



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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Par

Farid BOUAB

Le : 30 juin 2016

TITRE

**L'INTERET D'UN COORDONATEUR DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELS DU DEPARTEMENT DE LA MEUSE:**

ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EXERCANT DANS LES MAISONS ET POLES DE
SANTE PLURIPROFESSIONNELS DU DEPARTEMENT DE LA MEUSE

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER

Juges :

M. le Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

Mme le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

M. le Docteur Olivier BOUCHY

Directeur de thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

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 VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

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 ETTER Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - 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 - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - 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 - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - 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 Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*) Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*) 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 - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP^{8^{ème}} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

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

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

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie) Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

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

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

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

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire) Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

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)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie) Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

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

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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 Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

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

=====

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 : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

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 Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

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 Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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)

Docteure Aurore PERROT

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

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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 ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - 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-vénéréologie)

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 VANHUYSSE

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, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

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

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

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

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 Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

=====

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)*

REMERCIEMENTS AU PRESIDENT DE THESE

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

Professeur de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre implication
dans ce travail et pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude.

REMERCIEMENTS AUX JUGES

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

Professeur de Santé publique, environnement et société

Nous tenons à vous faire part de nos sincères remerciements

pour avoir accepté de juger notre travail

Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne, gériatrie, biologie du vieillissement et addictologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

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

A notre Maître, Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail

Nous vous remercions pour votre savoir, vos précieux conseils et votre engagement.

Nous vous sommes également très reconnaissants pour votre bienveillance.

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

A notre invité d'honneur

Madame le Docteur Sybille PERSSON

Professeur à l'ICN Business School, Directrice adjointe de la recherche

Membre du bureau du CERFIGE (Université de Lorraine)

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect

REMERCIEMENTS AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

A tous mes Maîtres qui ont contribué à ma formation,
depuis que j'ai commencé mes études de Médecine.

A tous les professionnels de santé avec qui j'ai partagé
les bons comme les mauvais moments durant ces années de formation.

A tous les Médecins Généralistes que j'ai remplacés pendant trois ans,
merci pour votre confiance.

Aux professionnels de santé des MSP/PSAP de la Meuse
qui ont contribué à l'aboutissement de la présence étude
en acceptant de répondre aux questionnaires

Veillez tous recevoir nos remerciements les plus sincères.

REMERCIEMENTS A LA FAMILLE ET AUX AMIS

A ma grand-mère *Settsi Taous* et mon grand-père *Jeddi Tahar*,
qui nous ont quittés mais qui sont toujours dans nos cœurs,
je vous dédie ce travail, *Aknirheme arbi*

A mes chers parents, *YAMMA, VAVA*, sans vous je ne serai pas là,
merci pour votre amour inconditionnel même si vous ne le dites pas,
comme l'a si bien chanté IDIR « Mais tu sais ma fille chez nous, il y a des choses qu'on ne dit pas »
merci pour les sacrifices que vous avez fait pour assurer notre éducation.
avec tout mon **A**mour. *Ath yesghzef arbi thi el âmourenwen.*

A mon adorable grand-mère *YAMMA THAÂJOUT*, merci pour ta simplicité et ta naïveté,
prie pour moi comme tu sais le faire 😊

Mes frères (Nadir et Amar) et mes sœurs (Fatiha, Leila, Karima, Kahina et Samira) et Mohand,
où que vous soyez ici en France, en Algérie ou au Canada, merci pour votre soutien sans relâche.
Sans vous je ne suis pas moi.

A tous mes amis, en France, Algérie, Angleterre, Canada, Australie, Inde, Liban et Ukraine,
je ne citerai personne de peur d'en oublier, chacun s'y reconnaîtra,
merci pour votre soutien

A toute l'équipe de Clermont-en-Argonne,
merci pour votre accueil si chaleureux
et pour votre confiance.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	20
1. Les maisons et pôles de santé pluri professionnels (MSP/PASP)	22
1.1. Définitions	22
1.2. Historique des MSP/PSAP	23
1.3. Objectifs des MSP/ PSAP	26
1.4. Missions des MSP/PSAP	27
1.5. Développement de MSP/PSAP	27
1.5.1. Etude du territoire	28
1.5.1.1.Diagnostic des besoins de santé du territoire	28
1.5.1.2.Missions de soins et de santé publique de la structure	29
1.5.2. Elaboration d'un projet de santé formalisé	29
1.5.2.1.Projet de santé de la structure	30
<i>a- Projet professionnel</i>	30
<i>b- Projet d'organisation de la prise en charge des patients</i>	30
1.5.2.2.Projet immobilier adapté	31
1.5.2.3.Montage juridique	31
1.5.2.3.1. Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires	31
<i>a- Définition de la SISA</i>	31
<i>b- Historique de la SISA</i>	32
<i>c- Objectif de la SISA</i>	32
<i>d- Fiscalité de la SISA</i>	33
1.5.2.4.Projet financier	33
<i>a- Financement affecté à l'investissement</i>	33
<i>b- Financement affecté aux dépenses de fonctionnement</i>	33
<i>c- Financement par le Fonds d'investissement régional</i>	34
<i>d- Financement par les nouveaux modes de rémunération</i>	34
1.6. Etat des lieux des MSP/PSP dans le département de la Meuse	35
1.6.1. Historique	35
1.6.2. Cartographie actuelle des MSP/PSAP de la Meuse	36
2. Les nouveaux modes de rémunération	38
2.1. Expérimentations des nouveaux modes de rémunération	38
2.1.1 Introduction	38
2.1.2. Historique	38
2.1.3. Les forfaits attribués	39
2.1.3.1.Forfait missions coordonnées	39
2.1.3.2.Forfait éducation thérapeutique des patients	40
2.2. Le règlement arbitral	41
2.2.1. Introduction	41
2.2.2. Spécificités du règlement arbitral	42
2.2.3. Les engagements du RA	43
2.2.3.1.Engagements socle	43
2.2.3.2.Engagements optionnels	43
2.2.4. Calcul de la rémunération	44
2.2.5. Versement de la rémunération	45
2.2.6. Etat des lieux dans le département de la Meuse	45

3. La coordination au sein des MSP/PSAP	47
3.1. Introduction et définition	48
3.2. Les modalités de la coordination au sein des MSP/PSAP	48
3.2.1. La coordination monoprofessionnelle	48
3.2.2. La coordination pluriprofessionnelle	48
3.3. Coordination et système d'information au sein des MSP/PSAP	50
3.3.1. Secret médical partagé	52
3.3.1.1. Conditions du partage d'information	53
3.3.2. Sécurité du système d'information	54
3.4. Outils d'évaluation des MSP/PSAP	54
3.4.1. Matrice de maturité des soins primaires	55
3.5. Le coordinateur des MSP/PSAP	56
3.5.1. Missions et tâches du coordinateur	57
3.5.2. Compétences requises pour le poste de coordinateur	58
3.5.3. Quelques expériences étrangères	58
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	60
III. METHODOLOGIE	60
1. Echantillonnage	60
2. Réalisation du questionnaire	61
3. Envoi du questionnaire	63
4. Analyse des données	63
IV. RESULTATS	65
1. Caractéristiques de notre population	65
1.1. Répartition par catégorie professionnelle	65
1.2. Répartition par sexe et par âge	66
1.3. Répartition par le nombre d'années d'installation	66
2. Résultats par structure de soins et par catégorie professionnelle	67
3. Résultats selon les tâches attribuables au coordinateur de MSP	68
3.1. Résultats selon les thèmes/axes définis dans le questionnaire	68
3.1.1. Implication des patients	69
3.1.2. Système d'information	71
3.1.3. Projet de santé	74
3.1.4. Travail en équipe	77
3.1.5. Gestion de la structure	80
3.2. Synthèse globale des résultats concernant la présence d'un coordinateur	83
4. Résultats selon les missions attribuables au coordinateur de MSP	86
4.1. Analyse par profession de santé	86
4.2. Analyse selon le degré de maturité de la structure de soins	87
5. Qualités recherchées chez un coordinateur de MSP	88
5.1. Analyse globale	88
5.2. Analyse selon la catégorie professionnelle	89
5.3. Analyse selon la maturité des structures de soins	90

6. Temps de présence d'un coordinateur au sein de la structure	91
6.1. Analyse globale	91
6.2. Analyse par catégorie professionnelle	91
6.3. Analyse selon la maturité des structures de soins	92
7. Rémunération journalière d'un coordinateur de MSP	93
7.1. Analyse globale	93
7.2. Analyse par catégorie professionnelle	94
7.3. Analyse selon le degré de maturité des structures de soins	95
V. DISCUSSION	96
1. Discussion de la méthode	96
1.1. Intérêt de la méthode	96
1.2. Limites de la méthode	96
2. Discussion des résultats	98
2.1. Le coordinateur, un besoin pour les équipes de soins primaires	98
2.2. Le coordinateur, un enjeu pour la réussite de la restructuration de l'offre de soins primaires et le succès du virage ambulatoire	104
2.3. L'obstacle de financement de ce nouveau métier	106
VI. CONCLUSION	109
VII. BIBLIOGRAPHIE	111
VIII. ANNEXES	119

Abréviations

- ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCR : Cahier des charges régional
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CIADT : Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire.
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CSP : Code de Santé Public
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- EGOS : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
- ENMR : Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération.
- FACILIMED : La coopérative dédiée aux équipes regroupées de soins primaires.
- FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
- FIR : Fond d'intervention régional
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires.
- IDE : Infirmier diplômé d'état
- IMG : Interne en Médecine Générale.
- ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.
- NMR : Nouveaux Modes de Rémunération.
- PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé
- PCMH : Patient-Centered Medical Home
- SDOS : Schéma Départemental de l'Organisation des Soins
- SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- UNPS : Union Nationale des Professionnels de Santé
- URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé
- SROS : Schéma régional d'organisation des soins

I. Introduction

La fracture médicale est une réalité en France. Malgré les 58104 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre au 1 janvier 2015 [1], leur répartition dans le territoire national montre une disparité régionale qui ne cesse de se creuser notamment dans les zones rurales posant le problème d'attractivité médicale de ces territoires. Ajouté à cela, la démographie médicale vieillissante, la complexité croissante des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les zones rurales, la progression des maladies chroniques, les contraintes économiques territoriales, et le changement générationnel de l'exercice libéral, où la qualité de vie devient une exigence prioritaire pour les jeunes médecins. Tous ces éléments mènent les professionnels de santé et les pouvoirs publics à repenser l'organisation et la restructuration du système de soins primaires pour mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) constituent aujourd'hui une réponse à ces problématiques de santé publique. Peu développé en France comparativement aux autres pays à l'image des « *Patient-Centered Medical Home* » aux Etats-Unis ou des « *Medical Home* » en Angleterre, ce nouveau mode d'exercice regroupé de la médecine ambulatoire semble séduire les professionnels de santé surtout les plus jeunes. Avec la progression actuelle, il est prévisible que plus de 1000 maisons de santé seront en fonctionnement courant 2017.

Au-delà de la mutualisation des moyens, les MSP favorisent principalement l'activité de coordination notamment entre les différents professionnels intervenants dans le parcours de soins des patients.

Avec le développement du travail en équipe coordonné, il devient urgent de diversifier les modes de rémunération car le paiement à l'acte ne permet pas à lui seul une prise en charge globale de l'activité de coordination. Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité a été publié au journal officiel le 27 février 2015. Ce règlement arbitral a pour objectif la pérennisation et la généralisation des nouveaux modes

de rémunération en attendant l'aboutissement des négociations conventionnelles interprofessionnelles.

Dans ces organisations de groupe, nous constatons la multiplication des tâches liées à la gestion administrative interne et externe de la structure et du projet de santé. Si l'on rajoute à cela le contexte démographique actuel, la progression des maladies chroniques et des patients polypathologiques, il est urgent de faire appel à une personne pour décharger les professionnels de santé de ces structures des tâches liées à la coordination, et leur permettre de se consacrer pleinement à leur cœur de métier qui est le soin et la santé des patients. C'est le rôle du coordinateur des MSP et PSAP.

Avec 19 maisons de santé en fonctionnement au 1 janvier 2016 et 11 sites admis au règlement arbitral, la Meuse est un département pionnier en Lorraine dans le développement de ce nouveau mode d'exercice pluriprofessionnel.

Notre travail de recherche consiste en une étude transversale à visée descriptive, réalisée sur un panel de professionnels de santé des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. Cette étude évalue l'intérêt de la présence d'un coordinateur au sein des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. Elle permet de décrire les attentes des professionnels de santé (personnel médical, paramédical et pharmaciens) concernant les compétences et les tâches attribuables au coordinateur évoluant au sein de leur structure, plus particulièrement dans un territoire restructuré en MSP et PSAP, comme le département de la Meuse.

Ainsi, notre travail comprend deux parties. La première partie théorique, où nous développons trois thèmes d'actualité qui sont les maisons et pôles de santé, les nouveaux modes de rémunération et la coordination au sein des maisons de santé. La deuxième partie qui est l'étude pratique, où nous exposons les résultats de notre enquête puis l'analyse et la discussion de ceux-ci.

1. Les Maisons et pôles de santé ambulatoires pluri professionnelles (MSP/PSAP)

1.1. Définitions :

▪ Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP):

Regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux, a minima deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé (infirmier, dentiste, kinésithérapeute, podologue, orthophoniste, sage femme,...) autour d'un projet de santé commun validé par l'Agence régionale de santé (ARS). Elle peut être mono ou multi sites et peut associer du personnel médico-social.

Sa définition réglementaire est issue de l'article 2 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite loi HPST), notamment l'article L. 6323-3 du code de la santé publique [2]:

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

▪ Pôle de Santé Ambulatoire pluri Professionnel (PSAP) :

Regroupement dans un territoire plus large que les MSP, de professionnels de santé avec différents modes d'exercices sur plusieurs sites, autour d'un projet de santé commun. Ils

assurent les mêmes missions que les MSP, notamment des activités de soins de premiers recours, le cas échéant de second recours et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de la sécurité sanitaire.

Sa définition réglementaire est issue de l'article 40 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, qui modifie l'article L. 6323-4 du code de la santé publique [3]:

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de la sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des regroupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

▪ **Centre de santé :**

Structure de soins ambulatoire qui réunit des professionnels de santé salariés en secteur 1. Les centres de santé sont gérés par des assureurs de santé (assurance maladie ou mutuelle), des associations ou collectivités territoriales [4].

▪ **Maison médicale :**

Regroupement pluri professionnel du premier ou second recours (médecins généralistes, spécialistes ou autres professionnels de santé) dans une même structure, pour la mise en commun de moyens. Sans partager le même projet de santé.

1.2. Historique des MSP/PSAP:

C'est en 2006 que le terme de « maison de santé » a commencé à émerger parmi les professionnels de santé pour différencier leur projet de santé de celui des maisons médicales. Ils se sont inspirés d'expériences antérieures comme celle de l'unité sanitaire de Saint-Nazaire des années 1980 (son activité allait de soins à la prévention, de l'information à l'éducation sanitaire) [4].

En octobre 2007, l'expression « maison de santé » est reprise dans le rapport du sénateur J-M. Juilhard sur « l'offre de soins : comment réduire la fracture territoriale? » [5].

La première reconnaissance légale des MSP fut apportée le 19 décembre 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, article 44. La dénomination Maison de Santé fut inscrite dans le Code de la Santé Publique, article L.6323-3 [6]:

«Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux».

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 à travers les dispositions de l'article 44 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) dans des structures pluri professionnelles ambulatoires, telles que des maisons de santé mono ou multi-sites avec un projet de santé formalisé. Ces ENMR ont été prévues pour une durée de cinq ans (2008-2012). Elles sont versées sous forme d'un forfait annuel qui a vocation à compléter le paiement à l'acte voire à s'y substituer [7].

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) a été promulguée le 21 juillet 2009. L'article 39 de cette loi modifie l'article L. 6323-3 du code de la santé publique en y ajoutant un alinéa rédigé comme suit : «Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'Agence régionale de santé» [8].

