Ruraux (DETR), fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT), pôle d'excellence rural (PER), contrat de projet Etat- Région (CPER)
- En zone urbaine sensible : Aide de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU)

Les MSP et PSAP purement privés ne bénéficient pas d'aide pour la construction.

Grâce à l'étude des projets de santé, nous avons établi que la majorité des dépenses d'investissement était financée par les communautés de communes ou les communes (dans 55% des cas).

De nombreuses structures étaient financées par des fonds privés (35%), les autres par les conseils territoriaux (départemental 6% et régional 6%) ou divers fonds d'état (6%). Aucun projet n'était en zone urbaine sensible. (*Tableau 4*)

Tableau 4 - Financements des dépenses d'investissement

		N	%
Financements obtenus par le promoteur	de la communauté de communes	7	41%
	financement privé	6	35%
	de la commune	2	12%
	du conseil départemental (GIP	1	6%
	du conseil régional	1	6%
	de l'état (FNADT, fonds européens...)	1	6%
	NR	2	12%

Les frais de fonctionnement de la structure peuvent également bénéficier de rémunérations spécifiques. Celles ci sont de deux types :

- Les rémunérations ponctuelles, versées 1 seule fois par projet: Fond d'Intervention Régional (FIR) appelé anciennement Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ils sont d'ordre national (supprimés depuis 2012) et régional. Ils sont alloués pour des besoins très spécifiques : des prestations d'ingénierie, de mise aux normes, d'investissement en système d'information et d'acquisition d'équipements permettant le travail pluri-professionnels (salle de réunion, studio de garde...)

- Les rémunérations qui sont un complément au financement à l'acte pour promouvoir de nouveaux modes organisationnels ou des formes de prises en charge innovantes : ENMR (remplacées depuis février 2015 par le règlement arbitral). Ces rémunérations sont versées annuellement sous réserve d'atteintes d'objectifs contractualisés avec l'assurance maladie et les ARS [16].

Les modes de rémunération pour participer aux frais de fonctionnement envisagés étaient peu explicités (47% de non réponse) pour les projets de santé. Dans les faits, seulement moitié des structures étudiées étaient bénéficiaires des ENMR.

Finalement, seule une structure n'a obtenu aucune rémunération. 67% des structures ont bénéficié d'une rémunération ponctuelle par un fond FIR ou FIQCS et seulement 56% ont bénéficié de rémunérations annuelles au titre des ENMR (fin de l'expérimentation fin 2014) (Tableau 5)

Tableau 5 - Rémunération pour participer aux frais de fonctionnement

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Rémunération pour participer aux frais de fonctionnement envisagés et obtenus	FIQS/FIR	3	18%	12	67%
	NMR	7	41%	10	56%
	aucun	0	0%	1	6%
	NR	8	47%	1	6%

Lors de l'analyse des projets, il ressortait que 50% des structures souhaitaient s'établir en SCM (Société Civile de Moyens) et 28% en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). 1 structure souhaitait fonctionner en Association. La SISA est une structure juridique obligatoire pour bénéficier des NMR. (Tableau 6)

Tableau 6- Forme juridique

		N	%
Forme juridique	SCM	9	53%
	SISA	5	29%
	Structure associative	1	6%
	NR	2	12%

4. Le projet de santé

a) La coordination et la coopération entre professionnels de la MSP et du territoire

Pour illustrer la coordination et la coopération au sein de leurs structures, 94% des projets évoquaient l'organisation de réunions de concertation pluri-professionnelles au sein de la structure. 72% des structures ont finalement pu les mettre en place.

Alors que 53% des MSP et PSAP souhaitaient partager des protocoles pluri-professionnels entre les différents membres de la structure, seuls 33% les ont instaurés.

Les réunions avec des acteurs extérieurs n'étaient proposées que dans 29% des projets et on les retrouvait dans 39% des structures ouvertes.

Dans les projets, 41% des établissements souhaitaient proposer des vacations de médecins spécialistes, finalement 17% des répondants ont pu les mettre en place. Les spécialités de ces vacataires étaient la chirurgie orthopédique (17%), l'urologie (6%) et la gynécologie-obstétrique (6%).

Concernant la coordination avec d'autres établissements de santé, on a pu constater qu'initialement 47% des projets proposaient un travail avec une pharmacie et qu'il est effectif pour 61%.

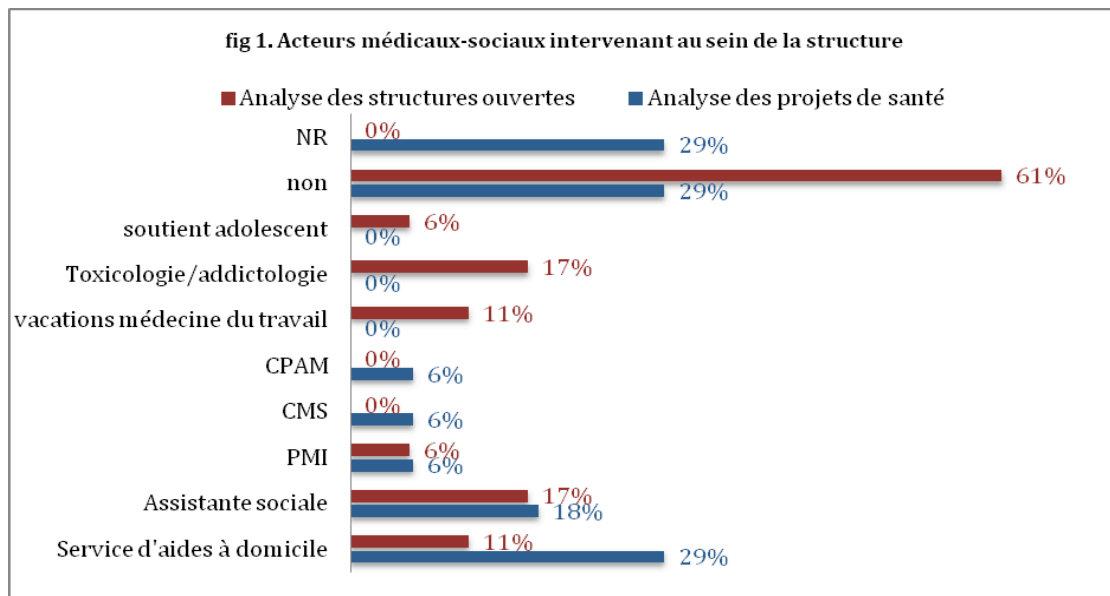
18% souhaitaient être en lien avec d'autres MSP ou PSAP et 44% travaillent finalement ensemble. Par contre, si 65% envisageaient un travail conjoint avec un hôpital de proximité, seuls 22% ont pu le réaliser. (Tableau 5)

Tableau 7 - Coordination et coopération interprofessionnelle

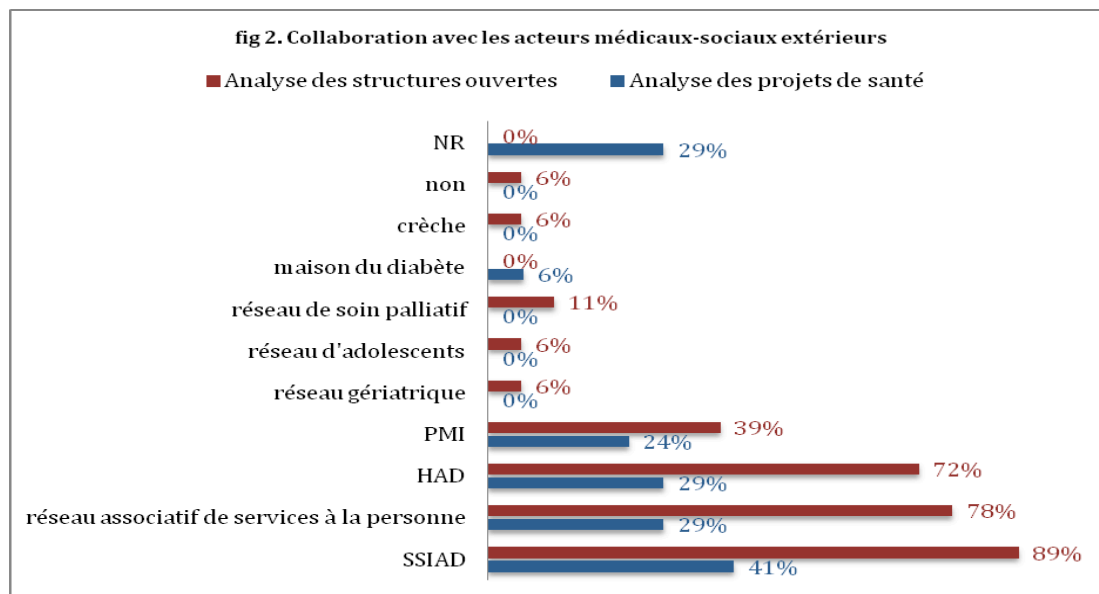
		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Les moyens mis en place pour améliorer le travail en équipe pluri-professionnelle	Réunions de concertation pluri-professionnelle	16	94%	13	72%
	Protocoles pluri-professionnels	9	53%	6	33%
	Réunions avec d'autres acteurs du territoire	5	29%	7	39%
	NR	1	6%	3	17%
Vacations de spécialistes	oui	7	41%	3	17%
	non	8	47%	14	78%
	NR	2	12%	0	0%
Quels spécialistes ?	chirurgien orthopédique	/		3	17%
	Urologue			1	6%
	Gynécologue/obstétricien			1	6%
Coopération avec le/les pharmaciens	oui	8	47%	11	61%
	non	3	18%	7	39%
	NR	6	35%	0	0%
Coordination avec d'autres maisons de santé	oui	3	18%	8	44%
	non	7	41%	9	50%
	NR	7	41%	1	6%
Projet coordonné MSP/Hôpitaux	oui	11	65%	4	22%
	non	0	0%	14	78%
	NR	6	35%	0	0%

Dans les projets, plusieurs structures envisageaient l'intervention en leur sein d'acteurs médicaux sociaux comme des services d'aide à domicile (29%), des assistantes sociales (18%) et des vacations de la CPAM (6%), du Centre Médico-Social (CMS) de secteur (6%) ou de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (6%).