La création des Agences régionales de santé (ARS) a permis la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional et la restructuration de l'offre de soins de premier recours. Elles sont davantage ancrées dans les territoires pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître ainsi l'efficacité du système de santé [9, 10].

En janvier 2010, la mission interministérielle menée par le sénateur J-M. Juilhard, B. Crochemore, A. Touba et le professeur G. Vallancien portant sur « le développement des

maisons et pôles de santé », consacre définitivement le terme de maison de santé et propose sept séries de mesures pour améliorer leur déploiement [11].

Le 9 février 2010, le Président de la République, lors de la clôture des Assises des Territoires Ruraux, a annoncé un plan de développement de maisons de santé pluri professionnelles en faveur des territoires ruraux. Dans les suites, le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire (CIADT), a lancé le 11 mai 2010, un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur une période de trois ans [12].

En Février 2010, ont débuté également les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunérations (ENMR), initialement prévues par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. Ces expérimentations portées par le Ministère de la santé et pilotées par les ARS au niveau régional visent à moderniser l'offre de soins de premier recours et à adapter les modes de rémunération aux nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux. Elles sont menées sur deux axes principaux: les missions coordonnées et les nouveaux services rendus aux patients [13, 14].

Le 10 août 2011, la loi n° 2011-940, dite la Loi Fourcade, par son article 1, a rajouté le titre IV dans le code de la santé publique pour créer un nouveau cadre juridique pour ces structures: les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) [15]. Ce nouveau statut juridique a pour but de limiter les contraintes juridiques et fiscales relevées par les ENMR et de leur éviter ainsi l'assujettissement à l'impôt sur les sociétés pour les sommes perçues. L'article 2 de cette même loi a modifié certaines dispositions de la loi HPST, notamment l'article L. 6323-3 du code de la santé publique pour obtenir la définition actuelle de la maison de santé.

Depuis le 30 juin 2012, les maisons et pôles de santé sont dans l'obligation de se transformer en SISA, seul cadre juridique de société, reconnu par l'ARS pour bénéficier des nouveaux modes de rémunération.

Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a annoncé un «Pacte territoire-santé 1» pour lutter contre les déserts médicaux. Douze engagements ont été proposés, parmi lesquels figure l'engagement n°5 qui est de développer le travail en équipe en valorisant la coordination dans les MSP et PSP par des

nouveaux modes de rémunération (NMR). Elle a annoncé par la même occasion la création d'un Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) [16]. Ce service d'information de proximité a pour rôle d'accompagner les professionnels de santé dans chaque étape de leur vie professionnelle et de faciliter leur installation dans les territoires sous-médicalisés.

Le 6 novembre 2014, les négociations concernant l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les soins de proximité entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats professionnels, pour la pérennisation des NMR, n'ont pas abouti. Le 17 novembre, Monsieur Bertrand Fragonard, président délégué du Haut conseil de la famille, fut chargé par le ministère de la Santé d'élaborer un règlement arbitral.

Le 27 février 2015, publication au journal officiel d'un arrêté portant approbation du règlement arbitral venu entériner la pérennisation et la généralisation des nouveaux modes de rémunération des structures de santé pluri professionnelles formalisées [17].

En novembre 2015, la ministre des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, a présenté le « pacte territoire-santé 2 » au 15^{ème} Congrès annuel du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) à Dijon [18]. Ce plan comporte 10 engagements pour lutter contre les déserts médicaux et inciter les jeunes médecins libéraux à venir exercer dans les territoires sous médicalisés. L'objectif est d'atteindre 1000 maisons de santé en fonctionnement d'ici 2017.

1.3. Objectifs de développement des MSP/ PSAP

- Améliorer l'offre de soins primaires sur un territoire, en regroupant un ensemble de services dans un même lieu d'exercice ;
- Assurer une continuité des soins, une permanence des soins et une coordination entre les différents professionnels de santé pour une meilleure qualité de prise en charge des patients ;
- Améliorer les conditions d'exercice du personnel médical et paramédical dans les zones rurales ;
- Lutter contre le manque d'attractivité pour la médecine générale en zones rurales ;
- Développer la formation et l'apprentissage des jeunes professionnels de santé [19].

1.4. Missions des MSP/ PSAP :

Ces missions de service public sont précisées par La loi du 21 juillet 2009, dite Loi HPST dans son premier article. L'article L. 6112-1 du code de santé public (CSP) énumère la liste des missions auxquelles les établissements de santé peuvent participer, et l'article L. 6112-2, les établissements de santé (dont les MSP) susceptibles de les assurer totalement ou partiellement [20].

Dans la liste des missions de service public, l'on retrouve notamment :

- Assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité
- Assurer la continuité des soins
- Informer les usagers sur l'organisation d'une permanence de soins
- Aide médicale urgente, conjointement avec les partenaires locaux
- Prise en charge des soins palliatifs
- Développement de la formation continue des professionnels de santé et de la démarche qualité
- L'implication dans les actions de santé publique
- Valoriser les actions d'éducation et de prévention pour la santé ainsi que leur coordination
- Formation des futurs professionnels de santé
- Participation à des activités de recherche
- Lutter contre l'exclusion sociale et la discrimination
- Dispensation des soins aux personnes dans les centres médico-socio-judiciaires.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) établit un diagnostic de l'offre de santé et évalue les besoins à couvrir en termes de missions de service public [21].

1.5. Développement de MSP/PSAP

Le 9 février 2010, le président de la république a annoncé un plan national d'équipement en maisons de santé en faveur des territoires ruraux. Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) par la circulaire interministérielle NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010, a fixé un cahier des charges national qui conditionne l'accompagnement financier des projets de déploiement de MSP/PSP [22].

Des appels à projet « Maisons ou Pôles de santé Pluri professionnelles » sont lancés chaque année par les Agences régionales de santé (ARS). Les porteurs de projets intéressés (professionnels de santé, élus locaux), sont invités à déposer leurs dossiers auprès des ARS ainsi que les préfectures du département [23]. Les projets sont choisis par un Comité de sélection régional associant : l'ARS, les préfets, le conseil régional, les conseils généraux, les représentants des professionnels de santé, selon les critères du Cahier des charges régional (CCR) qui n'est qu'un prolongement du cahier des charges national [24].

Ce cahier des charges régional sert de référence aux dossiers de demandes de subvention publique au titre du FIR (Fond d'Investissement Régional). Ces objectifs sont déjà définis par la circulaire du 27 juillet 2010 relative au plan de déploiement des MSP [19] :

- Fixer les conditions d'éligibilité pour prétendre à une subvention
- Classer les critères de sélection des dossiers par ordre de priorité : socle minimal (obligatoire), complémentaire (souhaité), avancé (plus-value)
- Donner les évolutions possibles de ces structures de soins en prenant en considération le contexte local et les besoins de la population
- Donner des indicateurs de suivi aux porteurs de projet pour faciliter l'élaboration et l'évolution de leur projet de santé
- Guider les professionnels de santé dans les étapes de demande de subvention.

Les conditions d'éligibilité des projets de MSP sont définies par la DGOS dans le cahier des charges national des maisons de santé pluri professionnelles [25].

1.5.1. Etude du territoire

1.5.1.1. Diagnostic des besoins de santé du territoire

Une étude préalable du territoire est indispensable pour tout projet visant l'implantation d'une structure pluri professionnelle. Elle permet de justifier la faisabilité d'un projet de MSP qui doit être adapté et proportionné aux besoins de la population locale. Pour ce faire, cette analyse doit tenir compte de plusieurs facteurs [26] :

- Des données socio démographiques de la population locale, de son état de santé, de ses besoins en termes de soins ambulatoires,
- De l'évolution prévisionnelle de l'offre de soins dans le territoire,

- Du contexte économique du territoire ciblé,
- De l'implication des élus locaux dans les projets d'implantation des maisons de santé.

Ces données territoriales sont disponibles dans le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) dans son volet ambulatoire.

1.5.1.2. Missions de soins et de santé publique de la structure

En réponse à l'étude préalable du territoire, les porteurs du projet de MSP indiquent les missions de soins et de santé publique qui vont être engagées dans le but d'améliorer l'offre de soins sur le territoire, comme : promotion de la santé, prise en charge des maladies chroniques, organisation de compagnies de dépistage et de prévention pour la santé, éducation thérapeutique des patients, formation, recherche...

1.5.2. Elaboration du projet de santé formalisé

Le projet de santé est un élément central dans tout projet de conception de MSP. C'est un document texte qui fait office d'offre de soins pour répondre à des besoins identifiés en santé dans un territoire ciblé. Sur les dispositions de l'article L.6323-3 du CSP, l'ensemble des professionnels de santé (médicaux et auxiliaires médicaux) présent dans la structure doit formaliser un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné [27].

L'élaboration d'un projet de santé permet de distinguer ces structures de soins des autres regroupements pluri professionnels tels que les maisons médicales. Ce projet de santé leur accorde la labellisation par le comité de sélection régional « Maison de santé » et leur permet donc de bénéficier des dotations versées par l'ARS au titre du FIR [28].

Le projet de santé contient plusieurs volets [26] :

- Le projet de santé de la structure : composé du projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge,
- Le projet immobilier : le lieu d'implantation de la MSP et l'accessibilité aux usagers,
- Le projet juridique : le statut juridique de la structure,
- Le projet financier : chiffrer les coûts nécessaires à la réalisation, l'aménagement et le fonctionnement de la structure ainsi que les demandes de financements.

1.5.2.1. **Projet de santé de la structure**

Comprend deux parties : le projet professionnel et le projet d'organisation de la prise en charge [29] :

a. Projet professionnel :

Le projet professionnel décrit les modalités organisationnelles du travail entre les professionnels de santé pour aboutir au projet de santé. Il comprend plusieurs volets:

- Management de la structure : liste l'ensemble des professionnels par catégorie et précise les responsabilités de chacun au sein de l'équipe.
- L'organisation de la pluri professionnalité : décrit la coordination entre les différents professionnels, la mise en place d'un système d'information partagé, l'organisation de réunions pluri professionnelles de concertation, l'élaboration de protocoles de soins.
- Le dispositif d'information : décrit les mesures mises en place pour faciliter l'accès aux informations médicales pour les patients et les modalités de partage d'informations entre professionnels au sein de la structure et avec les autres acteurs du territoire.
- Développement de la formation continue des professionnels
- Formation des étudiants et participation à des activités de recherche

b. Projet d'organisation de la prise en charge des patients

- L'accès aux soins : faciliter l'accès aux soins à tous les usagers,
- La continuité des soins : par une amplitude étendue des horaires d'ouverture, la possibilité de consultations non programmées et l'organisation d'une permanence de soins ambulatoires dans le territoire en dehors des horaires d'ouverture de la structure,
- La coordination externe : préciser les modalités de coopération avec les autres acteurs du territoire,
- La démarche qualité : mise en place de protocoles entre professionnels et organisation de réunions de concertation pluri professionnelles (RCP),

- Les nouveaux services: indiquer les activités innovantes comme l'éducation thérapeutique des patients, télé médecine, coaching téléphonique, télésurveillance au domicile des patients.

1.5.2.2. Projet immobilier adapté :

Les professionnels de santé s'engageant dans un projet de MSP peuvent construire de nouveaux locaux, acquérir ou rénover des locaux déjà existants. Les locaux doivent être fonctionnels et proportionnés de manière à répondre aux besoins réels des professionnels de santé et de la population et doivent être en conformité avec les normes en vigueur notamment concernant la sécurité, l'hygiène, l'environnement, l'ergonomie, la confidentialité et la protection incendie.

Le terrain doit être suffisamment vaste pour envisager des évolutions et doit contenir un parking pour l'accueil des usagers. Le projet immobilier doit contenir des locaux adaptés aux exigences de chaque professionnel, une salle d'attente, un accueil, une salle de réunion, des sanitaires séparés (public et professionnels), un logement pour les remplaçants et les professionnels en formation et un local pour les déchets professionnels.

1.5.2.3. Montage juridique :

Le statut juridique des MSP peut prendre plusieurs formes : Société Civile de Moyens (SCM), Société Civile Immobilière (SCI), Société Civile Professionnelle (SCP), Société d'Exercice Libéral (SEL) ou association, loi de 1901 ; mais il n'y a que la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui peut percevoir des dotations publiques et les répartir entre ses sociétaires (Loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade).

1.5.2.3.1. Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) :

- **Définition de la SISA:**

La SISA est une société civile, inspirée de la SCM, constituée de personnes physiques exerçant une profession médicale au titre du code de la santé publique (les psychologues et les ostéopathes peuvent signer le projet de santé mais ne peuvent pas être sociétaires). Elle doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. De par son statut juridique spécial, elle peut percevoir des rémunérations publiques (NMR) pour

l'exercice interprofessionnel tel que la coordination thérapeutique, l'éducation thérapeutique et la coopération entre professionnels de santé [30].

Art. L. 4041-1 de Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 : « Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien ».

Art. L. 4041-4 de la même loi : « Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. »

▪ **Historique de la SISA :**

Les premières équipes qui ont porté des projets de MSP se sont organisées autour d'une association Loi 1901 ou autour d'une SCM. Ces statuts juridiques souples permettent la mutualisation des moyens tels que les prestations de service et les moyens matériels, mais ne permettent pas l'inter professionnalité. De ce fait, ces équipes ne pouvaient pas verser à leurs sociétaires les dotations perçues par l'ARS pour la partie coordination dans le cadre des ENMR.

Pour limiter ces contraintes juridiques et fiscales relevées par les expérimentations (ENMR), la SISA fut créée par la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite la Loi Fourcade. Elle est à la fois une structure d'exercice et une société de moyens, ce qui lui permet donc de percevoir des dotations publiques et les répartir entre ses sociétaires.

Un décret d'application a été publié le 25 mars 2012 au journal officiel rendant possible la création de ces nouvelles sociétés civiles, et depuis le 30 juin 2012, les maisons de santé sont dans l'obligation de se transformer en SISA, seule forme de société reconnue par l'ARS, pour bénéficier des nouveaux modes de rémunération.

▪ **Objectifs de la SISA:**

Les objectifs de la SISA sont décrits dans l'Article. L. 4041-2 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 [32] :

« La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :

- 1- La mise en commun des moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;

2- L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. »

▪ **Fiscalité :**

Les SISA ne sont pas soumises à l'impôt sur les sociétés. Les pharmaciens sont soumis à la TVA, a contrario, les autres professionnels ne sont pas assujettis à cette taxe [31].

1.5.2.4. Projet financier :

Même si le projet de MSP est l'initiative de professionnels de santé, l'appui des partenaires institutionnels, notamment les collectivités locales, reste un atout majeur dans l'aboutissement du projet. Les porteurs du projet d'implantation d'une MSP (professionnels de santé ou élus locaux), peuvent solliciter diverses aides financières pour sa réalisation. Les sources de financements existantes aujourd'hui peuvent concerner les aides à l'investissement comme les aides liées au frais de fonctionnement de la structure.

a. Financements affectés à l'investissement :

Le financement du volet investissement dans un projet de MSP peut être mis en œuvre avec des fonds privés (les professionnels de santé ou même des investisseurs privés), publics ou mixtes. Néanmoins, les porteurs de projet peuvent solliciter des aides financières à l'investissement auprès de plusieurs institutions [32] :

- Fonds d'aides européens : Fonds Européens Agricoles pour le Développement Rural (FEADER) et Fonds Social Européen (FSE)
- Services d'état : Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DETR) (fusion depuis 2011 de Dotation Globale d'équipement (DGE) et de la Dotation de Développement Rural (DDR))
- Conseil régional : Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT)
- Conseil général.

b. Financement affecté aux dépenses de fonctionnement :

On compte principalement deux types d'aides financières mobilisables destinées au volet fonctionnement des MSP/PSAP :

▪ **Financement par le Fonds d'Investissement Régional (FIR) :**

Le FIR a été créé par l'article 65 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2012. Ce fonds est chargé de financer la modernisation du système de soins, et de donner un champ d'action plus large aux ARS dans l'attribution des dotations dans leurs territoires. Il regroupe dans une même enveloppe les dotations issues du Fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Ainsi, la marge de manœuvre des ARS se retrouve renforcée dans l'octroi de crédits pour le financement de projets et d'actions en faveur de la permanence des soins, de la performance et de la qualité des soins, de la prévention et de la promotion pour la santé [33, 34] et de la lutte contre les déserts médicaux. Depuis le premier janvier 2016, dans le cadre de la LFSS pour 2015, la gestion comptable et financière du FIR est transférée de l'assurance maladie aux ARS.

Les dossiers de demandes de subventions doivent impérativement respecter un cahier des charges régional pour prétendre aux dotations de l'ARS au titre du FIR.

En Lorraine, le montant maximal alloué à une même structure de soins ambulatoires est de 50 000 euros. Ce montant est destiné à financer l'équipement en mobilier (hors équipement professionnel), en informatique, en installation téléphonique ou ½ ETP de secrétariat commun [35].

▪ **Financement par les nouveaux modes de rémunération (NMR)**

Les équipes de soins exerçant de façon regroupée telles que les MSP/PSP, peuvent bénéficier d'une nouvelle dotation, NMR, qui sert à récompenser le travail en équipe ainsi que les nouveaux services rendus à la population.

Les NMR sont l'aboutissement de cinq années d'expérimentations, les ENMR (Expérimentations sur des nouveaux modes de rémunération) qui ont débuté en février 2010 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009.

Depuis le 28 février 2015, est entré en vigueur le règlement arbitral venu pérenniser et généraliser les ENMR à toutes les structures de soins pluri professionnelles avec un projet de santé formalisé et qui se sont constituées en SISA.

1.6. Etat des lieux des MSP/PSAP dans le département de la Meuse

1.6.1. Historique

La Meuse, département typiquement rural, fait partie des départements français sous médicalisés (carte 1). Au 1 janvier 2015, le tableau de l'ordre des médecins avait recensé 145 médecins généralistes (sans les retraités actifs) avec une moyenne d'âge de 51 ans. La densité médicale a baissé de 12.32% depuis 2007, soit 75 médecins généralistes pour 100000 habitants [1].

Cependant, grâce aux différentes mesures entreprises depuis 2006 par les autorités sanitaires locales, l'ordre des médecins et les pouvoirs publics, un état d'équilibre de la démographie médicale a pu être obtenu.

En 2006, sous l'égide du préfet Lafon, le département de la Meuse a initié le « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », pour anticiper la problématique des déserts médicaux [36, 37].

Quatre groupes de travail ont été constitués:

- Groupe 1 : faire un état des lieux de l'offre de soins dans le département de la Meuse.
- Groupe 2 : Promouvoir les maisons de santé pluri professionnelles et rédiger un cahier des charges pour faciliter le montage de ces projets de MSP [38].
- Groupe 3 : Etablir des liens entre la faculté de médecine de Nancy et le département de Meuse pour sensibiliser les internes en médecine générale et les médecins remplaçants sur la problématique des déserts médicaux dans le but d'attirer de futures installations dans le département.
- Groupe 4 : Faire un état des lieux sur les conditions d'exercice des professionnels de santé du département. Chaque tutelle de catégorie de professionnels, soit médicale ou paramédicale a mené une enquête auprès de ses adhérents pour recueillir leur avis et leur ressenti. Pour les médecins, le CDOM 55 a envoyé une enquête à tous les médecins généralistes libéraux du département.

Des réunions de territoire sont régulièrement organisées regroupant les autorités sanitaires, les professionnels de santé et les élus locaux.

En 2007, ce comité de pilotage a proposé un schéma départemental de l'organisation des soins ambulatoires (SDOS) à trois niveaux :

1. Pôles de santé primaires regroupant dans une même commune des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, une pharmacie, un cabinet dentaire, d'autres paramédicaux (ex : podologue, diététicienne,...), et des consultations spécialisées avancées.
2. Pôles satellitaires avec un médecin généraliste issu des pôles primaires présent toute la semaine sauf le samedi matin, des infirmiers, des kinésithérapeutes et une pharmacie.
3. Cabinets secondaires rassemblant un médecin généraliste issu des pôles primaires et des IDE. Ceux-ci assurent cinq demi-journées d'exercice par semaine dans un local public mis à leur disposition [36].

Tous ces efforts ont abouti à l'installation de plusieurs médecins généralistes. En effet, on compte 43 installations de jeunes médecins dans le département depuis 2007, dont 19 % ont moins de 40 ans et l'implantation de 19 MSP/PSAP parmi lesquels 11 sites sont admis au règlement arbitral. La Meuse est un département pionnier en Lorraine en matière de coordination des soins de premier recours.

1.3.3. Cartographie actuelle des MSP/PSAP du département de la Meuse :

La répartition des MSP/PSAP sur le territoire meusien s'appuie sur le schéma des communautés des communes (annexe 2). Au 1 janvier 2016, on dénombre 19 maisons et pôles de santé pluri professionnels en fonctionnement sur tout le territoire meusien [39]:

- MSP Vigneulle-les-Hattonchatel : en activité depuis 2005
- PSP Revigny-sur-Ornain : en activité depuis 2007
- MSP Damvillers : (2007)
- MSP Dieue-sur-Meuse : (2009)
- PSP Varennes-en-Argonne : (2009)
- MSP Vaucouleurs : (2009)
- PSP Seuil-d'Argonne/Rembercourt : (2010)

- MSP Pierrefitte-sur-Air : (2011)
- MSP Spincourt : (2012)
- PSP Lisle-en-Rigault/Ancerville : (2013)
- MSP Dammarie-sur-Saulx : (2013)
- PSP Clermont-en-Argonne/Dombasle : (2014)
- MSP Void-Vacon : (2014)
- MSP Gondrecourt/Treveray : (2014)
- MSP Thierville-sur-Meuse : (2014)
- PSP Fresnes-en-Woëvre : (2015)
- MSP Belleville-sur-Meuse (2015)

Trois MSP en construction :

- MSP Montmédy
- MSP Etain
- MSP Saint-Mihiel/Lacroix-sur-Meuse

Quatre réflexions sur des projets de construction de MSP/PSP :

- MSP Stenay/Dun-sur-Meuse
- MSP Verdun
- MSP Bar-le-Duc/Ligny-en-Barrois
- PSP Commercy

2. Les nouveaux modes de rémunération

2.1. Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

2.1.1. Introduction :

L'apparition d'un nouveau mode d'exercice par regroupements de professionnels de santé dans des structures de soins telles que les MSP et PSP, a obligé les autorités sanitaires à revoir le système de rémunération classique des professionnels centré exclusivement sur le paiement à l'acte en présence de l'assuré. Chose qui n'encourage pas ces nouvelles initiatives basées surtout sur un travail de concertation, d'échanges et de coordination entre les différents professionnels pour optimiser la prise en charge des patients. Ces nouveaux modes de rémunération visent à moderniser l'organisation des soins primaires en développant de nouvelles tâches comme la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques dans les structures ambulatoires.

Un forfait annuel est versé aux structures incluses dans les ENMR, pour valoriser les nouveaux services développés, en complément du paiement à l'acte.

2.1.2. Historique :

Ces expérimentations sont pilotées par le Ministère de la santé (Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)) et sont portées par les ARS au niveau régional.

Initialement prévues pour cinq ans par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ce n'est qu'en février 2010 que ces expérimentations ont véritablement commencé sur une période de trois ans. Ensuite elles ont été prolongées jusqu'au 31 décembre 2014, avant d'être pérennisées par le règlement arbitral le 27 février 2015 [40].

Les structures de soins qui veulent participer aux ENMR, en plus d'un travail pluri professionnel doivent obligatoirement présenter un projet de santé formalisé.

La première vague d'expérimentations a commencée début 2010, elle s'est déroulée dans 17 maisons de santé et 20 centres de santé dans six régions différentes dont deux MSP en Lorraine [41] :

- MSP de VICHÉREY - module 1 (Vosges)

- MSP les THERMES à GERARDMER - module 1 et 2 (Vosges)

Devant l'intérêt suscité par ces expérimentations, il a été décidé en 2011 de les étendre à 149 sites. Quatre sites en Lorraine faisaient partie de cette deuxième vague :

- PSP de REVIGNY sur ORNAIN – module 1 et 2 (Meuse)
- PSP de VIGNEULLES les HATTONCHATEL – module 1 et 2 (Meuse)
- MSP d'HAROUE – module 1 et 2 (Meurthe et Moselle)
- MSP du THILLOT – module 1 (Vosges)

2.1.3. Les forfaits attribués:

Un forfait annuel est attribué aux sites d'expérimentations sans imposer des modalités précises à son utilisation, mais il est conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique souscrits par convention avec l'ARS dès la deuxième année.

Ces ENMR sont composés de quatre modules [42, 43]:

- Le premier module « missions coordonnées » : est un forfait pour le temps passé à la coordination des soins dans la structure,
- Le deuxième module comprend un forfait pour les nouveaux services rendus aux patients, il concerne surtout l'éducation thérapeutique des patients,
- Le troisième module vise la coopération entre professionnels de la santé,
- Le quatrième module est une rémunération en fonction du nombre de patients suivis pour des pathologies chroniques.

Seuls les deux premiers modules ont été testés : le forfait pour les missions de coordination, et le forfait pour les nouveaux services rendus aux patients.

2.1.3.1. Forfait missions coordonnées :

Le forfait alloué à la coordination des soins est composé de deux dotations : **une dotation de base** calculée à partir du nombre total des patients suivis par les structures de soins et **une dotation variable** dépendante du nombre de médecins généralistes et autres professionnels de santé impliqués dans la structure (tableau 1).

Tableau 1 : Montants du forfait de coordination (premier module).

Montants du forfait de coordination				
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Nombre de patient par structure	Moins de 2300 patients	Entre 2300 et 5300 patients	Entre 5300 et 10400 patients	Plus de 10400 patients
Dotation annuelle fixe	6 900 euros	13 800 euros	22 500 euros	45 000 euros
Dotation variable				
Supplément pour le 1er généraliste	8 900 euros			
Supplément pour chaque généraliste supplémentaire	3 000 euros			
Supplément pour chaque professionnel supplémentaire	1 400 euros			

Le versement du forfait se fait en deux étapes :

- Une dotation de départ constitué de 80 % du forfait, versée au début de l'expérimentation
- Une dotation différée (20 % du forfait) qui est versée trois à six mois après le début de l'expérimentation.

Durant la première année, un montant théorique maximal est attribué à toutes les structures de soins pour leur permettre la mise en place de ces expérimentations. A partir de la deuxième année, le montant versé à la structure est conditionné par le niveau de réalisation des objectifs et des indicateurs de santé publique auxquels elle a souscrit par convention avec l'ARS.

2.1.3.2. Forfait éducation thérapeutique des patients :

Le deuxième module « éducation thérapeutique des patients » (ETP) consiste à aider les patients et leurs entourages à mieux gérer leurs pathologies en les impliquant davantage dans le projet de soins.

Il s'adresse à toutes les tranches d'âge sans distinction.

La population ciblée en priorité sont les patients atteints de pathologies telles que :

- Diabète de type 1 et 2,
- Obésité,
- Hypertension Artérielle (HTA) et insuffisance cardiaque
- Asthme et Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

Ce forfait couvre la rémunération des professionnels de santé pour le diagnostic éducatif initial et les séances individuelles et collectives, à raison de 250 euros pour 3 ou 4 séances et 300 euros pour 5 ou 6 séances. Un forfait supplémentaire de 1000 euros est alloué à l'élaboration et la structuration initiale du programme d'ETP, et une même somme de 1000 euros allouée à la formation des professionnels de santé.

Pas de forfaits pour les modules 3 et 4 comme ils ne sont pas inclus dans les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération.

2.2. Règlement Arbitral

2.2.1. Introduction

Les expérimentations des nouveaux modes de rémunérations qui ont débuté en 2010 sont arrivées à échéance le 31 décembre 2014. Devant l'engouement suscité par ses expériences auprès des professionnels de santé des structures avec un exercice groupé, le ministère de la santé a lancé des négociations conventionnelles en mars 2014, entre l'assurance maladie, les syndicats professionnels et les gestionnaires des centres de santé dans le but d'obtenir la généralisation de ses nouveaux modes de rémunérations. Ces négociations n'ayant pas abouti, un arrêté du 23 février 2015 publié au Journal officiel du 27 février 2015, a approuvé un règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité. Le règlement arbitral se substitue à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) dont les négociations ont échoués [44, 45].

Ce règlement arbitral est mis en place pour une durée de cinq ans, il a pour objectif la pérennisation et la généralisation des nouveaux modes de rémunération en attendant l'aboutissement des négociations conventionnelles interprofessionnelles.

Pour que les structures concernées puissent bénéficier de ces rémunérations, elles doivent être déjà constituées en SISA (seule société actuellement dont le statut juridique permet de

percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même), ou elles s'engagent à l'être dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

Un contrat tripartite pour une durée de cinq ans, est signé entre la structure de soins ambulatoire, l'ARS et la CPAM une fois que le projet de santé de la structure est approuvé par ces deux dernières instances qui vérifient sa conformité avec le projet régional de santé. Les modalités et le suivi de la progression sur la durée du contrat sont définis dans la grille d'objectifs et le contrat-type. En pratique, l'ARS décide si la structure rentre dans le cahier des charges, par la suite la CPAM contrôle l'ensemble des pièces du dossier et verse les dotations [44].

Avec le règlement arbitral, la ministre de la santé compte poursuivre les engagements affichés dans le pacte territoire-santé, notamment l'engagement n°5 qui vise le développement du travail en équipe. L'objectif est le déploiement de 1000 MSP d'ici 2017.

2.2.2. Spécificités du règlement arbitral :

- Un contrat conforme au contrat type est signé entre la structure de soins ambulatoires, la CPAM et l'ARS pour une durée de cinq ans
- Ce contrat tripartite comporte des engagements selon trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et le système d'information partagé
- Chacun des trois axes contient des engagements « socles » qui sont pré-requis pour le versement de la rémunération, et des engagements « optionnels » ou bonus dont certains sont modulables au niveau local
- Les deux types d'engagements (« socles » et « optionnels ») comprennent chacun une partie fixe et une partie variable qui dépend de la taille de la patientèle de la structure
- Le niveau de rémunération est calculé en fonction du respect des engagements, mesuré par des indicateurs et selon un système de points (1 point = 7 euros).

2.2.3. Les engagements du règlement arbitral

Le règlement arbitral comporte trois axes d'engagements, et chacun des axes contient des engagements « socle » et des engagements optionnels [44, 45] :

2.2.3.1. Engagements « socle »

a. Accès aux soins :

- Ouverture de la structure de soins de 8 h à 20h en semaine, samedi matin et congés scolaires
- Accès à des soins non programmés
- Fonction de coordination

b. Travail en équipe :

- Elaboration par la structure de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.
- Réunions de concertation formalisées régulières avec des comptes rendus paramétrables intégrés dans les dossiers médicaux partagés des patients

c. Système d'information partagé:

- Système d'information labellisé par l'ASIP de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat

2.2.3.2. Engagements optionnels

a. Accès aux soins :

- Consultations de spécialistes de second recours, sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins un jour par semaine
- Consultations de spécialistes de second recours, sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0.5 ETP
- Diversité de services de soins médicaux et paramédicaux dans la structure : au moins professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins trois professions paramédicales différentes
- Missions de santé publique, à choisir parmi une liste de thèmes (deux missions maximum)

b. Travail en équipe :

- Formation des professionnels de santé (2 stages par an)
- Modalités de transmissions des données de santé vers l'extérieur, notamment la transmission du Volet de Synthèse Médical (VSM)

c. Système d'information :

- Système d'information labélisé par l'ASIP niveau 2

2.2.4. Calcul de la rémunération

La rémunération annuelle est versée aux structures de soins sur la base de l'atteinte des résultats de l'ensemble des engagements. Elle comprend une rémunération de base qui dépend de l'atteinte des résultats pour les engagements « socle », et une rémunération supplémentaire qui concerne l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels. Pour percevoir la rémunération, les structures concernées doivent respecter l'ensemble des critères du niveau socle. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, les objectifs sont estimés remplis si les trois critères « socle » de l'axe accès aux soins et au moins un critère socle de l'axe travail en équipe ou système d'information sont respectés [46].