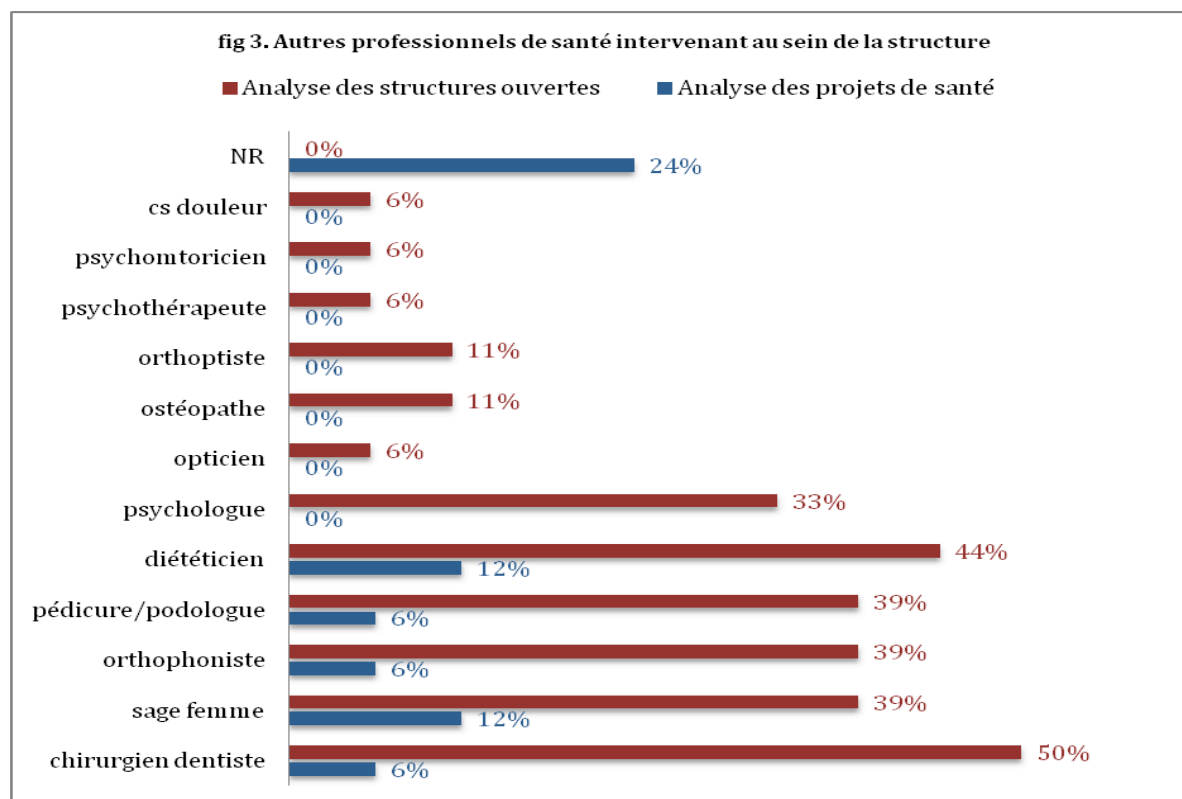
En pratique, 61% des MSP et PSAP santé ne l'ont pas mis en place. Pour celles qui ont pu le faire, elles proposaient de rencontrer des assistantes sociales (17%), des services d'aide à domicile (11%), la PMI (6%), des vacataires en médecine du travail (11%) des associations : soutien en addictologie (17%) ou soutien d'adolescents (6%). (Figure 1)



Certaines structures étaient en lien privilégié avec les acteurs médicaux sociaux du territoire sans que ceux-ci n'interviennent directement dans la structure. Ainsi, 89% des établissements ouverts travaillaient avec des SSIAD alors que 41% des projets évoquaient cette possibilité. 78% collaboraient avec des réseaux associatifs d'aide à la personne (portage des repas) et 72% avec une Hospitalisation A Domicile (HAD), alors que ces idées n'étaient que dans 29% des projets. 39% avaient un contact privilégié avec une PMI contre 24% dans les projets. D'autres liens plus disparates étaient évoqués dans les MSP et PSAP ouverts avec des réseaux gériatriques (6%), réseaux d'adolescents (6%), réseau de soins palliatifs (6%), des crèches (6%). Seule 1 structure (6%) déclarait ne pas travailler avec des acteurs médico sociaux. (Figure 2)



Nous avons constaté que les professionnels paramédicaux (autres que kinésithérapeutes et infirmières) étaient plus nombreux dans les structures en fonctionnement que dans le projet initial. On y retrouvait également une plus grande diversité de professionnels occupant des postes de vacataires ou poste à temps plein ou temps partiel. Ainsi 50% des MSP et PSAP ouvertes travaillaient avec un chirurgien dentiste et 44% avec un diététicien. 39% proposaient les services d'une sage femme, d'un orthophoniste ou d'un pédicure-podologue, 11% ceux d'un orthoptiste ou d'un ostéopathe et 6% ceux d'un opticien, d'un psychothérapeute, d'un psychomotricien. 6% proposaient une consultation douleur. (Figure 3)



b) L'organisation des soins au sein de la structure

Tableau 8 - L'organisation des soins

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Horaires d'ouverture	>12H/jour (8h-20h)	5	29%	12	67%
	<12H/jour	6	35%	5	28%
	>12H/jour en horaire décalé	3	18%	1	6%
	Samedi matin	12	71%	18	100%
	NR	3	18%	0	0%
Présence d'un secrétariat à temps plein	oui	16	94%	14	78%
	non	1	6%	4	22%
	NR	1	6%	0	0%
Des plages de consultations non programmées sont prévues	oui	17	100%	13	72%
	non	0	0%	5	28%
	NR	0	0%	0	0%
En l'absence de leur médecin traitant les patients peuvent consulter un autre médecin de la MSP	oui	15	88%	18	100%
	non	0	0%	0	0%
	NR	2	12%	0	0%
Logiciel commun médecin	oui	17	100%	18	100%
	non	0	0%	0	0%
	NR	0	0%	0	0%
Logiciel commun médecin-paramédicaux	oui	7	41%	3	17%
	non	6	35%	15	83%
	NR	4	24%	0	0%
Agenda partagé médecins	oui	7	41%	17	94%
	non	3	18%	0	0%
	NR	7	41%	1	6%
Agenda partagé médecins/paramédicaux	oui	4	24%	1	6%
	non	5	29%	17	94%
	NR	8	47%	0	0%
Données médicales sont sécurisées	oui	7	41%	18	100%
	non	2	12%	0	0%
	NR	8	47%	0	0%

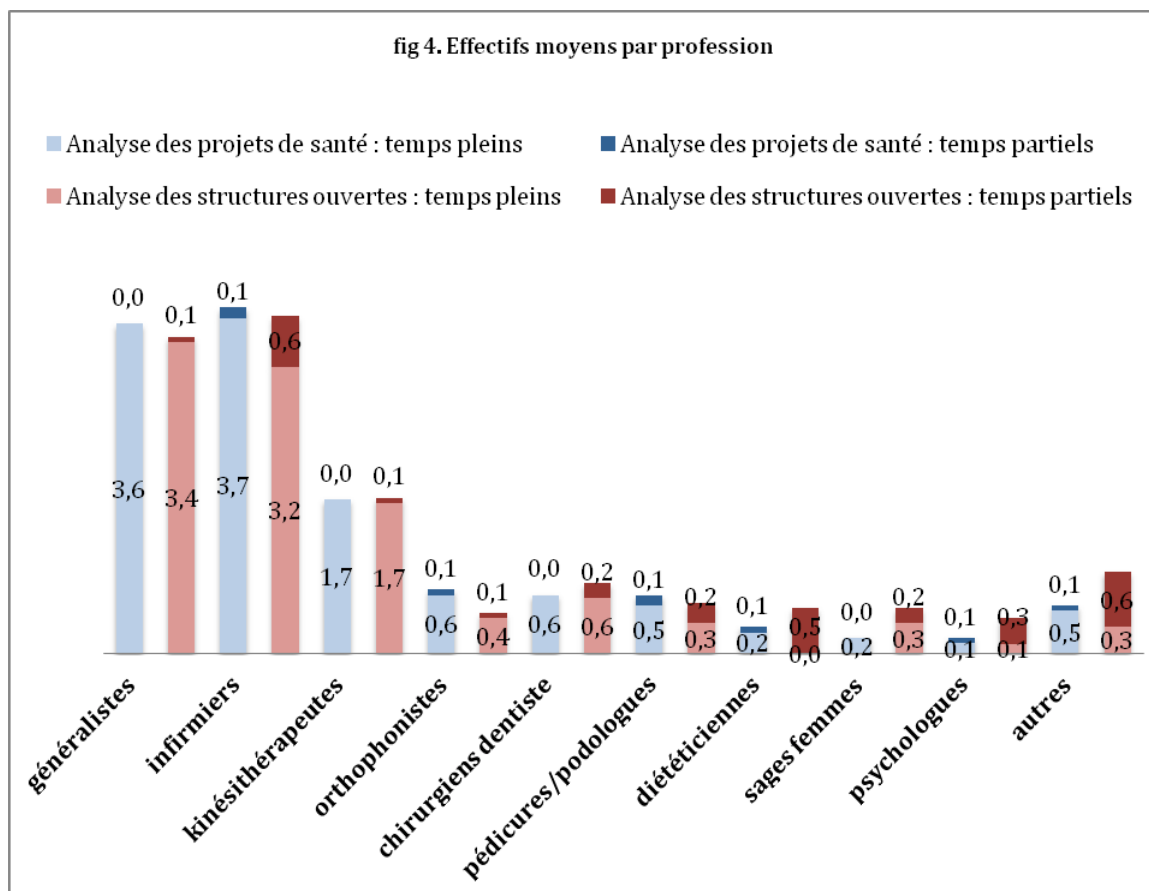
Dans un premier temps, nous avons voulu savoir si les structures pouvaient répondre aux demandes de consultation en dehors de la permanence des soins (de 20h à 8h et le samedi matin). Alors que 29% pensaient pouvoir offrir cette amplitude horaire, 67% ont pu répondre aux demandes de consultation sur cette plage de 12h. D'autres structures proposaient 12h d'ouverture continue mais sur des horaires différents (6% des structures ouvertes). Et enfin 28% proposaient moins de 12h par jour d'ouverture. En revanche, l'intégralité des structures ayant répondu était ouverte les samedis matins.

Alors que 94% des projets évoquaient la présence d'un secrétariat à temps plein, 78% des structures ont pu l'instaurer. 72% des MSP et PSAP en fonctionnement proposent des plages de consultations non programmées pour répondre aux « urgences » alors que cette possibilité était offerte dans 100% des projets. Dans 100% des structures les patients peuvent consulter un autre médecin en l'absence de leur médecin traitant.