Tableau 2 : Les critères « socle » nécessaires pour le déclenchement de la rémunération (sur dérogation jusqu'au 31 décembre 2016)

Accès aux soins	Travail en équipe	Système d'information
Les 3 critères socle sont obligatoires :	Un seul critère socle parmi les 3 mentionnées ci-dessous est obligatoire	
Amplitude horaire d'ouverture	Réunions de concertation pluri professionnelles	Système d'information labélisé ASIP santé niveau 1
Accès aux soins non programmés		
Fonction de coordination	Protocoles de soins	

La rémunération annuelle versée aux équipes, est fonction de l'atteinte des objectifs dont certains sont des pré-requis pour un total de 7 400 points (pour une patientèle de référence de 4 000 patients : ANNEXE 2):

- Niveau socle, 5050 points, dont :
 - o Partie fixe, 2550 points

- Partie variable (en fonction de la patientèle), 2500 points
- Niveau optionnel, 2350 points, dont :
 - Partie fixe, 1450 points
 - Partie variable (en fonction de la patientèle), 900 points

La valeur du point est fixée à 7 euros.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile. Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence. Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

La rémunération dépend également du taux de précarité présent dans la structure (patients CMU et AME). Si ce taux est supérieur au taux national, une majoration égale à la différence est appliquée au moment de la rémunération.

2.2.5. Versement de la rémunération

L'antenne locale d'assurance maladie effectue le calcul de la rémunération sur la base des justificatifs fournis par la structure permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements. La liste des justificatifs à fournir figure dans le contrat type.

Le versement de la rémunération calculée est effectué au plus tard le 30 avril (si le statut juridique de la structure permet son versement : SISA ou centre de soins) de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements.

2.2.6. Etat des lieux du règlement arbitral dans le département de la Meuse

La Meuse avec 11 sites admis au règlement arbitral en 2016, est un département pionnier en Lorraine qui compte 27 sites [47]. Les structures qui ont été reçues en Meuse sont les suivantes :

Nord Meuse :

- MSP Montmedy
- MSP Spincourt
- MSP Vigneulles-Les-Hattonchâtel

- PSP Clermont-en Argonne/Dombasle
- MSP Dieue-sur-Meuse

Sud Meuse :

- PSP Seuil d'Argonne/Pierrefitte
- PSP Revigny-sur-Ornain
- Ancerville/Lisle-en-Rigault
- Gondrecourt-le-Château
- MSP Void-Vacon
- MSP Pagny-sur-Meuse

3. La coordination au sein des MSP/PSAP

3.1. Introduction et définition

Le volet coordination et coopération interprofessionnelle est un enjeu majeur dans la qualité de prise en charge des patients surtout dans le contexte actuel de la transition démographique et l'émergence des maladies chroniques. Avec le vieillissement de la population, le pourcentage des patients présentant des maladies chroniques et/ou poly pathologiques ne cesse d'augmenter. Dans leurs parcours de soins, l'intervention de plusieurs acteurs de la santé devient indispensable. De ce fait, la collaboration entre les différents professionnels intervenants dans le parcours de soins du patient est une nécessité. Les regroupements dans des maisons et pôles de santé ambulatoires pluri professionnels semblent répondre à cet objectif qui est la coordination entre les professionnels de santé intervenants dans le but d'améliorer les pratiques et la qualité de la prise en charge des citoyens.

Deux approches conceptuelles ont été proposées jusque là pour définir la coordination au sein des entreprises :

- l'intégration d'activités séparées
- la facilitation d'activités inter-reliées

Les Professeurs Eric Alsène et François Pichault ont menés une enquête en 2007 sur « la coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel » [48], ils ont considéré la coordination au sein des organisations sous un troisième angle qui est celui « *d'une recherche de cohérence dans un travail accompli par un ensemble d'individus* ». Cette recherche de cohérence passe par les trois facettes de la coordination qui sont :

- La répartition des ressources et des tâches
- L'harmonisation des actes
- L'orchestration des activités

Ainsi ils ont défini la coordination de la manière suivante : « *Coordonner, dans les organisations, c'est au sein de celle-ci, répartir les ressources et les tâches, harmoniser les actes et orchestrer les activités* ».

Mais coordonner c'est aussi interagir entre différents acteurs par l'instauration d'un dialogue permanent et par des débats contradictoires et constructifs. Ces débats (dialogue)

pouvant porter sur différentes thématiques telles que la représentabilité, le système de gouvernance en définissant le rôle de chacun et sa place dans l'équipe, des actions à mener et des moyens disponibles.

3.2. Les modalités de la coordination au sein des MSP/PSAP :

La recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus passe par le partage du travail en tâches à effectuer par l'ensemble des intervenants par souci d'équité, et l'harmonisation des actes dans un objectif d'efficacité.

Dans une MSP/PSAP, on retrouve deux types de coordinations : la coordination monoprofessionnelle et la coordination pluriprofessionnelle [4].

3.2.1. La coordination monoprofessionnelle :

Elle s'organise entre professionnels d'une même catégorie. C'est une concertation sur les modalités organisationnelles de la structure ; concernant les plannings, les congés, le secrétariat, les projets et les investissements. Cette concertation a pour objectif l'amélioration de la productivité et l'efficacité. Ces réunions entre pairs souvent informelles se déroulent la plupart du temps autour d'un café, ou dans un de leur cabinet. Cependant, celles-ci peuvent revêtir une forme de réunion formelle organisée dans une salle dédiée à cet effet.

La coordination peut concerner également l'organisation du travail entre pairs, par des transmissions quotidiennes (surtout entre IDE), des réunions de concertation autour des dossiers difficiles (entre médecins généralistes), sur le système d'information partagé et pour l'harmonisation du discours et de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un acte de soins, par exemple le calendrier vaccinal.

3.2.2. La coordination pluriprofessionnelle :

La progression des pathologies chroniques ainsi que la poly pathologie nous oblige à passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels à une médecine de parcours avec une approche globale sur l'ensemble du parcours de soins du patient [49].

De ce fait, la coordination entre les différents intervenants devient un outil déterminant dans cette prise en charge globale. Le noyau dur de cette coopération est constitué de

médecins généralistes et d'infirmières, cependant elle peut inclure les autres professionnels de santé surtout lorsqu'il s'agit de problématiques d'ordre organisationnelle.

La coordination inter professionnelle peut s'opérer de plusieurs façons, par :

- **Réunions de concertation pluri professionnelles autour des dossiers complexes :**

Derrière la gestion des problématiques d'ordre organisationnelles et de la patientèle, ces réunions sont destinées à développer un climat de confiance, la concertation et la reconnaissance mutuelle entre les professionnels de la structure de soins.

Elles sont souvent organisées pour la prise de décisions concernant des dossiers complexes de patients suivis au sein de la MSP/PSAP. Ces réunions peuvent aboutir à l'instauration de plans personnalisés de soins pour les patients en situation de fragilité physique ou psycho-sociale, comme elles peuvent conduire à l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel.

Parmi les protocoles de suivi des patients complexes, on trouve notamment le protocole ESPREC (équipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe) qui a été élaboré par la FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) et validé par l'ARS [4]. Il est destiné à certains patients qui posent des difficultés dans la prise en charge notamment les diabétiques de type 2, HTA et certaines personnes fragiles. Un suivi renforcé leur est proposé par une équipe de trois professionnels : un médecin généraliste, un pharmacien et une infirmière qui est souvent la référente.

Ces réunions peuvent se dérouler en présence des patients et de leurs familles, elles ont pour finalité de coordonner les actions des différents intervenants et d'obtenir l'adhésion du patient dans son parcours de soins.

- **Potocole de soins de santé primaire pluri professionnel :** c'est un outil souvent

élaboré par les équipes pendant les réunions de concertation autour de thématiques très pertinentes, à partir des recommandations de la HAS. Il est destiné à faciliter la prise en charge des patients et à harmoniser le message fourni par les différents intervenants et éviter ainsi les contradictions.

La HAS a créé un centre de ressources pour aider les professionnels de santé dans l'élaboration des protocoles de soins.

- **Dossier médical partagé**: qui est un dossier médical informatisé, sécurisé, créé et alimenté par les professionnels de santé avec le consentement du patient. Il permet le partage des données utiles et pertinentes entre les professionnels de santé exerçant au sein de la structure, qui sont autorisés à le consulter; dans l'intérêt de coordonner la prise en charge, optimiser la continuité des soins et simplifier le parcours de soins. Ce partage de données permet notamment d'éviter la redondance des examens et des actes de soins, et de réduire ainsi les coûts des prises en charges de ces patients.

- **Education thérapeutique des patients (ETP)**: encore peu développée en ville, elle est assurée jusque-là de manière informelle par le seul médecin ou l'infirmière. L'arrivée des Nouveaux Modes de Rémunérations permettrait de promouvoir cette nouvelle activité dans les MSP/PSAP. Une équipe composée de plusieurs professionnels se partage les tâches et perçoit une rémunération pour ce nouveau travail.
 L'ETP est proposée sous forme d'ateliers collectifs ou sous forme d'action de santé libérale en équipe (ASALEE) [50]. Les patients ciblés en priorité sont ceux qui présentent des pathologies telles que le diabète type 1 et 2, BPCO, HTA, insuffisance cardiaque, trouble de la mémoire, obésité.
 L'ETP permet l'éducation et l'accompagnement du patient et de son entourage dans la compréhension de la maladie, des anomalies biologiques et des complications à prévenir. Elle nécessite une démarche flexible et graduelle en respectant la volonté du patient, pour aboutir à son adhésion thérapeutique et le placer ainsi comme acteur principal dans le parcours de soins.

- **Réunions de gestion administrative de la structure**: Ce sont des réunions pluri professionnelles mensuelles ou trimestrielles autour de thèmes d'ordre organisationnel. Elles sont plus dédiées à la gestion logistique de la structure.

- **Mutualisation des moyens**: concerne essentiellement l'accueil-secrétariat. En Lorraine, 80 % des MSP/PSAP ont mutualisés le poste accueil-secrétariat [51]. Il peut être partagé par tous les professionnels de santé ou seulement par les médecins généralistes. C'est un poste stratégique dans le fonctionnement de la structure. Il assure le premier contact avec les usagers mais il joue aussi le rôle

d'observation des comportements des patients et de leur relation à la santé. Les secrétaires ont un rôle de coordination dans la structure avec la planification des activités et des moyens ainsi que le suivi de la qualité des prestations.

3.3. Coordination et système d'information au sein des MSP/PSAP:

Le système d'information partagé constitue une plus-value majeure pour une bonne coordination des soins entre les différents professionnels de santé qui prennent en charge le patient dans les maisons et centres de santé, il est le socle de l'exercice coordonné.

Ce partage d'information au sein des MSP/PSAP est rendu possible grâce à la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 qui a introduit à l'article L.1110-4 du code de la santé publique, quatre nouveaux alinéas organisant les conditions de circulation des informations concernant les patients (Alinéas 4 à 7) [52, 53]:

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.»

Le système d'information partagé est conçu pour faciliter la mise en œuvre du projet de santé collectif, accessible à l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein de la structure, il contribue à :

- Mettre en place un dossier médical partagé, informatisé pour chaque patient
- Améliorer la prise en charge des patients en offrant des outils d'assistance à la prise de décision diagnostique et à la prescription.
- Effectuer la facturation des soins et surveiller la comptabilité
- Faciliter le suivi des patients avec des pathologies chroniques et/ou poly pathologiques

- fournir des indicateurs statistiques pertinents pour connaître la santé de la population suivie et pour surveiller l'activité du professionnel de santé et de la structure.
- Organiser les démarches de prévention et d'éducation pour la santé
- Partager des données entre professionnels de santé y compris en organisations multi-sites pour optimiser les parcours de soins
- Faciliter les transmissions entre professionnels de différentes structures par le biais du volet médical de synthèse (synthèse du dossier médical du patient), lors de l'accès aux soins secondaires ou déplacements des patients.

Dans l'élaboration du SIP, les professionnels de santé sont confrontés à des problématiques telles que le respect du secret médical et la sécurité du système d'information.

3.3.1. Secret médical partagé

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à travers l'article 96 a réécrit l'article 1110.4 du Code de la santé publique sur le partage d'information en milieu médical [54] :

- L'alinéa 1 de l'article L. 1110-4 modifié suppose que le principe du respect du secret médical n'est plus réservé qu'aux établissements de santé, mais à l'ensemble des secteurs : sanitaire, social et médico-social : *« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. ».*
- Ce secret couvre l'ensemble des professionnels intervenant, que ce soit du domaine sanitaire comme du domaine social (notamment les assistantes sociales) : *« Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».*

3.3.1.1. Conditions du partage d'information :

La nouvelle loi de santé a introduit la notion « **équipe de soins** » dans le partage du secret médical. L'article L. 1110-12 de la même loi a défini cette notion :

« L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ».

a- Au sein d'une même équipe de soins :

Dans l'alinéa III, de la loi de santé du 26 janvier 2016, on décrit deux conditions pour l'échange d'informations au sein d'une même équipe de soins :

- Que les professionnels participent tous à la prise en charge du patient
- Que les informations échangées soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou au suivi médico-social et social du patient.

Mais surtout, le fait que le patient est suivi par une même équipe de soins, il a accepté tacitement le partage d'information entre les professionnels, donc son accord n'est plus exigé :

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ».

b- En dehors d'une même équipe de soins :

Dans le cas où le parcours de soins fait intervenir des professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins :

- le consentement exprès du patient est requis et doit être tracé dans le dossier du patient, y compris de façon dématérialisée :

« Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions

définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

- Le patient doit être informé de tout partage d'information le concernant, de son droit à s'opposer à tout moment à cet échange et de choisir la liste des personnes autorisées.

3.3.2. Sécurité du système d'information :

Les informations partagées ont un caractère strictement médical, mais elles peuvent être d'ordre privé que le professionnel de santé a jugé pertinentes à formaliser dans le dossier pour une meilleure prise en charge du patient.

A la demande de la direction de la sécurité sociale (DSS) et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), L'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) a mis en place dès 2012, un label pour les systèmes d'informations en maisons, pôles et centres de santé, c'est le label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé ». La délivrance de ce label s'appuie sur la conformité du logiciel utilisé dans la structure au cahier des charges comprenant des exigences fonctionnelles regroupées dans le Référentiel Fonctionnel de labellisation [55].

La version 2 du label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé V2 » est lancée par ASIP santé depuis le 31 mars 2016, et d'ici le 31 décembre 2016 tous les systèmes d'information devront être mis en conformité avec la nouvelle version du label (V2) [55].

3.4. Outils d'évaluation des MSP/PSAP :

Dans l'objectif d'amélioration de la qualité des services rendus à la population et d'accompagnement des professionnels dans le développement de leur organisation, plusieurs outils de la démarche qualité ont été élaborés.

Ces instruments d'évaluation ont été développés principalement dans les pays anglo-saxons où on peut les classer en trois catégories :

- Matrice de maturité (Maturity matrix)
- Questionnaires d'évaluation
- Grilles d'accréditation

En France, les professionnels de santé utilisent principalement deux matrices de maturité :

- Matrice de maturité en soins primaires (Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires), élaborée par l'HAS et la FMMPS
- Grille de progression élaborée par URPS

3.4.1. Matrice de maturité en soins primaires (MMSP)

Egalement appelée, Référentiel d'Analyse et de Progression (RAP) des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.