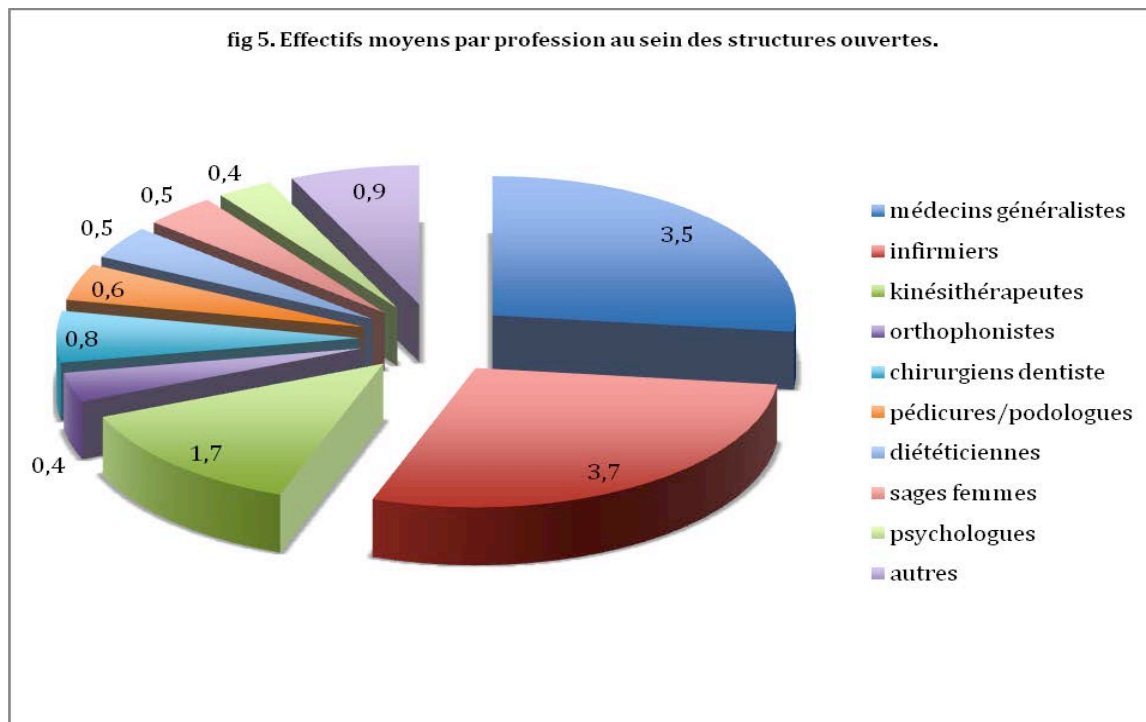
On constate que 100% des projets souhaitaient l'utilisation d'un logiciel médical commun à tous les médecins et qu'ils s'en sont tous équipé. En revanche, seul 17% utilisent un progiciel commun avec les paramédicaux alors que 41% souhaitaient le mettre en place.

Dans 94% des établissements ouverts, les médecins utilisaient un agenda partagé entre médecins et dans 6% celui-ci était un agenda partagé avec les paramédicaux. 100% des données informatiques étaient sécurisées (utilisation de mot de passe, fermeture des cabinets et des secrétariats à clef. (tableau 8)

c) La composition des MSP et PSAP



Nous avons ensuite voulu connaître la composition des MSP et PSAP. Toutes les structures comprenaient au minimum 2 médecins et 1 paramédical. Les effectifs par profession étaient globalement assez homogènes, nous permettant ainsi de calculer les moyennes. A ce niveau, il existait très peu de variabilité entre les projets et les structures ouvertes pour les professions phares (médecins généralistes 3,6 et 3,5, infirmiers 3,8 et 3,7, kinésithérapeutes 1,7 et 1,7). En revanche pour les professions autres, les effectifs étaient tous plus élevés dans les structures ouvertes que dans les projets. Pour ces professions, on observait qu'il s'agissait majoritairement d'emplois à temps partiel. Dans la catégorie « autres » nous retrouvions comme profession : ostéopathe, orthoptiste, chirurgien orthopédique, infirmière de santé publique, opticien, pharmacien, psychomotricien. (Figure 4)



Grâce à ces moyennes, nous avons pu établir la « maison de santé type » en Lorraine, représentant le cumul des temps pleins et des temps partiels dans les structures en fonctionnement et donnant une idée de la répartition moyenne des postes. On retrouve au premier plan les infirmières (3,7), les médecins généralistes (3,5), les kinésithérapeutes (1,7), les orthophonistes (0,9), les chirurgiens-dentistes (0,8), les pédicures/podologues (0,6), les diététiciens et les sages-femmes (0,5) et enfin les psychologues et les « autres » (0,4). Cela donne une moyenne globale de 8,7 paramédicaux et sages femmes. (Figure 5)

d) Formation des étudiants *Tableau 9*

Dans 71% des projets, on constatait la présence d'au moins 1 maître de stage déjà formé pour accueillir des étudiants en médecine. Finalement, 94% des établissements ont un médecin maître de stage. Dans les projets, toutes les structures qui ne répondaient pas à ce critère s'engageaient à ce qu'un professionnel se forme et certaines proposant déjà des stages souhaitaient former d'autres maîtres de stage (41%). Dans les structures ouvertes, 2 professionnels étaient en cours de formation.

Les paramédicaux étaient 65% à envisager l'accueil d'étudiants et ils sont 83% à le faire réellement.

Pour assurer ces formations, les structures ouvertes proposent d'être terrain de stage (100%) pour les étudiants (médecins, infirmiers, secrétaires...). 89% des sites ont également des professionnels qui travaillent en lien avec l'université (cours à la faculté, participation à des ateliers pratiques). Et enfin, 89% des MSP et des PSAP sont actuellement capables de loger leurs étudiants sur place.

Tableau 9. Formation des étudiants

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Les médecins sont maîtres de stage et s'engagent à recevoir des étudiants	oui	12	71%	17	94%
	non	4	24%	1	6%
	NR	1	6%	0	0%
Les médecins ne sont pas maîtres de stage mais s'engagent à le devenir/sont en cours de formation pour être maîtres de stage	oui	7	41%	2	11%
	non	0	0%	16	89%
	NR	10	59%	0	0%
Les paramédicaux de la structure s'engagent à recevoir des étudiants	oui	11	65%	15	83%
	non	2	12%	3	17%
	NR	4	24%	0	0%
Mesures prises pour assurer la participation de la structure à la formation des étudiants	Terrains de stage	11	65%	18	100%
	Lien avec l'université	4	24%	16	89%
	NR	6	35%	0	0%
Logement pour les stagiaires	oui	9	53%	16	89%
	non	0	0%	0	0%
	NR	8	47%	2	11%

e) Démarches qualité *Tableau 10*

Pour améliorer la qualité des soins proposés, 100% des structures ouvertes proposaient à leurs professionnels de faire de la formation continue alors que seul 71% des structures l'évoquaient dans leurs projets. 67% des structures ouvertes pratiquaient le recueil de données (suivi des vaccinations, Hba1C...) pour améliorer la prise en charge de leurs patients.

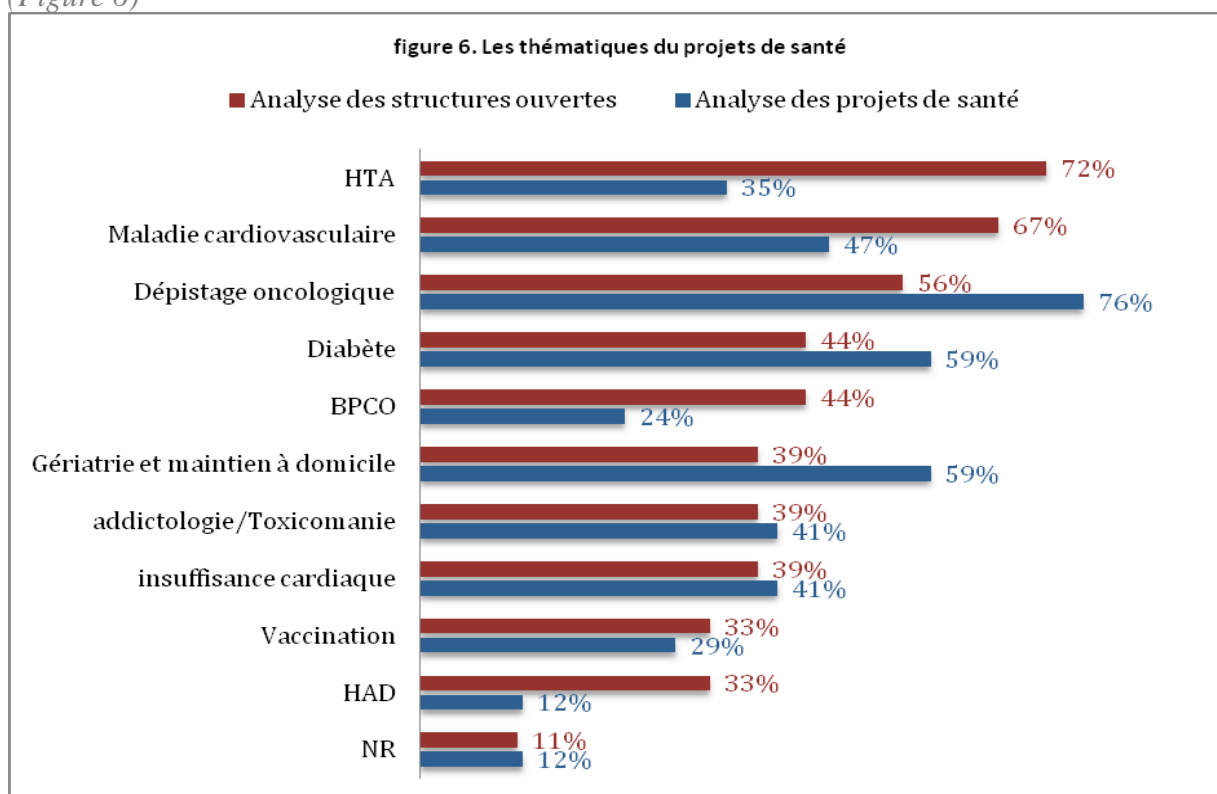
Nous avons eu beaucoup de non réponses à la question des démarches proposées pour l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Dans les structures ouvertes, 33% proposaient des réunions de pairs, 11% des enquêtes de satisfaction ou des groupes d'analyse de pratiques.