Elle a été développée par la HAS en juin 2014 en collaboration avec plusieurs experts médicaux, dont des membres de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) qui a déjà proposé une matrice de maturité en se basant sur « l'International Family Practice-Maturity Matrix (IFP-MM) » développée au Royaume-Unis [56] et sur plusieurs critères de qualité retenus dans différentes grilles à travers le monde.

Cette matrice de maturité est structurée autour de quatre axes principaux, qui sont [57]:

- Travail en équipe pluriprofessionnelle
- Système d'information
- Projet de santé et accès aux soins
- Implication des patients.

Chaque axe est composé de 3 à 5 dimensions, traduisant la capacité a priori des structures à délivrer des soins de qualité.

Chaque dimension se décline en 5 caractéristiques qui correspondent à des éléments de structuration et de performance.

La Matrice de Maturité est décrite comme un support d'autoévaluation des équipes pluriprofessionnelles dans un objectif de progression vers une organisation optimale, et non comme un outil d'évaluation externe pour une labellisation ou des financements.

3.5. Le coordinateur des MSP/PSAP

Le coordinateur de MSP a pour but de créer le lien entre les différents professionnels présents au sein de la structure de soins et de développer le partenariat avec les acteurs du territoire. Plusieurs facteurs ont favorisés l'émergence de cette nouvelle fonction au sein des MSP/PSAP, comme :

- La multiplication des tâches administratives liées à la gestion de la structure et du projet de santé favorisées notamment par le travail en équipe
- L'augmentation de la taille des équipes exerçant au sein des structures mono ou multi-sites.
- La multidisciplinarité présente dans les MSP/PSAP nécessite de coordonner les différentes prises en charge
- La part croissante des patients polypathologiques et/ou porteurs de maladies chroniques a induit l'augmentation du nombre d'intervenants dans le parcours de soins

Le coordinateur de MSP doit disposer à la fois de compétences techniques mais aussi des compétences en ressources humaines, en communication, en gestion administrative et management. Le poste de coordinateur de MSP peut être assuré [26] :

- Soit par un seul professionnel exerçant au sein de la MSP, avec une formation spécifique en coordination et management. La plus part du temps, ce sont des professionnels exerçant à temps partiel au sein de la structure.
- Soit par différents professionnels de la MSP à tour de rôle, un poste « tournant », au sein de l'équipe, dans ce cas les modalités de gestion sont inscrites dans le règlement intérieur de la structure.
- Soit par une personne étrangère à la structure avec les compétences et les qualités requises pour cet exercice. Il peut s'agir d'un soignant avec une formation en coordination et en management ou d'un manager spécialisé en MSP/PSAP (coordinateur administratif de MSP).

3.5.1. Mission et tâches du coordinateur de MSP

Le coordinateur de MSP assure quatre missions principales et chaque mission comporte plusieurs tâches nécessaires au bon fonctionnement de la structure [58] :

- La gestion administrative des MSP/PSAP

On peut la deviser en plusieurs tâches :

- Suivi comptable de la structure : gestion et suivi du budget et des dépenses,...
- Gestion du personnel administratif de la structure : élaboration des plannings, planification des congés et des remplacements ; gestion des feuilles de paie
- Gestion des formations des professionnels
- Gestion des contrats : assurances, opérateur téléphonique, internet, contrat de travail
- Gestion des stocks nécessaires au fonctionnement de la structure : matériel médical et non médical, fournitures
- Gestion des déchets médicaux
- Gestion des travaux d'entretien de la MSP
- Entretien du matériel de sécurité de la structure : alarmes, extincteurs

- La communication interne au sein de la structure

- Réunions interprofessionnelles : organisation, animation et rédaction des comptes-rendus
- Aide à l'élaboration et à l'exploitation du système d'information
- Gestion des remplaçants, des internes et des stagiaires

- La communication avec les partenaires extérieurs

- Relation avec l'ARS, l'assurance maladie, la commune, la communauté de communes
- Relation avec les centres hospitaliers, la faculté de médecine
- Créer une dynamique avec les autres MSP/PSAP
- Assurer les réunions et les déplacements hors structure

- L'organisation des relations avec les usagers

- Mise en place des supports d'information à destination des patients
- Elaboration d'enquêtes de satisfaction

3.5.2. Compétences requises pour le poste de coordinateur de MSP -

- Compétences techniques : en matière du système d'information, de la comptabilité et des connaissances médico-économiques
- Connaissances juridiques, du code civil et du droit de travail
- Compétences de management : motivation des équipes, gestion financière, gestion des savoirs et du changement
- Compétences relationnelles : animation des équipes, gestions des conflits
- Capacité de synthèse et d'évaluation [59]

3.5.3. Quelques expériences étrangères

- Aux Etats-Unis d'Amérique :

Un nouveau mode d'exercice de la médecine de premier recours sous forme de Patient-centered medical home (PCMH) est activement promu aux Etats-Unis depuis son lancement en juin 2006. Son objectif est de réorganiser l'offre de soins primaires en proposant à leurs assurés des services de soins coordonnés, permettant d'optimiser la prise en charge tout en réduisant les coûts pour les financeurs.

Ce concept a suscité un fort intérêt aussi bien auprès des professionnels de santé qu'auprès des assureurs santé et des pouvoirs publics. La réforme Obama « Affordable care » soutient le projet d'implantation de ses structures de soins [60].

La coordination est assurée par plusieurs parties : le médecin généraliste (Physician ou *Primary care physician*), il dirige l'équipe au sein de la structure. Le coordinateur de soins (*coordinator care*) qui fait le lien entre l'équipe de soins primaire et les services de deuxième recours, les *nurses practitioners* (infirmières praticiennes) qui sont des infirmières avec une expérience et une formation plus approfondies leur permettant de fonctionner de façon plus autonome. Elles occupent un poste avancé, leurs compétences leur permettent de poser des diagnostics, de prescrire et d'interpréter des tests diagnostics. Elles font appel au médecin que pour les cas compliqués [61]. Dans la composition de l'équipe de PCMH, on trouve aussi un pharmacien et un travailleur social.

Le système de communication d'informations entre les professionnels et le patient est plus développé notamment par l'usage d'internet, ce qui permet de responsabiliser le patient dans toutes les étapes de la prise en charge et d'améliorer ainsi les résultats.

- **En Belgique :**

En Belgique, les professionnels de santé se regroupent dans des centres de santé de la première ligne de soins. On les retrouve sous deux appellations selon les régions : les maisons médicales (MM) du côté francophone et les wijkgezondheidscentra (WGC).

Une équipe pluriprofessionnelles regroupant des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, une assistante sociale et une psychologue assure les soins primaires pour la population. L'augmentation de la taille des équipes, la diversité des disciplines présentes dans les structures et la part croissante des maladies chroniques et la poly pathologie, a fait émerger une nouvelle fonction qui est le coordinateur général dans les MM et le coordinateur de soins dans les WGC. Le coordinateur général assure principalement la gestion administrative et financière des MM, alors que le coordinateur de soins a un rôle plus centré sur le parcours de soins des patients [62].

- **En Angleterre :**

Le système de soins primaires en Angleterre est construit sur un modèle professionnel hiérarchisé. L'organisation et le financement des soins sont décentralisés à un échelon local, il est assuré par les Primary Care Trust (PCT). Le regroupement des professionnels de santé dans des cabinets de groupe est fortement développé et le mode de rémunération est mixte (paiement à l'acte, forfaits à la performance et à la capitation). Le médecin généraliste (GP= General practitioner) joue un rôle central dans l'organisation des soins primaires. Il assure la fonction de « gate-keeper » mais aussi la continuité et la coordination des soins. Pour les tâches de gestion administrative, il est épaulé par le Practice Manager, qui est considéré comme le gestionnaire du cabinet. Les practice managers sont les gestionnaires des cabinets de médecine générale (Medical home) et ils sont en relation permanente avec les PCT.

II. Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer l'intérêt de la présence d'un coordinateur au sein des MSP et PSAP du département de la Meuse.

L'objectif secondaire est double :

- 1) Décrire le profil du coordinateur des MSP et PSAP du département de la Meuse selon les missions et les tâches ciblées par les professionnels de santé.
- 2) Evaluer le rôle du coordinateur de MSP et PSAP dans la restructuration de l'offre de soins primaires dans le département de la Meuse.

III. Etude et méthodologie

C'est une étude transversale et descriptive, qui a débuté le 28 octobre 2015 auprès des professionnels de santé (personnel médical, paramédical et pharmaciens) des 17 MSP et PSAP en fonctionnement dans le département de la Meuse.

1. Echantillonnage :

Notre échantillon porte sur l'ensemble des professionnels de santé éligibles exerçant dans toutes les MSP et PSAP en fonctionnement du département de la Meuse, soit 17 structures.

Il a été décidé arbitrairement de recueillir les données auprès de 4 professionnels de santé différents par structure dans le souci d'optimiser la représentativité de notre échantillon. (Un médecin généraliste de Dombasle-en-Argonne qui exerce dans un cabinet annexe au PSAP de Clermont-en Argonne a été inclut dans l'étude).

Au total 69 professionnels sont inclus dans l'échantillon.

2. Réalisation du questionnaire :

A partir de la fiche de poste établie par FACILIMED pour le recrutement d'un coordinateur de santé pour le PSAP de Revigny et qui est inspirée de la matrice de maturité « l'International Family Practice-Maturity Matrix (IFP-MM) » développée au Royaume-Unis, nous avons sélectionné les missions et les tâches que nous avons jugées pertinentes à soumettre aux professionnels de santé des MSP/PSAP du département de la Meuse.

Le questionnaire comporte plusieurs parties :

1- Profil des professionnels de santé : lieu d'exercice, âge, sexe, profession et le nombre d'années d'installation.

Dans le souci de préserver l'anonymat des professionnels de santé participant à l'enquête, à aucun moment ne figurent leurs identités dans le questionnaire.

2- La liste des missions/tâches pertinentes pouvant être attribuées au coordinateur que nous avons divisées en cinq grands thèmes : l'implication des patients, le système d'information, le projet de santé, le travail en équipe et gestion de la structure.

Chaque thème comporte un certain nombre de missions (en gras dans le questionnaire), qui sont évaluées par les professionnels de santé selon l'échelle de Likert comprenant cinq choix de réponses allant de 1 à 5, respectivement : pas essentiel, peu essentiel, moyennement essentiel, essentiel et très essentiel.

Chaque mission se décline en plusieurs tâches. Nous avons demandé dans un deuxième temps aux professionnels de se positionner par rapport à ces tâches, si elles relevaient ou pas du travail d'un coordinateur et s'il les assumait seul ou avec les professionnels de la structure de soins. Pour ce faire, nous avons utilisé une classification avec quatre choix de réponses :

- a) Le coordinateur assume cette tâche
- b) Il aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche
- c) Ce sont les professionnels de la structure qui assument cette tâche
- d) C'est un réseau local (ex. Réseau Sud Meusien, ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche.

3- Les qualités recherchées chez un coordinateur des équipes de soins. Pour évaluer ce critère, nous avons demandé aux professionnels de santé de classer de « 1 » à « 6 » six qualités que nous avons jugées plus pertinentes par ordre décroissant d'importance, le chiffre « 1 » étant attribué à la qualité la plus importante et le chiffre « 6 » à la qualité la moins importante. Ces qualités sont les suivantes :

- 1) Ecoute et synthèse orale et écrite
- 2) Capacité d'exécution et mise en œuvre des actions
- 3) Capacité de fédérer et d'animer les équipes
- 4) Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes
- 5) Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur
- 6) Capacité d'innover et de proposer des idées

4- Evaluation du temps de présence du coordinateur au sein des structures de soins. Nous avons demandé aux professionnels de santé de nous renseigner sur le temps de présence d'un coordinateur qu'ils jugeaient nécessaire parmi quatre propositions :

- 1) Un jour par semaine
- 2) Un jour par 15 jours
- 3) Un jour par mois
- 4) Autre proposition

Estimation de la rémunération journalière d'un coordinateur parmi quatre propositions :

- 1) 250 euros par jour
- 2) 350 euros par jour
- 3) 450 euros par jour
- 4) Autre réponse

3. Envoi du questionnaire :

Nous avons joint au questionnaire un courrier annexe expliquant l'objectif de notre enquête qui a trait à un travail de thèse sous la direction du Docteur Olivier Bouchy (membre très actif et reconnu dans le département de la Meuse). Et afin de faciliter la collecte des réponses, nous avons joint également au questionnaire une enveloppe affranchie avec notre adresse.

Pour réaliser notre enquête, trois possibilités s'offraient à nous, sachant que notre échantillon n'est pas conséquent :

- L'envoi des questionnaires par courrier, sachant que le nombre de réponses est souvent faible.
- L'envoi par mail aux leaders des structures (ils ne sont pas toujours désignés) ou aux secrétariats des sites de soins qui se chargeraient de la distribution.
- La remise directe en main propre aux leaders des MSP-PASP.

Nous avons opté pour la remise directe des questionnaires aux professionnels dans leurs structures de soins, parce qu'un contact direct avec le professionnel (sans entrer dans les détails de l'enquête) peut augmenter le pourcentage des réponses.

Nous avons effectué plusieurs relances par téléphone s'agissant des structures de soins qui n'ont pas répondu ou celles qui nous ont renvoyé moins de trois réponses. Nous avons aussi déposé à nouveau des questionnaires dans certaines structures et nous en avons envoyé d'autres par mail après un mois sans réponse, afin d'accélérer les retours et obtenir un maximum de réponses. Le 15 décembre 2015, nous avons clôturé l'enquête, soit un mois et demi après son début.

4. Analyse des données :

Les réponses aux questionnaires ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, les résultats sont présentés sous la forme de tableaux synthétiques et de graphiques. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

Dans un premier temps, nous avons évalué les besoins des professionnels de santé concernant l'intérêt de la présence d'un coordinateur dans les MSP/PSAP, et nous avons

décrit les tâches les plus pertinentes qui pourraient lui être attribuées. Une échelle à cinq choix de réponses est utilisée :

- a. Le coordinateur assume cette tâche
- b. Il aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche
- c. Ce sont les professionnels de la structure qui assument cette tâche
- d. C'est un réseau local (ex. Réseau Sud Meusien, ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche

Dans un deuxième temps, nous avons évalué le positionnement des professionnels de santé vis-à-vis du coordinateur selon deux approches:

1. Le degré d'investissement des professionnels dans le projet de santé de la structure.

Pour ce faire, nous avons divisé notre échantillon en deux groupes :

- Groupe 1 : composé de médecins et de pharmaciens, qui sont les deux professions qui comptent le plus de leaders (les professionnels les plus investis dans les projets de MSP/PSAP).
- Groupe 2 : composé des autres professionnels de santé.

2. Le degré de maturité des MSP/PSAP, qui prend en compte leur statut juridique (SISA) :

- Groupe 1 : comprend les structures qui ont le statut SISA «les plus matures »
- Groupe 2 : les structures de soins qui n'ont pas encore obtenu le statut « SISA »

Pour cette deuxième évaluation, nous avons utilisé l'échelle de Likert en considérant les deux réponses : « essentiel » et « très essentiel ».

Nous avons procédé de la même façon pour l'analyse des qualités recherchées chez le coordinateur des MSP, pour l'estimation de leur temps de présence nécessaire dans la structure de soins et pour sa rémunération journalière.

IV. Résultats

1. Caractéristiques de notre population

Le profil des professionnels de santé ayant répondu aux questionnaires est ainsi constitué :

1.1. Répartition par catégorie professionnelle

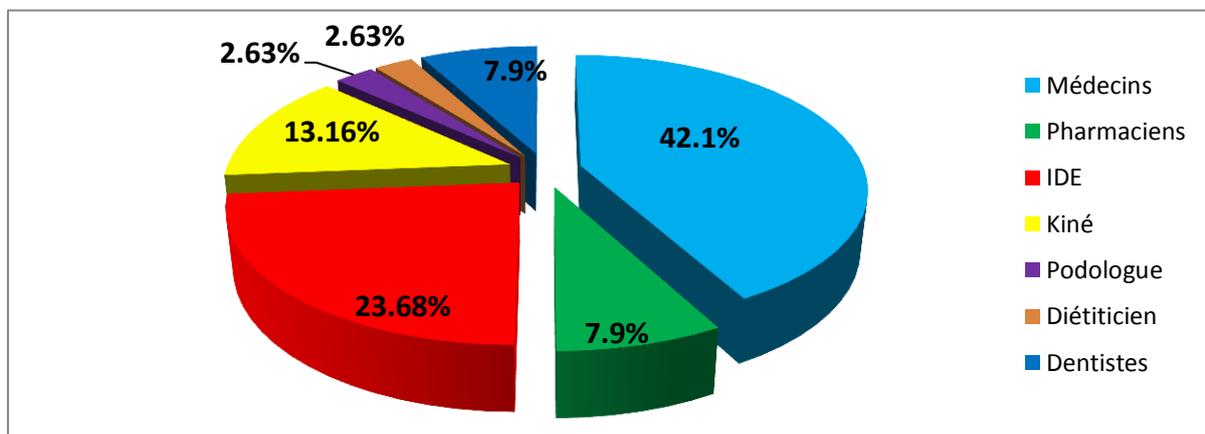


Diagramme 1 : répartition des réponses recueillies par professions de santé (%)

L'effectif total de notre échantillon est de 38 professionnels de santé ayant répondu au questionnaire dans le délai imparti. Il est composé de :

- Professions médicales : 19 dont 16 médecins généralistes (42,1%) et 3 chirurgiens-dentistes (7,9%)
- Professions paramédicales : 16 dont 9 IDE (23,7%), 5 kinésithérapeutes (13,2%), un podologue (2,6%) et une diététicienne (2,6%)
- Professions pharmaceutiques : 3 pharmaciens (7,9%).

1.2. Répartition par sexe et par âge

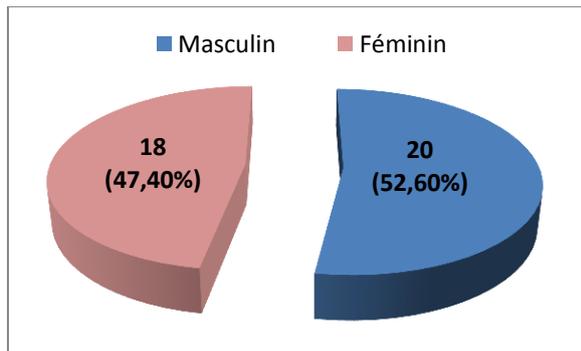


Diagramme 2 : Répartition par sexe.

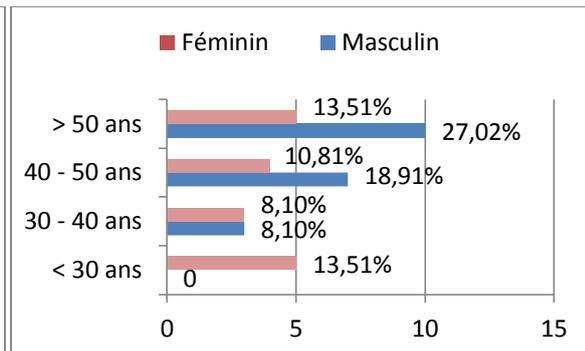


Diagramme 3 : Répartition par âge et par sexe.

Parmi les professionnels de santé ayant répondu, le sexe ratio est de 1,11 en faveur des hommes (18 femmes (47,4%) et 20 hommes (52,6%)).

Dans la tranche d'âge supérieure à 50 ans, le sexe ratio est de 2 en faveur des hommes, on retrouve 10 hommes (66,7%) et 5 femmes (33,3%).

Mais dans la tranche d'âge inférieure à 40 ans, le sexe ratio est de 2,6 en faveur des femmes (8 femmes (72,7%) contre 3 hommes (27,3%)), signe de la féminisation des professions de la santé.

Sur les 38 réponses, un professionnel n'a pas fait état de son âge.

L'âge moyen de notre échantillon est de 45,19 ans, réparti de 28 à 59 ans.

40,5% des professionnels interrogés sont âgés de plus de 50 ans (n=15), signe du vieillissement de la démographie médicale.

Pour les femmes, l'âge moyen est de 40,17 ans et pour les hommes, l'âge moyen est de 49,45 ans. La différence est significative.

1.3. Répartition par le nombre d'années d'installation

Les professionnels de santé qui ont répondu à l'enquête ont entre 2 et 33 ans d'installation, avec une moyenne de 14 ans et 6 mois.

2. Résultats par structure de soins et par catégorie professionnelle

Tableau 1: Effectif total de notre enquête réparti par structure et par catégorie professionnelle.

MSP/PSP	Médecin	Pharmacien	IDE	Kinésithérapeute	Podologue	Diététicien	Chirurgien Dentaire	Total
PSP Ancerville/Lisle-en-Rigault	1		1					2
PSP Seuil d'Argonne/Rembercourt	1		2					3
PSP Clermont-en-Argonne/Do mbasle	2		1	1			1	5
MSP Damvillers	1			1				2
MSP Dieue-sur-Meuse	1		1				1	3
PSP Fresnes-en-Woëvre	1			1				2
MSP Gondrecourt/Treveray	2							2
MSP Montmedy	1							1
MSP Pagny-sur-Meuse	1					1		2
PSP Pays-de-Revigny	1	1	3					5
MSP Spincourt		1		1				2
MSP Thierville-sur-Meuse	1		1	1				3
MSP Vaucouleurs	2				1		1	4
MSP Varennes-en-Argonne		1						1
MSP Vigneulles-les-Hattonchâtel	1							1
MDS Pierrefitte-sur-Air								0
MSP Void-Vacon								0
Total	16	3	9	5	1	1	3	38

Sur les 69 questionnaires remis aux professionnels de santé, 41 nous ont répondu soit 59.42%. Deux structures n'ont pas répondu. Parmi ces 41 réponses reçues, trois ont été exclues de l'analyse. Une réponse a été exclue parce qu'il manquait la première page du questionnaire (profil du professionnel) et les deux autres pour retard de réponse (après la clôture de l'enquête). Au total, nous avons reçu 38 questionnaires exploitables soit 55 % de réponses.

3. Résultats selon les tâches attribuables au coordinateur de MSP

3.1. Résultats selon les thèmes/axes définis dans le questionnaire

Nous avons divisé notre questionnaire en cinq grands thèmes/axes :

- Implication des patients
- Système d'information
- Projet de santé
- Travail en équipe
- Gestion de la structure.

Chaque thème comprend plusieurs tâches attribuables au coordinateur de MSP.

Nous avons demandé aux professionnels de santé dans un premier temps de se positionner sur l'intérêt de la présence d'un coordinateur pour assumer des tâches qui pourraient lui être attribuées sur une échelle de **(a)** à **(d)** :

- a) Le coordinateur assume seul la tâche indiquée dans le questionnaire
- b) Il aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche
- c) Ce sont les professionnels de la structure qui assument cette tâche
- d) C'est un réseau local (ex. ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer cette tâche

3.1.1. Implication des patients

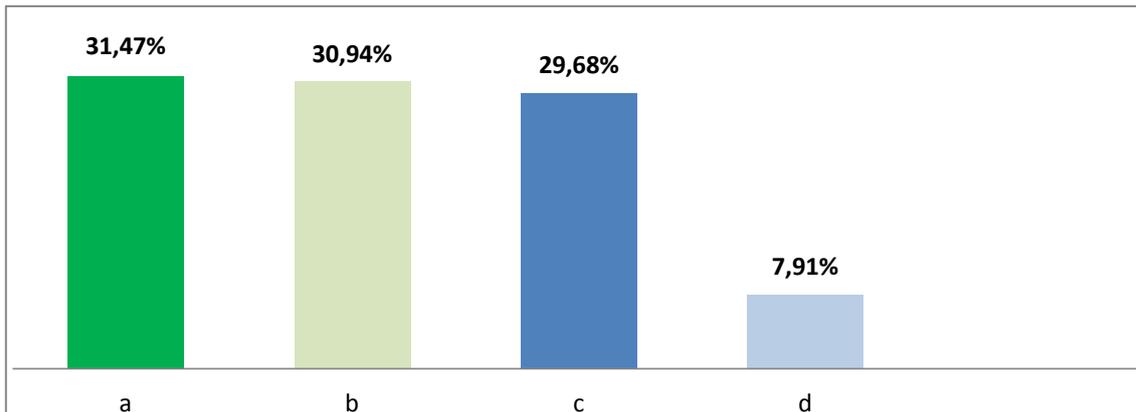


Diagramme 4 : Implication des patients,

Si l'on analyse les résultats des réponses des professionnels de santé sur l'intérêt de la présence d'un coordinateur pour assurer des tâches relevant du thème « Implication des patients » (Annexe 4), on retrouve les résultats suivants :

- 31,47% des professionnels interrogés pensent que le coordinateur doit assumer seul les tâches indiquées dans le questionnaire,
- 30,94% des professionnels sont d'avis pour que le coordinateur aide les professionnels de la structure à assumer les tâches relatives au thème « implication des patients »,
- 29,68%, pour qu'un professionnel de la structure assume la tâche sans une aide extérieure,
- 7.91% des professionnels estiment que le professionnel de la structure doit être aidé par un réseau local (ex. Réseau sud meusien, ADOR 55) pour assumer les tâches concernant le thème « implication des patients »,
- 14 professionnels n'ont pas répondu aux questions.

Pour déterminer le pourcentage des professionnels de santé qui sont favorables à la présence d'un coordinateur pour assumer des tâches relatives au thème « implication des patients », nous avons additionnés les résultats de **a** et **b** (assume seul et aide le professionnel de la structure à assumer la tâche). Et la somme des fractions **c** et **d**

(le professionnel de la structure assume seul les tâches et il est assisté par un réseau local).
 Les résultats obtenus sont représentés sur Diagramme 5 ci-dessous :

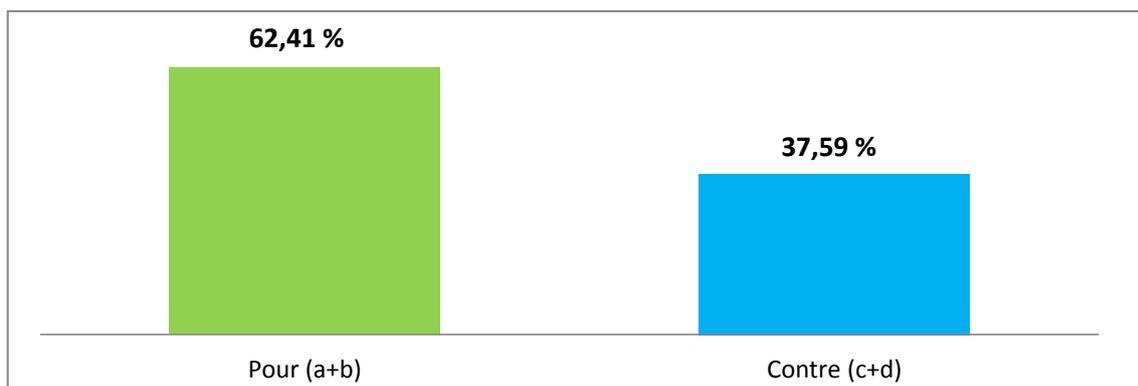


Diagramme 5 : Présence d'un coordinateur pour effectuer des tâches liées au thème « implication des patients ».

62.41% des professionnels de santé interrogés sont favorables à la présence d'un coordinateur de MSP dans leurs structures, pour les assister dans des tâches concernant le thème implication des patients.

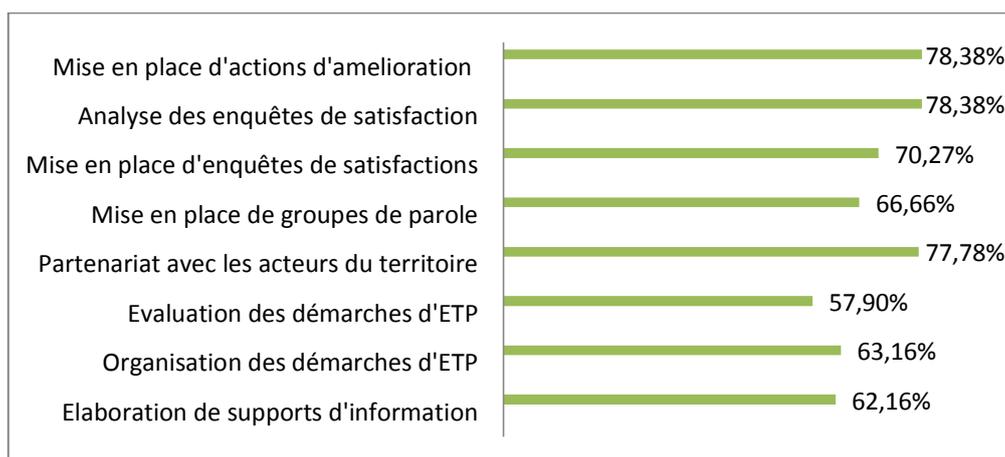


Diagramme 6 : Les tâches les plus pertinentes dans le thème « implication des patients »

Si l'on analyse les résultats d'une façon plus détaillée, les tâches les plus pertinentes dans le thème « implication des patients » sont comme suit :

- 1. Recueil de l'avis des patients, analyse et actions d'amélioration : 78,38%**
- 2. Relations avec les acteurs de la vie sociale du territoire : 77,78%**
- 3. Mise en place de groupes de parole : 66,66%**
- 4. Aide à la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique : 63,16%**

3.1.2. Système d'information

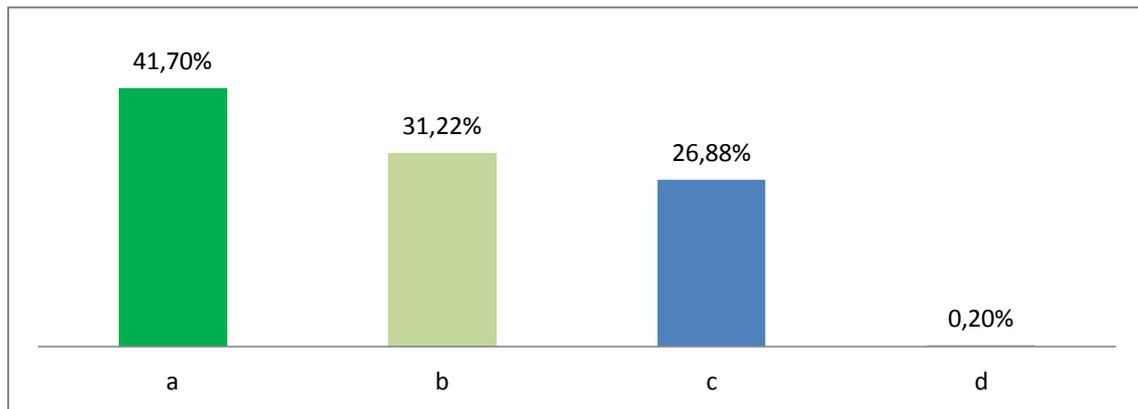


Diagramme 7 : Système d'information.

Les résultats des réponses des professionnels de santé sur l'intérêt de l'intervention d'un coordinateur pour assumer des tâches en relation avec le système d'information (Annexe 5), sont les suivants :

- 41,70 % des professionnels pensent que le coordinateur doit assumer seul les tâches indiquées dans le questionnaire.
- 31,22% des professionnels préfèrent que le coordinateur aide les professionnels de la structure à assurer les tâches liées au système d'information.
- 26,88% des professionnels interrogés estiment que c'est aux professionnels de la structure d'assumer les tâches relatives au système d'information.
- 0.20% pour que ce soit un réseau local (ex. Réseau sud meusien, ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer les tâches
- 26 professionnels de santé n'ont pas répondu aux questions.