Tableau 10. Démarches qualité

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Les médecins intègrent des programmes de formation médicale continue/DPC	oui	12	71%	18	100%
	non	1	6%	0	0%
	NR	4	24%	0	0%
Recueil de données pour l'évaluation de la qualité des prises en charge	oui	7	41%	12	67%
	non	2	12%	6	33%
	NR	8	47%	0	0%
Démarches prévues pour l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques	Réunion de pairs	2	12%	6	33%
	enquête de satisfaction	2	12%	2	11%
	groupes d'analyse de pratiques	0	0%	2	11%
	NR	13	76%	10	56%

5. Missions de soins et de santé publique et modalité d'information des patients

Parmi les thèmes des missions de soins les plus abordés, on retrouvait HTA dans 72% des structures ouvertes contre 35% seulement des projets, les maladies cardiovasculaires dans 67% des MSP et PSAP contre 47% des projets. Venait ensuite le dépistage oncologique dans 56% des structures alors que 76% souhaitaient le mettre en avant, puis le diabète et la BPCO à 44% dans les structures ouvertes, suivi de la gériatrie, de la toxicologie et de l'insuffisance cardiaque dans 39% des structures, et enfin, la vaccination et l'HAD pour 33% d'entre elles. (Figure 6)



Pour répondre à ces missions de soins, 61% des structures proposaient de mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique alors que 76% l'envisageaient dans leurs projets. 33% pratiquaient des actions de prévention contre 41% de proposition initialement. En revanche, on retrouvait plus de MSP et de PSAP proposant des plans de soins personnalisés (28%), du soutien aux aidants (17%), la prise en compte de l'expérience des patients (17%).

Très peu de précisions sur l'information communiquée aux patients étaient proposées dans les projets (59% de non réponses). Pourtant 100% des structures affichaient leurs horaires d'ouverture et les informations sur la permanence des soins et 94% leurs tarifs de consultation et des informations de prévention. 1 structure passait des vidéos sur le déroulement des séances d'éducation thérapeutique.

En dehors de la salle d'attente, 28% des structures proposaient un site internet ou mettaient à la disposition du patient un livret d'information.

100% des établissements ouverts participaient à la permanence des soins contre 88% annoncés.

Seules 4 structures participaient à des actions de télémédecine alors que 9 avaient pour projet d'en réaliser.

Enfin, 1 établissement ouvert participait à une veille épidémiologique et 61% à des activités de recherche (thèses, études scientifiques). (Tableau 11)

Tableau 11. Missions de soins et de santé publique

		Analyse des projets de santé		Analyse des structures ouvertes	
		N	%	N	%
Type d'actions mises en place	Education thérapeutique	13	76%	11	61%
	Action de prévention	7	41%	6	33%
	Plan de soin personnalisé	3	18%	5	28%
	Soutien aux aidants	0	0%	3	17%
	Prise en compte de l'expérience des patients	0	0%	3	17%
	gestion des petites urgences	1	6%	1	6%
	NR	3	18%	5	28%
informations pour les usagers affichées dans la/les salles d'attente	horaires d'ouverture	3	18%	18	100%
	tarifs des consultations	1	6%	17	94%
	Information sur la permanence des soins	1	6%	18	100%
	Information de prévention vidéo séance éducation thérapeutique	4	24%	17	94%
	NR	1	6%	1	6%
informations pour les usagers sont disponibles sur d'autres supports	site internet	2	12%	5	28%
	livret d'information	0	0%	5	28%
	NR	15	88%	10	56%
Les médecins participent à la permanence des soins	oui	15	88%	18	100%
	non	2	12%	0	0%
	NR	0	0%	0	0%
La structure participe à des actions de télémédecine	oui	9	53%	4	22%
	non	0	0%	14	78%
	NR	8	47%	0	0%
Participation à une veille épidémiologique	oui	2	12%	1	6%
	non	3	18%	17	94%
	NR	12	71%	0	0%
Participation à des activités de recherche	oui	7	41%	11	61%
	non	2	12%	7	39%
	NR	8	47%	0	0%

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était dans un premier temps d'étudier les projets de santé des maisons et pôles de santé lorrains déposés à l'ARS, et dans un second temps d'observer les structures ouvertes pour évaluer la mise en pratique de ces projets. Il ressort globalement de cette étude que les objectifs du « socle minimal obligatoire » établis dans les cahiers des charges nationaux [15] et régionaux [3] sont remplis par 94 à 100% des structures. Pour les critères supplémentaires et facultatifs régionaux, on constate que certains sont au delà des attentes des projets et d'autres en revanche n'ont pas pu être atteints.

1. Critiques sur la méthodologie

Dans cette étude des points faibles sont à noter. En juin 2014, on décomptait 30 maisons ou pôles de santé en fonctionnement et 11 projets à venir sur le territoire lorrain (*Annexe 4*). Le premier questionnaire portait sur les projets de santé mais toutes les structures n'ayant pas déposé de projet n'ont pu être incluses diminuant de ce fait les effectifs. De plus, le nombre de MSP et PSAP faibles en Lorraine ne permettaient pas la réalisation d'une étude comparative.

Les structures n'ayant pas répondu au second questionnaire avaient peut être présenté plus de difficultés à remplir leurs objectifs créant ainsi un biais de sélection. De plus, les réponses étaient déclaratives et pouvaient inciter les répondants à modifier certains résultats. Le fait de rendre les résultats anonymes avait pour but de diminuer ces biais, la possibilité de répondre au questionnaire en ligne sans interlocuteur permettait de minorer le second biais. Pour augmenter les effectifs, nous avons élargi la population aux structures ayant fait une demande de NMR, ces projets ont donc été écrits sans le cahier des charges régional. Cela entraîne pour les critères mineurs un nombre important de non réponses.

Les professionnels n'étaient pas forcément les mieux informés pour répondre aux questions de financement de la structure. Une majorité a répondu que les structures publiques étaient financées par les CODECOM et les communes. Or ces promoteurs reçoivent des aides financières d'organismes publics (conseil régional, conseil départemental...) pouvant s'élever jusqu'à 70%. La partie restant à la charge du promoteur s'autofinance par les loyers versés par les professionnels.

Cette étude était représentative des structures lorraines de par leur répartition géographique et de par leur type (MSP ou PSAP) (*Annexe 4*). Elle présentait l'avantage de parcourir pratiquement tous les objectifs du cahier des charges régional contrairement aux données fournies par l'observatoire national [12].

2. Discussion des résultats

Cette étude permet de faire le lien entre les propositions initiales et la réalité une fois la structure ouverte. La validation d'un projet par l'ARS permettant au promoteur de déposer des demandes de subventions, il semblait pertinent de constater si ces subventions favorisaient un accomplissement des objectifs initiaux.

Outre l'aspect financier, les questions ouvertes permettaient d'avoir un réel dialogue avec les membres des différentes structures mettant ainsi en exergue les freins et les leviers rencontrés au fil des différentes étapes.

a) Les objectifs du socle minimal obligatoire

Le socle minimal obligatoire [3] répertorie dans un premier temps les critères indispensables à l'obtention du titre « maison de santé » ou « pôle de santé » délivré par l'ARS. Dans un second temps, il définit ceux nécessaires à l'obtention de financement pour la construction de la structure. L'objectif était qu'ils soient prévus dans les projets et mis en application dans toutes les structures en fonctionnement.

Plus de la moitié des MSP et PSAP se situe dans des zones de « mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé » établie par l'ARS. Les autres structures évoquent un besoin réel sur leur territoire, qu'il soit justifié par le faible nombre de professionnels en place (para médicaux compris) ou par leur départ en retraite prochain. En effet, la moyenne d'âge des médecins généralistes lorrains étant de 52 ans avec 25,2% des effectifs ayant plus de 60 ans, les zones qui ne sont pas considérées comme prioritaires présentent un fort risque de le devenir dans les prochaines années (*Annexe 1*). Au total, 94% ont répondu à l'obligation de réaliser un diagnostic du territoire qui justifie l'implantation de leur structure.

En réponse à la désertification, on constate que les MSP et PSAP s'implantent majoritairement en zone rurale avec une sur représentation en Meuse et dans les Vosges. La Moselle également concernée, bénéficie de la présence de plusieurs Centre de Santé [4] « hérités » de sa période minière rendant ainsi moins pertinente la présence de ces structures.

La présence obligatoire d'un minimum de 2 médecins et d'un paramédical est toujours respectée. On remarque une plus grande diversité des catégories de professionnels en activité que ce qui avait été évoqué dans les projets. Les populations, parfois éloignées des zones urbaines, ont ainsi accès à un large choix de consultations. Les moyennes des effectifs des professionnels sont en deçà des moyennes nationales avec 3,5 médecins généralistes en Lorraine pour 5,1 au niveau national et 8,7 paramédicaux pour 9,2 au niveau national.

Un autre point clef des cahiers des charges nationaux et régionaux était la collaboration inter professionnelle. On constate la présence systématique d'un local dédié et tous organisent des réunions entre les professionnels. 72% proposent des réunions de concertation pluri-professionnelles pour échanger sur les patients. L'établissement de protocoles pluri professionnels, a été difficile à mettre en place. Certaines jeunes structures ont déclaré travailler en ce sens. Pour les plus anciennes, c'est la contrainte de temps qui est systématiquement évoquée comme frein majeur. Ainsi, la volonté de travailler ensemble est souvent à la base des projets de santé. Même si dans les faits tous n'ont pas réussi à le formaliser (RCP, protocoles pluri-professionnels...), il existe néanmoins dans chaque structure des temps d'échanges entre professionnels.

Les établissements devaient également se doter d'un dispositif de partage d'informations favorisant la continuité des soins. Toutes les MSP et PSAP disposent, comme prévu au départ, d'un logiciel commun à tous les médecins. En revanche, seuls 3 sont équipés pour partager les informations entre médecins et paramédicaux. Il s'agit d'un des objectifs du Règlement Arbitral publié en 2015, pour l'obtention des nouveaux modes de rémunération. Cependant les logiciels existants ont un coût très élevé nécessitant une licence et un abonnement mensuel. Certains pays européens comme la Belgique ont labélisé un faible nombre de logiciels et leur utilisation donne accès à des subventions supplémentaires. Ce n'est pour l'instant pas le cas en France où le coût engendré par cette « mise à niveau » risque de ne pas être couvert par les rémunérations envisagées et de rebuter ainsi certaines structures. D'autre part, de nombreux éditeurs de logiciels n'ont pas encore la labellisation pluri-professionnelle.

L'accent était également mis sur la collaboration avec d'autres acteurs de santé du territoire. Alors que cela était très peu évoqué dans les projets, seule 1 structure ne répond pas à ce critère. Les autres travaillent majoritairement avec les réseaux associatifs locaux ou les services médico-sociaux. L'intervention de ces professionnels au sein même de leurs locaux était envisagée par plusieurs structures. Mais finalement seuls 39% ont pu l'organiser. Même si des difficultés architecturales comme le manque de place limitent la présence au sein de la structure d'acteurs extérieurs, les collaborations sont nombreuses.