Si l'on additionne **a** et **b**, on obtient le pourcentage des professionnels de santé qui sont favorables à la présence d'un coordinateur pour assumer des tâches en relation avec le système d'information, et la combinaison des fractions **c** et **d** nous donne le pourcentage des professionnels qui sont contre la présence d'un coordinateur dans leur structure.

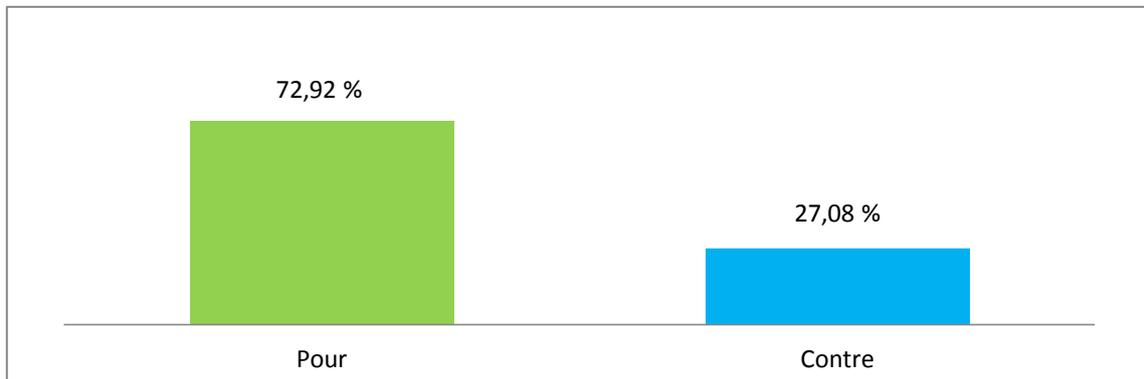


Diagramme 8 : Présence d'un coordinateur pour assurer des tâches en relation avec le système d'information.

Si l'on prend l'ensemble des réponses, on retrouve 72,92% des professionnels de santé qui sont favorables à la présence d'un coordinateur dans leurs structures pour effectuer des tâches relatives au thème « Système d'information ».

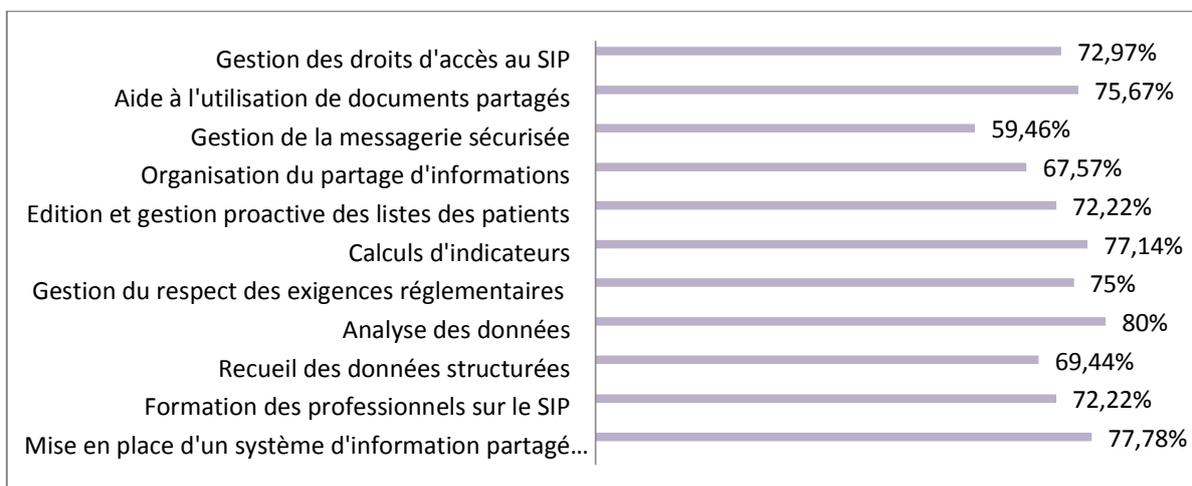


Diagramme 9 : Les tâches les plus pertinentes dans le thème « système d'information »

Les tâches les plus pertinentes attribuables au coordinateur dans le thème « système d'information » selon les professionnels interrogés sont comme suit :

- **Rédaction du cahier des charges pour la mise en place d'un système d'information partagé, 77,78% des professionnels interrogés sont favorable à l'intervention d'un coordinateur dans cette tâche.**
- **Analyse de ces données structurées des logiciels métier, 80% des professionnels favorables à l'aide d'un coordinateur pour assurer cette tâche.**
- **Calcul d'indicateurs recueillis dans le logiciel métier et organisation des retours d'information aux professionnels, 77,14 % sont favorables à l'intervention d'un coordinateur dans cette tâche**
- **Aide à l'utilisation de documents partagés, 75,67% des professionnels sont pour une aide d'un coordinateur pour effectuer cette tâche.**
- **Gestion du respect des exigences réglementaires, 75 % sont d'accord pour la présence d'un coordinateur pour cette tâche.**

On note que dans la question concernant la gestion de la messagerie sécurisée, 40,54% des professionnels préfèrent que ce soit le professionnel de la structure qui assume seul cette fonction.

3.1.3. Projet de santé

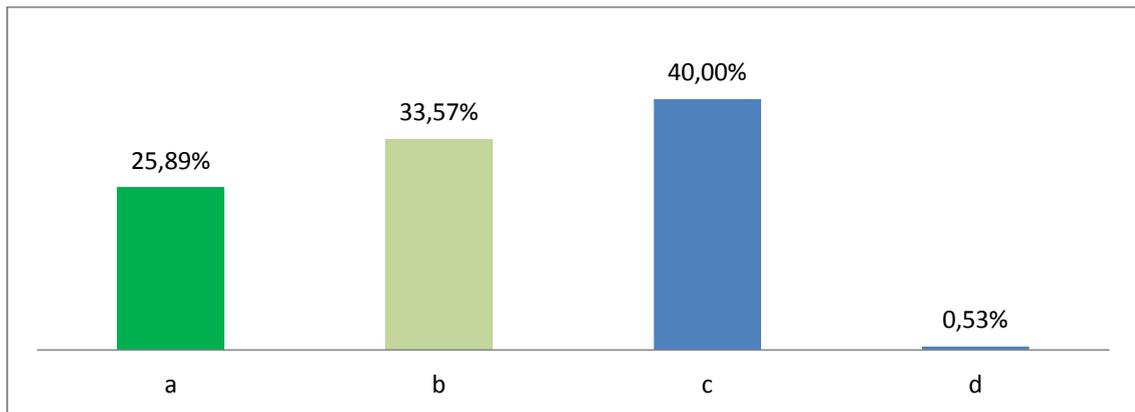


Diagramme 10 : Projet de santé.

Les résultats des réponses des professionnels de santé sur l'intérêt d'un coordinateur de MSP pour assurer des tâches relevant du projet de santé (annexe 6), sont les suivantes):

- 25,89% des professionnels estiment que le coordinateur des MSP devrait assumer seul les tâches relatives au Projet de santé.
- 33,57% des professionnels interrogés sont d'accord pour une aide partielle d'un coordinateur pour des tâches concernant le projet de santé
- 40% des professionnels pensent que c'est le professionnel de la structure qui devrait assumer les tâches en relation avec le projet de santé.
- 0.53% pensent que ce soit un réseau local (ex. Réseau sud meusien, ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer la fonction

Si l'on additionne **a** et **b**, on obtient le pourcentage des professionnels de santé qui sont favorables la présence d'un coordinateur pour assumer des tâches en relation avec le projet de santé, et la combinaison des fractions **c** et **d** donne le pourcentage des professionnels qui sont contre cette présence.

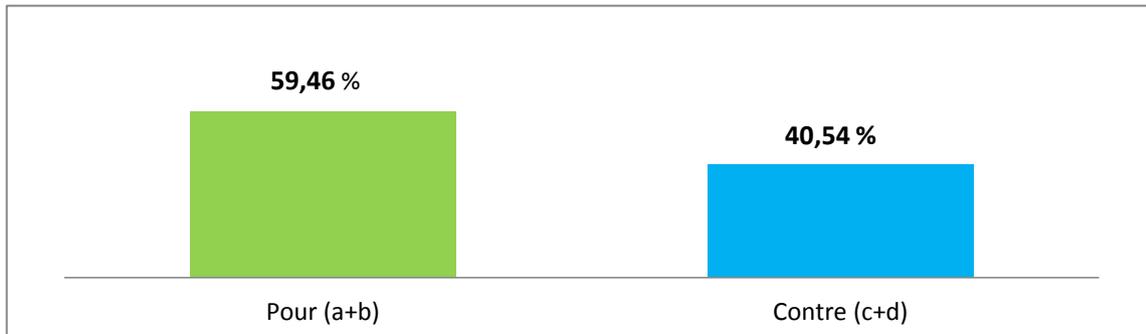


Diagramme 11 : Présence d'un coordinateur de MSP pour effectuer des tâches en relation avec le thème « Projet de santé »

59,46% des professionnels de santé interrogés sont favorables pour faire appel à un coordinateur pour assumer des fonctions citées dans le thème « projet de santé de la structure ».

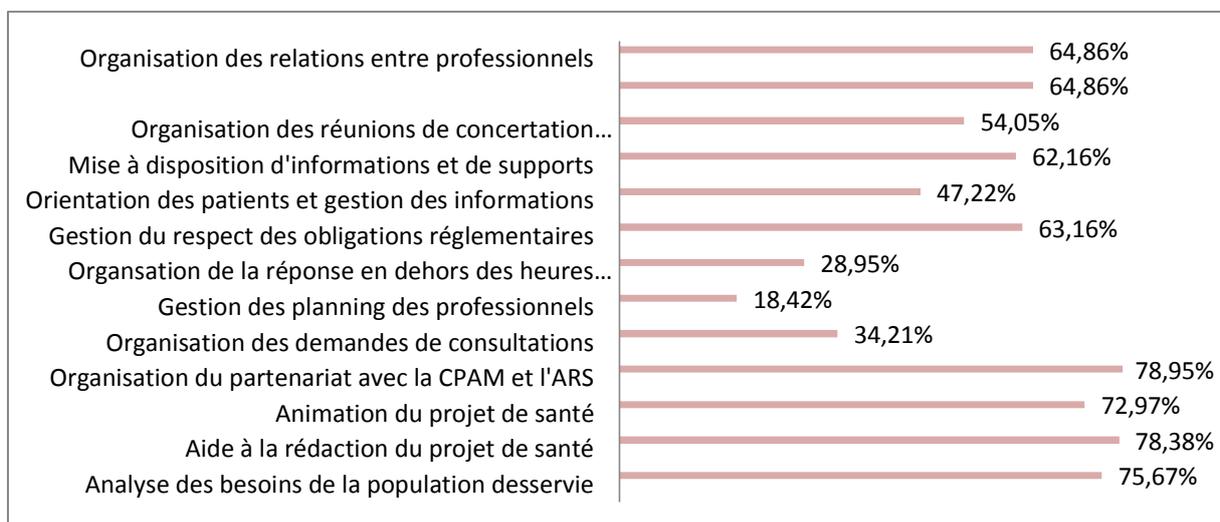


Diagramme 12 : Pertinence des tâches concernant le thème projet de santé

Une analyse plus détaillée permet d'extraire les tâches les plus pertinentes dans le thème « projet de santé », pour lesquelles les professionnels souhaitent faire appel à un coordinateur :

- **Gestion du règlement arbitral et le partenariat avec la CPAM et l'ARS : 78,95 %**
- **Aide à la rédaction et au suivi du projet de santé : 78,38 %**
- **Analyse des besoins de la population desservie : 75,67 %**

- **Aide à la gestion des cas complexes des patients: 64,86 %**

Par ailleurs, s'agissant des questions concernant l'organisation de la continuité des soins, la majorité des professionnels interrogés sont pour que ce soit un professionnel de la structure qui assure ces tâches :

- Gestion des plannings des professionnels, 81,58% pensent que c'est au professionnel de la structure d'effectuer seul cette tâche
- Organisation de la réponse en dehors des heures d'ouverture, 71,05% pensent que c'est au professionnel de la structure de l'assumer
- Organisation des demandes de consultations, 63,16% des réponses sont en faveur du professionnel de la structure.

3.1.4. Travail en équipe

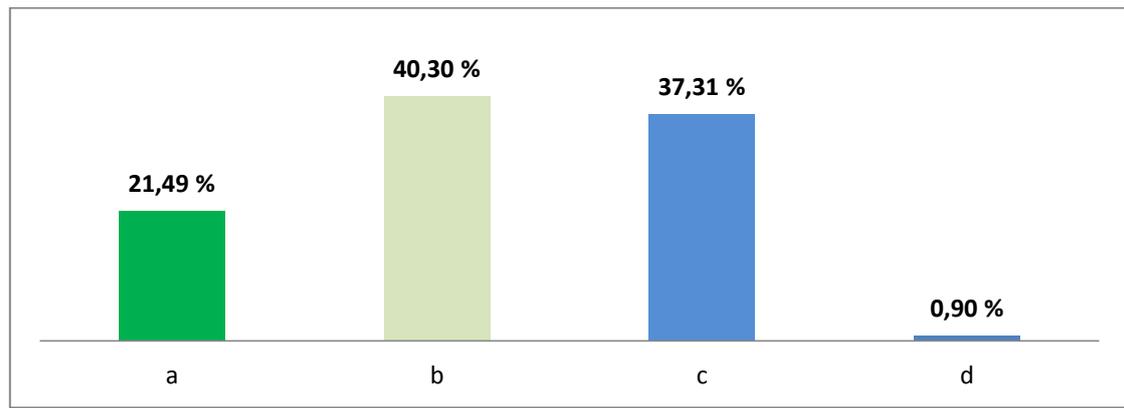


Diagramme 13 : Travail en équipe.

Les résultats de réponses des professionnels de santé sur l'intérêt d'un coordinateur pour assumer des tâches relevant du travail en équipe (annexe 7), sont comme suit :

- 21.49% des professionnels pensent que le coordinateur devrait assumer seul les tâches relatives au travail en équipe.
- 40,30%, estiment que le coordinateur devrait aider les professionnels de la structure à assumer les fonctions liées au travail en équipe
- 37,31%, des professionnels sont d'avis pour que ce soit un professionnel de la structure qui assume la fonction.
- 0,90%, pour que ce soit un réseau local (ex. Réseau sud meusien, ADOR 55) qui aide les professionnels de la structure à assumer la fonction

Pour retrouver le pourcentage des professionnels qui sont favorables à la présence d'un coordinateur dans leur structures pour assumer des tâches en relation avec le travail en équipe, on additionne **a** et **b**, et nous obtenons les résultats suivants :

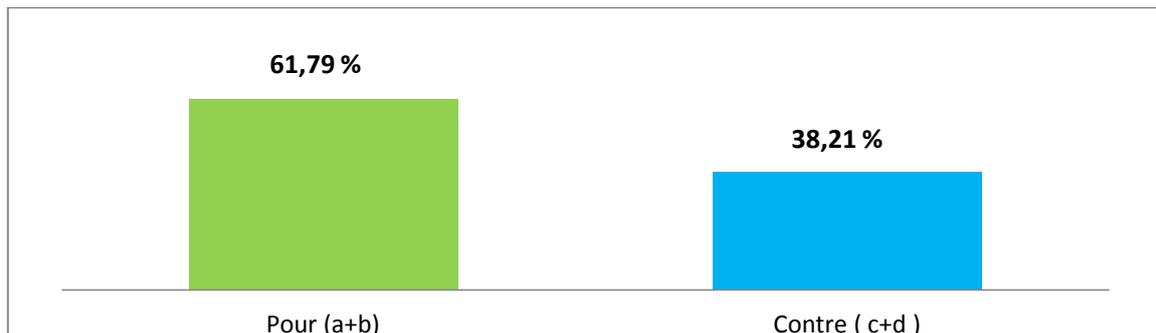


Diagramme 14 : Présence d'un coordinateur pour assurer des tâches en relation avec le thème « travail en équipe ».