Concernant la formation des étudiants en médecine, 94% des structures accueillent des stagiaires (1er et 2ème cycle), leurs objectifs sont dépassés. La seule MSP n'accueillant pas d'étudiants le justifie par des professionnels trop jeunes pour être maître de stage. Ce qui est nettement supérieur aux chiffres nationaux qui sont de 64% [12]. Il en est de même pour les paramédicaux où l'on atteint 83%, contrairement au 15% nationaux. Les professionnels interrogés se disent souvent motivés par la volonté de faire découvrir la structure aux étudiants en vue d'une future installation. Le dynamisme des MSP et le regroupement répondent à un désir des jeunes médecins généralistes [22 ;25 ;27] et paramédicaux. Contribuer à leur formation permet de leur montrer l'impact positif de ce mode d'exercice sur la qualité de vie [24]. La création prochaine de Maisons de Santé Pluridisciplinaires Universitaires (MSPU) devrait encore favoriser la formation des jeunes professionnels sur le terrain.

L'ARS souhaitait que les structures concentrent leur projet de santé sur un ou plusieurs grands thèmes. Ceux-ci sont tout aussi variés dans les sites ouverts que dans les projets. Le choix c'est porté sur des sujets avec une forte prévalence nationale comme l'HTA et les maladies cardiovasculaires. D'autres sont plus locaux comme la toxicomanie, problème majeur en Lorraine³. Les choix sont systématiquement justifiés par un besoin du territoire. Pour répondre à ces problématiques, les structures aidés par les ENMR, ont permis à de nombreux professionnels de s'engager dans une formation à l'éducation thérapeutique.

³ Selon l'Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions la Lorraine est la 2ème région en France où le nombre d'interpellation pour usage de drogues est le plus important.

On retrouve plus d'information disponibles pour les usagers dans les sites en exercice qu'initialement prévu dans les projets. Grâce à un affichage en salle d'attente, les horaires, tarifs, informations sur la permanence des soins et sur la prévention sont consultables dans 94 à 100% des structures. Un établissement propose même un écran diffusant des informations sur des séances d'éducatons thérapeutiques. D'autres permettent l'accès à ses informations via un livret ou un site internet.

L'accès aux soins en dehors de la permanence des soins est facilité par des plages horaires étendues dans 67% des structures. Les autres ayant des battements de 30 minutes à 1 heure entre leur ouverture et la permanence des soins. Pendant ces plages les patients peuvent consulter un autre médecin en l'absence de leur médecin traitant. 72% proposent des plages de consultation non programmées. Dans les structures en manque de médecins, il semble difficile d'imposer des plages « d'urgence » en plus de plannings déjà chargés. Le fait qu'elles ne soient pas matérialisées sur leur agenda ne signifie pas que les médecins n'accueillent pas d'urgences.

Enfin 100% des structures ont au moins 1 médecin qui participe à la permanence des soins sur son territoire. Ainsi les locaux deviennent occasionnellement des maisons médicales de gardes et affichent les informations nécessaires pour contacter un médecin en cas de fermeture.

On constate que malgré leurs caractères obligatoires, ces critères ne sont pas tous remplis par les structures ayant obtenu une validation par l'ARS. Dans certains territoires, la désertification médicale est telle qu'ils ne sont pas applicables.

b) Les critères optionnels souhaitables

En plus de ce socle minimal obligatoire, l'ARS a établi des critères « optionnels souhaitables ».

L'ensemble des professionnels a participé à l'écriture du projet dans 53% des cas. Les autres ne l'ont pas exprimé. Pour autant, des lettres de motivation de chaque membre devaient être annexées au projet, nous n'avons malheureusement pas pu les étudier car elles ne nous ont pas été communiquées.

La présence d'un secrétariat physique à temps plein est assurée dans 78% des structures alors que 94% l'envisageaient. Les contraintes de coût sont un frein pour les plus petites structures qui se reportent sur un secrétariat téléphonique ou sur un temps partiel. Dans les milieux ruraux où sont majoritairement implantées les MSP et PSAP, la création d'emplois locaux est un atout pour le dynamisme et l'économie locale.

94% des médecins partagent leurs agendas permettant aux usagers de s'orienter vers un autre professionnel en cas de besoin. Toutes les structures disposent d'un système informatique sécurisé permettant la confidentialité des données.

Seules 2 structures ne disposent pas de locaux pour chaque professionnel. Plusieurs établissements ont subi des évolutions architecturales entre le projet et Juin 2015 (22%) afin d'accueillir les nouveaux intervenants. Mais certaines n'ont pas la possibilité de modifier les locaux pour les accueillir. Dans toute construction, il faut envisager la possibilité de modification en fonction de l'évolution démographique. Ainsi une des structures ne disposant pas de locaux adaptés fait construire un nouveau bâtiment pour accueillir tous les professionnels dans de bonnes conditions.

Les intervenants extérieurs ont tous leur place dans les MSP puisque 61% d'entre elles leur ont dédié un local spécifique. Malheureusement au vu des chiffres sur l'intervention de vacataires (17%) et d'acteurs médicaux sociaux (39%), ceux-ci semblent sous utilisés.

Les salles d'attente sont distinctes entre médicaux et para médical dans 94% des établissements, permettant ainsi de respecter les d'hygiène en vigueur.

Un logement est prévu dans 89% des MSP, permettant d'accueillir des professionnels en formation, des remplaçants ou des médecins de garde. Pour les étudiants, cela peut s'avérer un critère essentiel dans le choix d'un stage compte tenu de l'éloignement de leur lieu de résidence.

Un lieu de traitement des déchets permettant le respect des normes d'hygiène et la collecte des déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI) existe dans 78% des établissements.

c) Les critères facultatifs

En dernier lieu, le cahier des charges comporte des critères facultatifs. Il semble important qu'une MSP travaille avec les pharmacies, On ne le constate que pour 61% des structures. Cette collaboration complique le travail SISA (le pharmaciens sont assujettie à la TVA). Ces professionnels tiennent une place importante dans le soin primaire et la volonté qu'ils soient présents dans les MSP et PSAP est réciproque. Il semble essentiel qu'une solution soit trouvée pour lever ce frein à l'intégration des pharmacies ou à la modification d'une SCM existante en SISA.

Seules 4 structures travaillent avec les hôpitaux locaux alors que 11 l'avaient envisagé. Un chiffre qu'il semble possible et nécessaire de faire évoluer pour la continuité des soins entre ville et hôpital.

La diversité des catégories professionnelles intervenant au sein de l'établissement est encouragée. C'est une nette réussite puisque qu'on constate la présence de nombreux dentistes, sages-femmes, orthophonistes, podologues, diététiciens ou psychologues. D'autres professionnels viennent s'ajouter à cette diversité de façon plus sporadique.

Une mutualisation des moyens doit également être envisagée. Ainsi, plusieurs professionnels des structures font partie des réseaux de santé locaux ou en sont les acteurs principaux.

La structure est également incitée par le cahier des charges à mettre en place des démarches qualité. Tous les médecins intègrent ainsi des programmes de formation continue dans les structures ouvertes alors que tous les projets ne l'envisageaient pas. Le développement professionnel continu est un gage de performance pour les professionnels et de sécurité pour les patients. De par leur organisation, les MSP et PSAP montrent un réel atout pour cette formation.

Le nombre de structures recueillant des données pour l'évaluation de la qualité des prises en charge est également plus important dans les structures ouvertes. Ces données sont un recueil d'information sur la santé de la population (nombre de patients ayant des vaccins à jour, nombre de patients hypertendus équilibrés sous traitement). Elles sont collectées via le système informatique et peuvent être utilisées par les médecins pour améliorer leurs prises en charge. Une structure propose les services d'une infirmière de santé publique (projet Asalée [28 ;29 ;30]) pour mettre en place des actions spécifiques. On pourrait voir naître dans les prochaines années l'utilisation de ces données pour l'amélioration de la santé de la population (rappels pour les vaccinations) [23].

Très peu de structures proposaient des solutions pour une amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans leurs projets. Finalement, elles sont un tiers à organiser des réunions de pairs où sont analysées des cas complexes ou des consultations aléatoires. Ces MSP proposent souvent à leurs étudiants d'y participer. D'autres sites proposent plus rarement des enquêtes de satisfaction aux usagers.

Seuls 4 établissements participent à des actions de télémédecine contre 9 qui l'évoquaient dans les projets. Un chiffre probablement biaisé par le fait que les répondants du second questionnaire n'ont pas considéré l'utilisation d'une messagerie médicale sécurisée partagée entre plusieurs professionnels du territoire comme de la télémédecine.

Parmi les autres actions novatrices, les structures proposaient des interprétations d'ECG à distance, l'utilisation d'un rétinographe avec interprétation à distance (notamment pour les fonds d'œil des patients diabétiques) ou encore une téléconsultation en addictologie. Un établissement souhaite implanter prochainement une consultation de télémédecine en dermatologie. Même si ces actions semblent encore marginales et peinent à se mettre en place pour des raisons de temps, d'organisation et de financement, elles représentent une réelle modernisation de la médecine. Etant donné leurs coûts financiers et humains, les établissements de santé pluri-professionnels sont les mieux placés pour les implanter.

Seule une MSP participe à un dispositif de veille épidémiologique. En revanche, 61% participent à des activités de recherches notamment en encadrant des thèses universitaires. Cela devrait également évoluer avec la création de MSPU.

Enfin, alors qu'une seule MSP l'avait évoqué dans son projet, c'est 78% qui ont recherché une plus-value environnementale. Celle-ci existait surtout au travers de l'utilisation d'énergies vertes, au respect de certaines normes de construction et au tri des déchets.

3. Les freins et les leviers

Les professionnels qui étaient invités à s'exprimer sur les difficultés rencontrées lors de la réalisation de leur projet ont évoqué plusieurs freins :

- Le premier était la gestion administrative très lourde et chronophage de ce genre de structure avec une rémunération insuffisante ou inexistante pour le « manager ».
- Le second concernait le renouvellement des professionnels. Les structures rurales manquent d'attractivité et plusieurs médecins bientôt à la retraite n'ont pas trouvé de successeurs. Dans les MSP très isolées géographiquement, cela concernait également les autres professionnels de santé.
- Ensuite certains évoquent l'absence de visibilité et la remise en question de la pérennité des fonds de fonctionnement (ENMR) ce qui ne motive pas à mettre en place de nouveaux projets.
- Enfin quelques établissements regrettent des charges trop lourdes pour les professionnels exerçant dans la structure.

Certaines solutions ont été trouvées pour remédier à ces problèmes. Certains professionnels motivés au sein des sites ont décidé de se former spécifiquement pour améliorer leur capacité de coordination et de management. L'adhésion à une coopérative de services dédiés aux équipes pluri-professionnelles de soins primaires permet de mutualiser un manager formé sur plusieurs MSP ou PSAP. Cela représente un coût mais permet d'avoir une personne experte pour répondre aux besoins des structures et gagner en efficacité. Des financements spécifiques pour le management pourraient être envisagés. Ils font déjà l'objet d'une partie des rémunérations prévues par le règlement arbitral. On pourrait également envisager un fonds qui soit versé à la Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine (FEMALOR) par l'ARS pour financer l'emploi d'un coordinateur mutualisé sur plusieurs structures. La collaboration entre les MSP pourrait ainsi être renforcée en étendant les performances d'une structure aux autres établissements gérés par une seule personne.

Parallèlement la création d'une centrale d'achat commune pourrait permettre de diminuer le coût des équipements et des consommables.

Globalement cette étude fait le constat d'une bonification des projets entre leur écriture et leur mise en œuvre. La continuité et la permanence des soins permettent aux patients d'avoir une meilleure offre de soins. La présence d'un secrétariat et le travail en équipe libèrent du temps pour les professionnels qui peuvent ainsi se consacrer aux soins ou à la mise en place de projets innovants et à augmenter le temps dédié à la formation des étudiants, l'éducation thérapeutique, ou aux projets de santé publique.

CONCLUSION

Le travail en MSP et PSAP a montré, au travers de plusieurs études, qu'il apportait des bénéfices multiples sur l'offre de soins, que ce soit pour les patients [32] ou pour les professionnels [1,10,13,17,18,19,34]. Partant de ce constat, l'Etat a créé plusieurs fonds d'origines diverses pour aider à la construction de structures publiques accueillant des professionnels libéraux contre un loyer adapté.

Le règlement arbitral [16] de février 2015 qui fait suite aux expérimentations menées depuis 2008 a permis la mise en place de nouveaux modes de rémunération versés annuellement sous réserve de remplir des objectifs strictement établis. Le nombre de MSP et PSAP a été multiplié par plus de 4 en 3 ans au niveau national. Les effectifs de ces établissements restent encore modestes par rapport aux autres modes d'exercice et tous ne bénéficient pas encore du règlement arbitral rendant les charges très lourdes pour les professionnels.

Pour pouvoir être pérennes, ces structures doivent avant tout trouver des praticiens motivés et dynamiques pour mettre en place les propositions présentes dans les projets initiaux. Dans cette étude, on peut constater que les objectifs fixés sont majoritairement atteints, prouvant ainsi que l'écriture et la validation de ces projets conduit à une mise en pratique effective satisfaisante.

Les MSP et PSAP sont une réponse adaptée à l'heure où les professionnels de santé doivent d'être plus efficaces [26]. Elles permettent un partage de connaissances, de pratiques différentes et de moyens matériels mis au service des patients. Elles leur donnent également un nouveau rôle à jouer en s'informant sur leurs besoins réels [33] et en les intégrant dans certaines prises de décisions [23]. Elles accueillent des étudiants formés sur le terrain en plus de leurs stages hospitaliers, bien loin des pratiques libérales, et pouvant ainsi constituer une relève motivée. Elles sont aussi en capacité de gérer les petites urgences pour soulager les services d'accueils hospitaliers en offrant une large amplitude d'horaire d'ouverture et des plages de consultations non programmées.

On constate une plus grande stabilité de l'offre de soins en médecine générale en Meuse, département où est installé le plus grand nombre de maisons de santé en Lorraine. Le site du Conseil de l'Ordre y enregistrait une baisse globale des effectifs de 4,1% en deçà de la moyenne nationale à 7,1% et des autres départements lorrains (*Annexe 1*). Un rapport de la cour des comptes de la sécurité sociale [9] prenant en compte les retraités encore actifs notait pour sa part une augmentation de la densité des médecins généralistes libéraux dans ce département. On ne peut établir une corrélation entre la densité des maisons de santé et celle de l'installation des médecins généralistes. Les études montrent que ces structures s'implantent en majorité dans les milieux ruraux et fragiles et la variation des effectifs meusiens porte à penser que cela pourrait contribuer au maintien de l'offre de soins sur ces territoires.

Cependant, plusieurs points méritent encore d'être améliorés. Comme signalé par plusieurs structures, la gestion administrative est très chronophage et demande des connaissances en management [31] que n'ont pas les professionnels de santé. Certaines solutions se mettent en place comme la formation par un diplôme spécifique proposé par l'ICN Business School pour le ou les coordinateurs désignés, ou l'adhésion à FACILIMED, une coopérative qui propose l'intervention d'un coordinateur extérieur pour la gestion de la MSP. Mais le financement pour ces projets sont encore trop faibles. On peut regretter le peu d'informations dont les internes disposent actuellement à ce sujet, et dans l'avenir on pourrait imaginer que cette formation fasse partie intégrante de la formation des étudiants en médecine générale.

La coordination, si elle existe dans toutes les structures, mériterait d'être plus formalisée sous la forme notamment de réunions de concertations pluri-professionnelles et de protocoles pluri-professionnels systématiques. L'aspect le plus décevant de ces résultats concerne la collaboration avec les hôpitaux qui restent très marginale alors qu'elle était une volonté forte des professionnels initialement.

Bien sûr, pour que toutes ces améliorations puissent se faire, le paiement à l'acte n'est pas suffisant. Les NMR ne sont qu'une réponse partielle aux besoins de ces structures. Seuls les MSP et les PSAP peuvent y prétendre pour financer une partie des frais de fonctionnement de la structure et compenser le surcoût. Si les frais importants peuvent être partiellement compensés, la qualité de vie qu'offre le travail en MSP devient un attrait pour les jeunes professionnels et les praticiens isolés. Cela permettra également d'instaurer des actions innovantes de prévention ou de télémedecine inenvisageables financièrement dans d'autres types de structures.

Les structures de soins primaires pluri-professionnelles permettent de répondre en partie à la crise démographique actuelle et d'autre part s'inscrivent parfaitement dans le virage ambulatoire amorcé en France il y a une dizaine d'années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Afrite, Anissa, Yann Bourgueil, Fabien Daniel, Julien Mousquès, Pierre-Emmanuel Couralet, and Guillaume Chevillard. "L'impact Du Regroupement Pluriprofessionnel Sur L'offre de Soins." *Question D'économie de La Santé*. IRDS, juillet-aout 2013.
2. Afrite, Anissa, and Julien Mousquès. "Les Formes Du Regroupement Pluriprofessionnel En Soins de Premiers Recours." *Question d'économie de la santé*, September 2014.
3. ARS, Lorraine. "Cahier Des Charges Régional Des Maisons de Sante Pluri-professionnelles Dans Le Carde D'une Demande de Financement Au Titre Du Fonds D'intervention Régional Soins (FIR)," January 7, 2012.
4. ARS, Lorraine. "Pacte Territoire Santé - Bilan En Lorraine," juin 2014.
5. ARS, Lorraine. "Le Schéma Régional d'Organisation Des Soins (SROS-PRS)," 2012.
6. Baudier, François, Yann Bourgueil, Isabelle Evrard, Arnaud Gautier, Philippe Le Fur, and Julien Mousquès. "La Dynamique de Regroupement Des Medecins Généralistes Libéraux." *Question d'économie de la santé*, September 2010.
7. Benevise, Jean-François. "ARRETE N°2012-0777 déterminant Les Zones Lorraines de Mise En Oeuvre Des Mesures Destinées à Favoriser Une Meilleure Répartition Géographique Des Professionnels de Santé , Des Maisons de Santé, Des Pôles de Santé et Des Centres de Santé." ARS, Juillet 2012.
8. Bouet, Patrick, Jean-François Rault, Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois, Philippe Chapdelaine, Cécile Bissonnier, Delphine Boetsch, and Chantal Matuszeski. "8ème Atlas de La Démographie Médicale En France." *Ordre National des Medecins, Atlas N° 8*, 1 Janvier 2014
9. Charpy, Christian. "LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE," Septembre 2015.
10. Chevillard, Guillaume, Julien Mousquès, Véronique Lucas-Gabriel, Yann Bourgueil, Stéphane Rican, and Gérard Salem. "Maisons et Pôles de Santé : Places et Impacts Dans Les Dynamiques Territoriales D'offre de Soins En France." *Document de travail*. IRDS, November 2013.
11. DGOS. "LES FINANCEMENTS DES MAISONS DE SANTE PLURI PROFESSIONNELLES (MSP)," April 29, 2011.
12. DGOS. "Observatoire Des MSP - 4èmes Journées FFMPS," March 20, 2015.
13. Elbaum, Mireille, Anne Evans, Gilbert Rotbart, Marie-Hélène Bellegou, Catherine Demaison, and Regis Gourraud. "L'exercice En Groupe Des Médecins Libéraux." *Etudes et résultats*. Dress, juin 2004.
14. Gautier, Arnaud, and Nora Berra. "Baromètre Santé Médecins Généralistes." INPES, 2009.
15. Hortefeux, Brice, Roselyne Bachelot-Narquin, and Michel Mercier. "Cahier Des Charges Des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles Pouvant Bénéficier D'un Soutien Financier," Circulaire n° EATV1018866C July 27, 2010.
16. "JORF n°0049 Du 27 Février 2015 Page 3751,"

17. Mousquès, Julien, and Yann Bourgueil. "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." Les Rapports de l'IRDS, December, 2014.
18. Mousquès, Julien, and Fabien Daniel. "L'exercice Regroupé Pluriprofessionnel En Maisons, Pôles et Centres de Santé Génère Des Gains En Matière de Productivité et de Dépenses." Question D'économie de La Santé, Juin, 2015.
19. Mousquès, Julien, and Fabien Daniel. "L'impact de L'exercice Regroupé Pluriprofessionnel Sur La Qualité Des Pratiques Des Médecins Généralistes." Question D'économie de La Santé, Juillet-Août 2015.
20. Rault, Jean-François, Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois, Philippe Chapdelaine, Cécile Bissonnier, Delphine Boetsch, and Chantal Matuszeski. "La Démographie Médicale En Région Lorraine - Situation En 2013." Ordre National des Medecins, January 2013.
21. Réaux, Marie. "Pacte territoire santé - Bilan en Lorraine." ARS, février 2013.
22. Hurel, Karine, Maud Jerber, et Sylviane Le Guyader. « Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires ». CGET, septembre 2015.
23. Vuattoux Patrick, Millot Sophie. « Petit guide de la participation en santé de proximité ». FéMaSAC, FFMPs, Mars 2015.
24. Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba- Serre B., Ventelou B., Verger P. (2007). « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises ». Drees, *Études et Résultats*, n° 610
25. Girard A., « Les jeunes et les maisons de santé », La Revue du praticien Médecine générale 2009 ; 829 : 708
26. Baudier F., Thomas T., « Les maisons de santé : une solution d'avenir », Santé publique, 2009, vol 21, suppl. n°4, 112 p
27. Chabot J-M, De haas P., « La fin de l'exercice isolé », la Revue du praticien médecine générale, décembre 2011, tome 25, n°871, p.805-808
28. Bourgueil Y. et coll., «La coopération médecins généralistes/infirmière améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation Asalée. » Question d'économie de la santé 2008 ; (136) : 8 pages
29. « L'association Asalée : une coopération médecins-infirmières. » Revue Prescrire 2010 ; 30 (318) : 303-305
30. Bourgueil Y. et coll., « La coopération entre médecins/infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation Asalée ». Institut de recherche et de documentation en économie de la santé 2008 ; (1733) :143 pages

31. Baudier, François, et Marie-Caroline Clément. « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé ». *Santé Publique* Vol. 21, no hs1 (29 mars 2009): 103-8.
32. Serin, Michel. « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? » *Santé Publique* Vol. 21, no hs1 (29 mars 2009): 67-71.
33. Jeanmaire, Thomas, Karine Jendoubi, Patrick Vuattoux, et Philippe Chazerand. « Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients ». *Santé Publique* Vol. 21, no hs1 (29 mars 2009): 91-101.
34. Bourgueil, Yann, Anna Marek, et Julien Mousquès. « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français ». *Santé Publique* Vol. 21, no hs1 (29 mars 2009): 27-38.