61,79% des professionnels de notre population sont favorables à la présence d'un coordinateur pour effectuer des tâches concernant « le travail en équipe » et 38,21% sont contre cette présence.

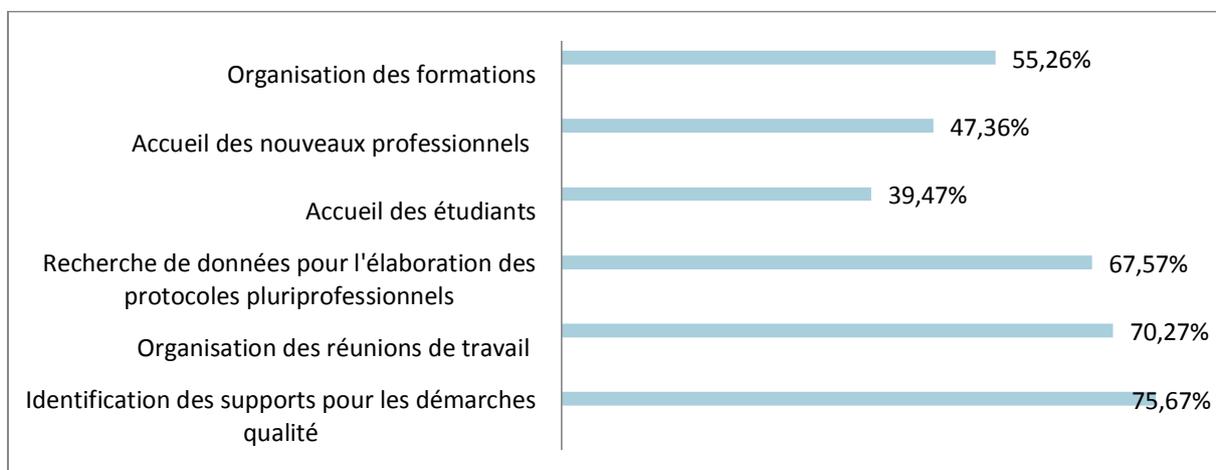


Diagramme 15 : Les tâches les plus pertinentes dans le thème « travail en équipe »

Les tâches qui reviennent le plus souvent dans les réponses sur le thème le travail en équipe sont :

- **Soutenir les démarches qualité : 75,67 % d'avis favorables pour déléguer cette tâche à un coordinateur.**
- **Organiser les réunions de travail notamment les réunions de concertation pluri professionnelles : 70,27 % des professionnels sont favorables pour être aidés par un coordinateur dans cette tâche.**
- **Recherche des données pour l'élaboration des protocoles pluri professionnels : 67,57% sont d'avis pour déléguer cette tâche à un coordinateur de MSP.**

Mais dans la question concernant l'organisation de la vie de l'équipe :

- 60,52% des professionnels préfèrent que ce soit eux qui accueillent les étudiants, ces derniers étant adressés à leurs maître/référent de stage.
- 52,63% des professionnels interrogés sont d'avis pour qu'un professionnel de la structure accueille les nouveaux professionnels.

3.1.5. Gestion de la structure

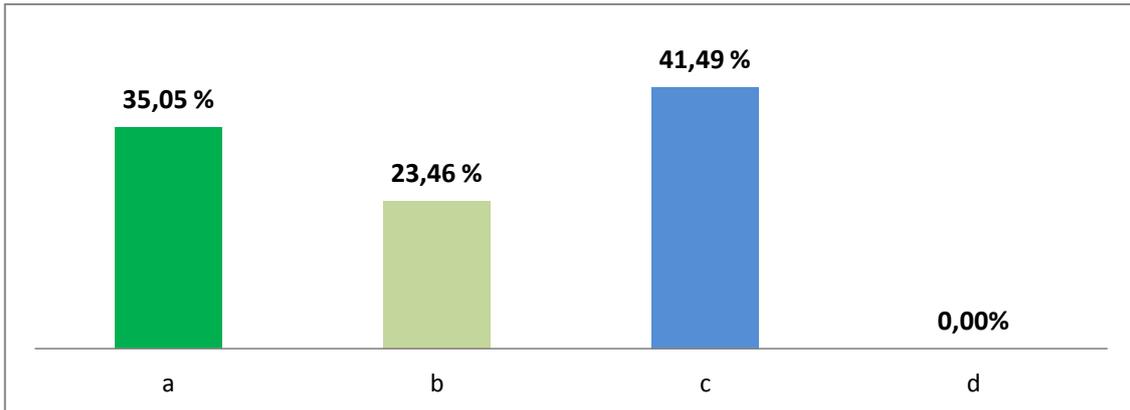


Diagramme 16 : Gestion de la structure.

Les résultats des réponses des professionnels sur l'intérêt de la présence d'un coordinateur pour assurer des tâches en liens avec le thème gestion de la structure (annexe 8), sont comme suit :

- 35,05% des professionnels estiment que le coordinateur devrait assumer les tâches en liens avec la gestion de la structure.
- 23,46% des personnes interrogées estiment que le coordinateur devrait aider le professionnel de la structure à assumer les fonctions en relation avec la gestion de la structure
- 41,49% pensent que les professionnels de la structure devront assumer seuls les tâches en lien avec la gestion de la structure
- Aucun professionnel interrogé n'est favorable pour qu'un réseau local (ex. Réseau sud meusien, ADOR 55) l'aide pour assumer les tâches citées dans le thème « gestion de la structure ».

En additionnant les fractions **a** et **b**, on obtient le pourcentage des réponses des professionnels de santé qui sont favorables à la présence d'un coordinateur pour assurer les tâches citées dans le thème « gestion de la structure », et la combinaison des fractions **c** et **d** on obtient le pourcentage de professionnels qui sont contre la présence d'un coordinateur dans leur structure.

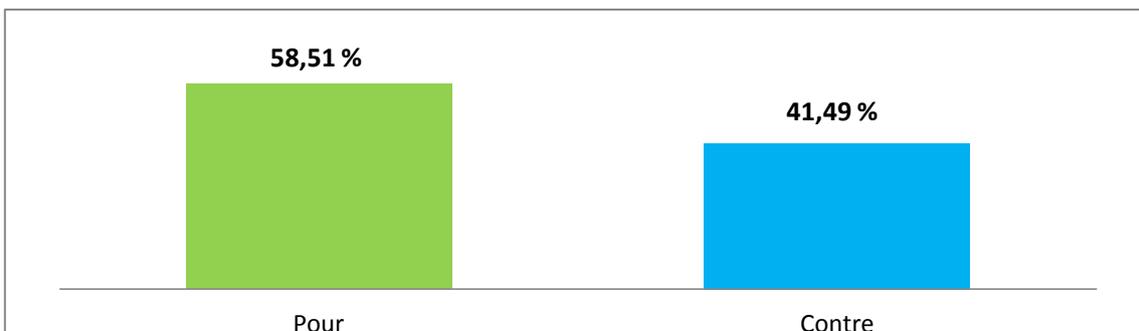


Diagramme 17 : Présence d'un coordinateur pour des tâches liées au thème « gestion de la structure »

58,51% des professionnels interrogés sont favorables à la présence d'un coordinateur pour effectuer les tâches en lien avec le thème « gestion de la structure ».

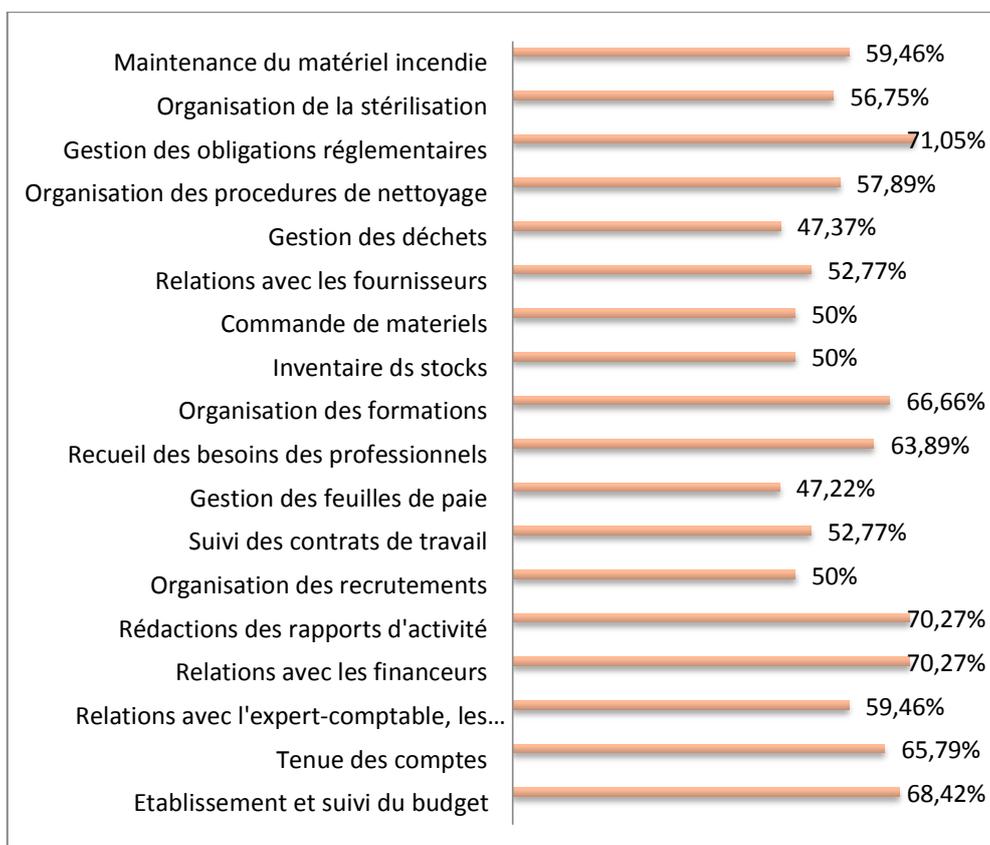


Diagramme 18 : Les tâches les plus pertinentes dans le thème « gestion de la structure »

L'analyse des résultats selon la pertinence des tâches à assumer concernant la partie « gestion de la structure » sont comme suit:

- **71,05% des professionnels sont favorables à une aide d'un coordinateur pour la gestion des obligations réglementaires concernant la sécurité et l'hygiène.**
- **70,27% des professionnels préfèrent l'aide d'un coordinateur pour l'organisation des relations avec les financeurs et la rédaction des rapports d'activité.**
- **68,42 % des professionnels sont favorables pour que le coordinateur apporte une aide à la gestion financière de la structure**
- **66,66% sont favorables pour que le coordinateur apporte une aide à l'organisation des formations du personnel**
- **63,89 % sont favorables à une aide au recueil des besoins des professionnels**
- **59,46% pour que le coordinateur organise la politique « sécurité et hygiène »**

En outre, s'agissant des questions concernant la gestion du personnel, les professionnels interrogés sont plutôt pour que ce soit un professionnel de la structure qui assume ces tâches :

- Gestion des feuilles de paie : 50% des professionnels interrogés trouvent que c'est au professionnel de la structure d'assumer la tâche
- Organisation des recrutements, suivi des contrats de travail et gestion des plannings : 47.37% de l'effectif de notre échantillon pensent que c'est aux professionnels de la structure à assumer la tâche
- 47,37% pensent que c'est aux professionnels de la structure de faire l'inventaire des stocks et la commande de matériels.

3.2. Synthèse globale des résultats concernant la présence d'un coordinateur

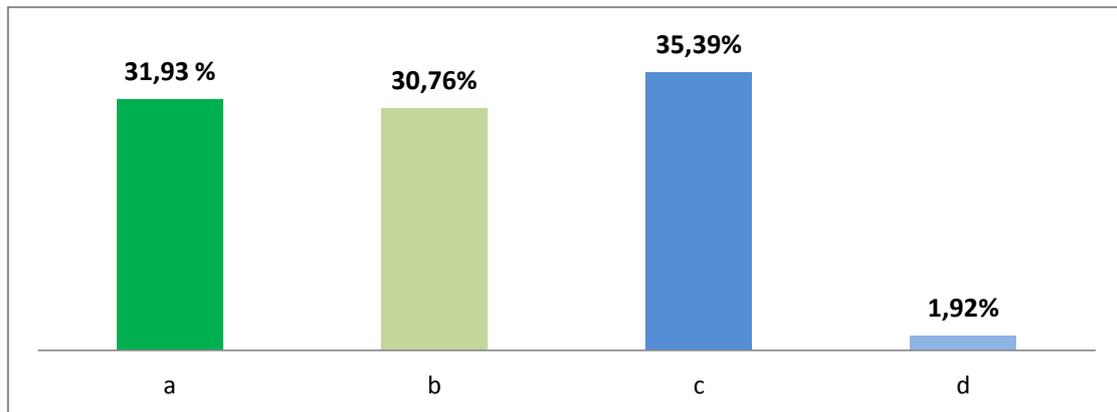


Diagramme 19 : Synthèse de l'ensemble des thèmes concernant la présence d'un coordinateur au sein d'une MSP/PSAP.

La synthèse des réponses obtenues sur l'ensemble des thèmes traités concernant la présence d'un coordinateur conclue aux résultats suivants :

- 31,93 % des professionnels sont favorables à la présence d'un coordinateur pour assumer seul les tâches décrites dans le questionnaire.
- 30,76 % des professionnels interrogés pensent que le coordinateur des MSP devrait assumer les tâches décrites en collaboration avec les professionnels de la structure
- 35,39 % sont d'avis pour que les professionnels de la structure assument seuls les tâches décrites dans le questionnaire.
- 1,92 % pour qu'un réseau local (ex. ADOR 55) aide les professionnels à assumer les tâches attribuées

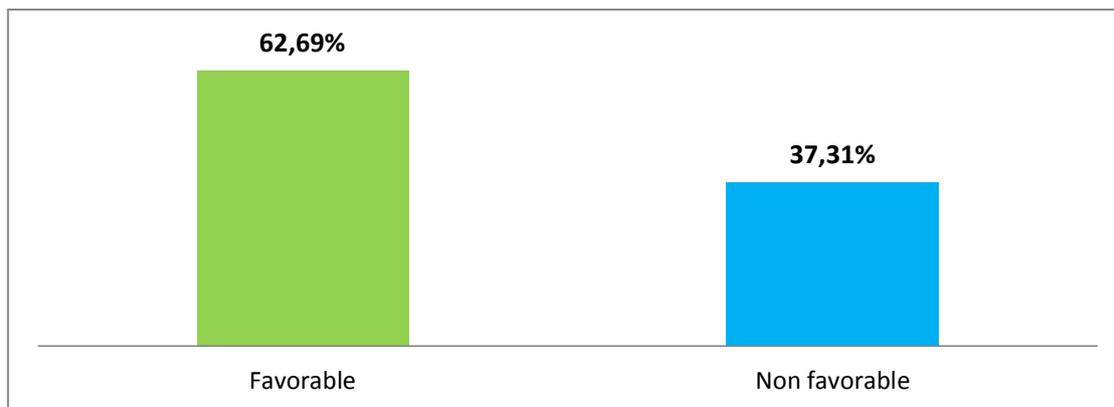


Diagramme 20 : Présence d'un coordinateur pour l'ensemble des thèmes.

Si l'on prend la somme de **(a)** et **(b)** du **diagramme 19**, on obtient le **pourcentage des professionnels de santé qui sont favorables à l'intervention d'un coordinateur dans leurs structures pour assurer les tâches décrites dans le questionnaire, il est de 62,69 %**.

Cette proportion importante confirme l'engouement des professionnels de santé des MSP et PSAP du département de la Meuse pour cette nouvelle profession qui est celle du coordinateur de MSP.

Pour déterminer dans quel thème/axe l'intervention d'un coordinateur est la plus sollicitée, nous avons procédé à l'analyse suivante :