ANNEXES

ANNEXE 5

Grille d'analyse des projets

*Obligatoire

1. Code de la structure *
2. Nom de la structure *
3. Localité(s) *
4. Département * *Une seule réponse possible.*
 - Meurthe et moselle
 - Moselle
 - Meuse
 - Vosges
5. Date d'écriture du projet entrer mm/aaaa
6. Date de dépôt du projet à l'ARS entrer mm/aaaa
7. Type de structure * *Une seule réponse possible.*
 - MSP
 - Pôle de santé
 - Autre :

1. Le Projet Global

1.1. Diagnostic du territoire

8. Un diagnostic des besoins du territoire a été fait *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

9. Avec quels moyens *Plusieurs réponses possibles.*

- ARS
- site cartosanté
- professionnel du champ sanitaire
- Un consultant privé
- Autre :

10. Le projet s'inscrit dans le SROS (schéma régional de l'offre de soin), zone déficitaire *Plusieurs réponses possibles.*

- oui
- non

11. En dehors des zones déficitaires le projet a été confronté au regard de la démographie médicale et paramédicale existante *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

13. Nombre de médecins sur le territoire avant le PDS

14. Nombre de paramédicaux sur le territoire avant le PDS

15. Une étude du risque de distorsion de concurrence a été réalisée *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

16. Si ce risque existait une coordination entre les différentes structure a été recherchée *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

1.2. Le projet immobilier

17. Qui est le porteur du projet *Une seule réponse possible.*

- communauté de commune
- commune
- projet privé
- Autre :

18. Surface globale m2

19. Local pour chaque professionnel *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

20. Local pour un ou des intervenant(s) extérieur(s) *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

21. Espace coopératif (salle de réunion) *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

22. Quelle(s) fonction(s) a ce local coopératif *Plusieurs réponses possibles.*

- Réunion des professionnels de la structure
- Education thérapeutique
- Formation d'étudiant
- Salle de détente
- Autre :

23. Espace dédié pour le secrétariat *Une seule réponse possible.*

oui
non

24. Salles d'attente médicales et paramédicales distinctes *Une seule réponse possible.*

oui
non

25. Logement au sein de la structure (pour les étudiants ou chambre de garde) *Une seule réponse possible.*

oui
non

26. Lieu de traitement des déchets *Une seule réponse possible.*

oui
non

27. Une plus-value environnementale a été recherchée (énergie renouvelable, recyclage des déchets...) *Une seule réponse possible.*

oui
non

1.3. Le financement de la structure

28. Financements obtenus par le promoteur *Plusieurs réponses possibles.*

de la commune
de la communauté de commune
du conseil général (GIP)
du conseil régional
de l'état (FNADT, fonds européens...)
financement privé
Autre :

29. Financements de fonctionnement envisagés pour la nouvelle structure *Plusieurs réponses possibles.*

Fonds FIQS, FIR
NMR
Autre :

2. Le projet de santé

2.1. Les éléments juridiques

30. **Forme juridique** *Une seule réponse possible.*

SISA

SCM

SEL

SCP

Structure associative

Autre :

2.2. La coordination et la coopération entre professionnels de la MSP et du territoire

31. **L'ensemble des professionnels ont participé à l'élaboration du PDS**

Une seule réponse possible.

oui

non

32. **Les professionnels mentionnent leur engagement à exercer pendant 5 ans minimum dans la structures** (avec des lettres individuelles jointes au dossier) *Une seule réponse possible.*

oui

non

33. **Les moyens mis en place pour améliorer le travail en équipe pluriprofessionnelle** *Plusieurs réponses possibles.*

Réunions de concertation pluriprofessionnel

Protocoles pluriprofessionnels

Réunions avec d'autres acteurs du territoire

Autre :

34. **D'autres professionnels de santé interviennent au sein de la structure**

Plusieurs réponses possibles.

non

chirurgien dentiste

sage femme

orthophoniste

pédicure/podologue

diététicienne

psychologue

Autre :

35. **Vacations de spécialistes** *Une seule réponse possible.*

non

oui

36. Des acteurs médicaux-sociaux interviennent au sein de la structure

Plusieurs réponses possibles.

- non
- Assistante sociale
- Service d'aides à domicile
- Autre :

37. Coopération avec le/les pharmaciens *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

38. Collaboration avec les acteurs sociaux *Plusieurs réponses possibles.*

- SSIAD
- réseau associatif de services à la personne
- HAD
- PMI
- Autre :

39. Coordination avec d'autres maisons de santé *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

40. Projet coordonné MSP/Hopitaux *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

2.3. L'organisation des soins au sein de la structure

41. Horaires d'ouvertures

42. Présence d'un secrétariat à temp plein pas de recours à un secrétariat téléphonique *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

43. Des plages de consultations non programmées sont prévues *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

44. En l'absence de leur médecin traitant les patients peuvent consulter un autre médecin de la MSP *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

45. Professionnels composant la structure équivalents temps pleins *Une seule réponse possible par ligne.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
médecins									
généralistes									
infirmiers									
kinésithérapeutes									
orthophonistes									
chirurgiens dentiste									
pédicures/podologues									
es									
diététiciennes									
sages femmes									
psychologues									
autres									

46. Professionnels composant la structure temps partiels *Une seule réponse possible par ligne.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
médecins									
généralistes									
infirmiers									
kinésithérapeutes									
orthophonistes									
chirurgiens dentiste									
pédicures/podologues									
es									
diététiciennes									
sages femmes									
psychologues									
autres									

47. Préciser les "autres" et leur nombre

48. Logiciel commun médecin (dossiers médicaux commun) *Une seule réponse possible.*

oui
non

49. Logiciel commun médecin-paramédicaux (dossiers communs avec respect du secret professionnel) *Une seule réponse possible.*

oui
non

50. Agenda partagé entre médecin *Une seule réponse possible.*

oui
non

51. Agenda partagé entre médecin-paramédicaux *Une seule réponse possible.*

oui
non

52. Les données médicales sont sécurisées (messagerie sécurisée, local secrétariat fermé, code d'accès au logiciel informatique...) *Une seule réponse possible.*

oui
non

2.4. Formation des étudiants

53. Les médecins sont maîtres de stage et s'engagent à recevoir des étudiants *Une seule réponse possible.*

oui
non

54. Les paramédicaux de la structure s'engagent à recevoir des étudiants *Une seule réponse possible.*

oui
non

55. Mesures prises pour assurer la participation de la structure à la formation des étudiants *Plusieurs réponses possibles.*

Terrains de stage
Lien avec l'université
Autre :

56. Mesures prises pour faciliter l'accès aux stagiaires *Plusieurs réponses possibles.*

logement prévu pour les étudiants
indemnité de logement
indemnité de déplacement
Autre :

57. Les médecins ne sont pas maître de stage mais d'engagent à le devenir formation à la faculté *Une seule réponse possible.*

oui
non

2.5. Démarches qualités

58. Les médecins intègrent des programmes de formation médicale continue/DPC *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

59. Recueil de donnée pour l'évaluation de la qualité des prises en charge (indicateurs de santé) *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

60. Démarches prévues pour l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques *Plusieurs réponses possibles.*

- groupes d'analyse de pratiques
- enquête de satisfaction
- Réunion de pairs
- Autre :

3. Les thématiques abordées par le projet de santé

3.1. Les missions de soin et de santé publique

61. Thématique(s) du projet de santé *Plusieurs réponses possibles.*

- Diabète
- Prévention des maladies cardiovasculaires
- Insuffisance cardiaque
- BPCO
- Gériatrie et maintien à domicile
- HAD
- Toxicomanie
- HTA
- Vaccination
- Dépistage oncologique
- Autre :

62. Type d'actions mises en place *Plusieurs réponses possibles.*

- Education thérapeutique
- Action de préventions
- Plans de soin personnalisé
- Soutient aux aidants
- Prise en compte de l'expérience des patients
- Autre :

63. Des informations pour les usagers sont elles affichées dans la/les salles d'attentes ? *Plusieurs réponses possibles.*

horaires d'ouvertures
tarifs des consultations
Information sur la permanence des soins
Information de prévention
Autre :

64. Des informations pour les usagers sont disponibles sur d'autres supports horaires, professionnels, remboursement... *Plusieurs réponses possibles.*

livret d'information
site internet
Autre :

65. Les médecins participent à la permanence des soins *Une seule réponse possible.*

oui
non

66. La structure participe à des actions de télé-médecine *Une seule réponse possible.*

oui
non

67. Décrire brièvement ces actions de télé-médecine

3.2. Actions épidémiologiques et actions de recherche

69. Participation à une veille épidémiologique *Une seule réponse possible.*

oui
non

70. Participation à des activité de recherche direction de thèse... *Une seule réponse possible.*

oui
non

Fourni par



Grille d'évaluation des structures ouvertes

***Obligatoire**

1 Code de la structure * utiliser le code du tableau

2 Nom de la structure * utiliser le nom du tableau

3 Localité(s) * mettre les différentes communes par ordre alphabétique si pôle de santé

4 Departement * *Une seule réponse possible.*

Meurthe et moselle

Moselle

Meuse

Vosges

5 Date d'ouverture de la structure * entrer mm/aaaa

1. Le Projet Global

1.1. Le projet immobilier

6 Local pour chaque professionnel *Une seule réponse possible.*

oui

non

7 Evolution architecturale depuis l'ouverture *Plusieurs réponses possibles.*

non

ajout d'un cabinet

ajout d'un logement

extension du secrétariat

extension de la/des salles d'attente

Autre :

8 Local pour un ou des intervenant(s) extérieur(s) *Une seule réponse possible.*

oui

non

9 Espace coopératif (salle de réunion) *Une seule réponse possible.*

oui

non

10 Fonction(s) de ce local coopératif *Plusieurs réponses possibles.*

Réunion des professionnels de la structure

Education thérapeutique

Formation d'étudiant

Salle de détente

Autre :

11 Espace dédié pour le secrétariat *Une seule réponse possible.*

oui

non

11 Salles d'attente médicales et paramédicales distinctes *Une seule réponse possible.*

oui

non

12 Logement au sein de la structure pour les étudiants ou pour les gardes *Une seule réponse possible.*

oui

non

13 Lieu de traitement des déchets au sein de la structure *Une seule réponse possible.*

oui

non

14 Une plus-value environnementale est mise en place (énergie renouvelable, recyclage des déchets...) *Une seule réponse possible.*

oui

non

15 Remarques remarques sur le projet immobilier

1.2. Le financement de la structure

16 Financement(s) de fonctionnement obtenu(s) par la structure

Plusieurs réponses possibles.

Fonds FIQS, FIR

NMR

Autre :

17 Remarques

2. Le projet de santé

2.1. La coordination et la coopération entre professionnels de la MSP et du territoire

18 Si la structure a plus de 5 ans les professionnels initiaux (où leurs successeurs) sont toujours présents *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

19 Moyens mis en place pour améliorer le travail en équipe pluriprofessionnelle *Plusieurs réponses possibles.*

- Réunions de concertation pluriprofessionnel
- Protocoles pluriprofessionnels
- Réunions avec d'autres acteurs du territoire
- Autre :

20 D'autres professionnels de santé interviennent au sein de la structure

Plusieurs réponses possibles.

- non
- chirurgien dentiste
- sage femme
- orthophoniste
- pédicure/podologue
- diététicienne
- psychologue
- Autre :

21 Vacations de spécialistes *Une seule réponse possible.*

- non
- oui

22 Quel(s) spécialiste(s)

23 Des acteurs médicaux-sociaux interviennent au sein de la structure

Plusieurs réponses possibles.

- non
- Assistante sociale
- Service d'aides à domicile
- Autre :

24 Coopération avec le/les pharmaciens *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

25 Collaboration avec les acteurs sociaux *Plusieurs réponses possibles.*

non

SSIAD

réseau associatif de services à la personne

HAD

PMI

Autre :

26 Collaboration avec d'autres maisons de santé *Une seule réponse possible.*

oui

non

27 Projet coordonné MSP/Hopital *Une seule réponse possible.*

oui

non

28 Remarques

2.2. L'organisation des soins au sein de la structure

29 Horaires d'ouvertures

30 Présence d'un secrétariat à temps plein pas de recours à un secrétariat téléphonique *Une seule réponse possible.*

oui

non

31 Plages de consultations non programmées prévues *Une seule réponse possible.*

oui

non

32 En l'absence de leur médecin traitant les patients peuvent consulter un autre médecin de la MSP *Une seule réponse possible.*

oui

non

33 Professionnels composant la structure équivalents temps pleins *Une seule réponse possible par ligne.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
médecins généralistes									
infirmiers									
kinésithérapeutes									
orthophonistes									
chirurgiens dentiste									
pédicures/podologues									
diététiciennes									
sages femmes									
psychologues									
autres									

34 Professionnels composant la structure temps partiels *Une seule réponse possible par ligne.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
médecins généralistes									
infirmiers									
kinésithérapeutes									
orthophonistes									
chirurgiens dentiste									
pédicures/podologues									
diététiciennes									
sages femmes									
psychologues									
autres									

35 Préciser les "autres" et leur nombre

36 Logiciel commun médecin (dossiers médicaux commun) *Une seule réponse possible.*

oui
non

37 Logiciel commun médecin-paramédicaux (dossiers communs avec respect du secret professionnel) *Une seule réponse possible.*

oui
non

38 Agenda partagé entre médecin *Une seule réponse possible.*

oui
non

39 Agenda partagé entre médecin-paramédicaux *Une seule réponse possible.*

oui
non

40 Les données médicales sont elles sécurisées ? (messagerie sécurisée, local secrétariat fermé, code d'accès au logiciel informatique...) *Une seule réponse possible.*

oui
non

41 Remarques

2.3. Formation des étudiants

42 Les médecins sont maîtres de stage et reçoivent des étudiants *Une seule réponse possible.*

oui
non

43 Les médecins sont actuellement en formation pour être maîtres de stage *Une seule réponse possible.*

oui
non

44 Les paramédicaux de la structure reçoivent des étudiants *Une seule réponse possible.*

oui
non

45 Mesures prises pour assurer la participation de la structure à la formation des étudiants *Plusieurs réponses possibles.*

Terrains de stage
Lien avec l'université
Autre :

46 Mesures prises pour faciliter l'accès aux stagiaires *Plusieurs réponses possibles.*

logement prévu pour les étudiants
indemnité de logement
indemnité de déplacement
Autre :

47 remarques

2.4. Démarches qualités

48 Les médecins intègrent des programmes de formation médicale continue ou DPC *Une seule réponse possible.*

oui
non

49 Recueil de donnée pour l'évaluation de la qualité des prises en charge (indicateurs de santé) *Une seule réponse possible.*

oui
non

50 Actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques *Plusieurs réponses possibles.*

groupes d'analyse de pratiques
enquête de satisfaction
Réunion de pairs
Autre :

51 Remarques

3. Les thématiques abordées par le projet de santé

3.1. Les missions de soin et de santé publique

52 Thématique(s) du projet de santé mise en place actuellement

Plusieurs réponses possibles.

Diabète
Prévention des maladies cardiovasculaires
Insuffisance cardiaque
BPCO
Gériatrie et maintien à domicile
HAD
Toxicomanie
HTA
Vaccination
Dépistage oncologique
Autre :

53 Nouvelles thématiques prévues pas encore mises en places *Plusieurs réponses possibles.*

- Diabète
- Prévention des maladies cardiovasculaires
- Insuffisance cardiaque
- BPCO
- Gériatrie et maintien à domicile
- HAD
- Toxicomanie
- HTA
- Vaccination
- Dépistage oncologique
- Autre :

54 Type d'actions mises en place *Plusieurs réponses possibles.*

- Education thérapeutique
- Action de préventions
- Plans de soin personnalisés
- Soutien aux aidants
- Prise en compte de l'expérience des patients
- Autre :

55 Informations pour les usagers sont-elles affichées dans la/les salles d'attente *Plusieurs réponses possibles.*

- horaires d'ouvertures
- tarifs des consultations
- Information sur la permanence des soins
- Information de prévention
- Autre :

56 Informations pour les usagers disponibles sur d'autres supports

horaires, professionnels, remboursement.... *Plusieurs réponses possibles.*

- livret d'information
- site internet
- Autre :

57 Les médecins participent à la permanence des soins *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

58 La structure participe à des actions de télé-médecine *Une seule réponse possible.*

- oui
- non

59 Décrire brièvement ces actions de télé-médecine

60 Remarques

3.2. Actions épidémiologiques et actions de recherche

61 Participation à une veille épidémiologique *Une seule réponse possible.*

oui

non

62 Participation à des activités de recherche direction de thèse... *Une seule réponse possible.*

oui

non

63 remarques

4. Freins et leviers pour l'évolution de la structure

64 Quels ont été/sont les difficultés rencontrées par la structure si besoin d'exemples : manques de moyens financiers ou humains, manque d'attractivité pour la patientèle ou les professionnels....

65 Quels ont été/sont les moyens possibles pour y remédier si besoin d'exemple : nouveau financement, changement de thématique, agrandissement des locaux...

Fourni par



VU

NANCY, le 24 décembre 2015
Le Président de Thèse

NANCY, le 04 janvier 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur O. ZIEGLER

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9035

NANCY, le 08 janvier 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Il y a une dizaine d'années, la France a amorcé un « virage ambulatoire » en optant pour le médecin traitant, perçu comme pilier du système des soins primaires sur le territoire. Pourtant les effectifs des médecins généralistes sont en nette diminution. Cette désertification touche également les autres professionnels de santé en zones rurales. Pour répondre à cette double problématique, les différents corps de métiers se sont regroupés pour créer des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles (MSP) dont les projets doivent être validés par l'ARS.

Cette étude était de type descriptive. Elle portait, dans un premier temps, sur les objectifs des structures de santé lorraines (maisons et pôles de santé), énoncés dans les projets de santé initiaux. Dans un second temps, elle permettait de savoir ce qu'il en était de ces objectifs en Décembre 2014. Elle était basée sur deux recueils de données effectués auprès de 26 structures.

Grâce à cette double sollicitation, 68% des structures ont fourni leur projet de santé et 72% ont rempli le questionnaire sur les structures ouvertes. Parmi les critères obligatoires qui étaient quasiment toujours envisagés dans les projets, la plupart ont été respectés. Le socle minimal obligatoire de 2 médecins et 1 paramédical est toujours présent. L'implantation est toujours justifiée par un besoin sur le territoire. 100% des structures proposent des réunions interprofessionnelles mais elles ne sont formalisées sous forme de Réunions de Concertation Pluri Professionnelles que dans 72% des cas. Toutes les structures sont informatisées et collaborent avec des acteurs de santé locaux. 94% des MSP et PSAP accueillent des étudiants. 100% participent à des missions de santé publique. 94% permettent à leurs patients de bénéficier d'une information sur les horaires d'ouverture, la permanence des soins et les tarifs. 67% ont des plages horaires étendues en dehors de la permanence des soins. Et enfin 100% ont au moins 1 médecin qui participe à la permanence des soins. Pour les critères facultatifs demandés par l'ARS, on constate que les maisons et pôles de santé ont globalement fait mieux que les objectifs qu'ils s'étaient fixés.

Cette étude prouve que l'écriture et la validation de ces projets conduisent à une mise en pratique effective satisfaisante. Ces structures s'appuient sur des professionnels motivés mais qui se sentent souvent surmenés par une charge administrative importante et de lourds frais de fonctionnement. Elles pourraient être une réponse adaptée aux besoins de la population et à une volonté de changement chez les professionnels. Mais pour être pérennes, ces structures ont besoin de nouveaux modes de rémunération mieux adaptés à leur fonctionnement.

TITRE EN ANGLAIS : Analysis of Multidisciplinary Primary Care Group's initial projects and their implementations

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2016

MOTS-CLES: MEDECINE GENERALE – MAISON DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLE – POLE DE SANTE PLURI-PROFESSIONNEL – PROJET DE SANTE – NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION – LORRAINE –

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY
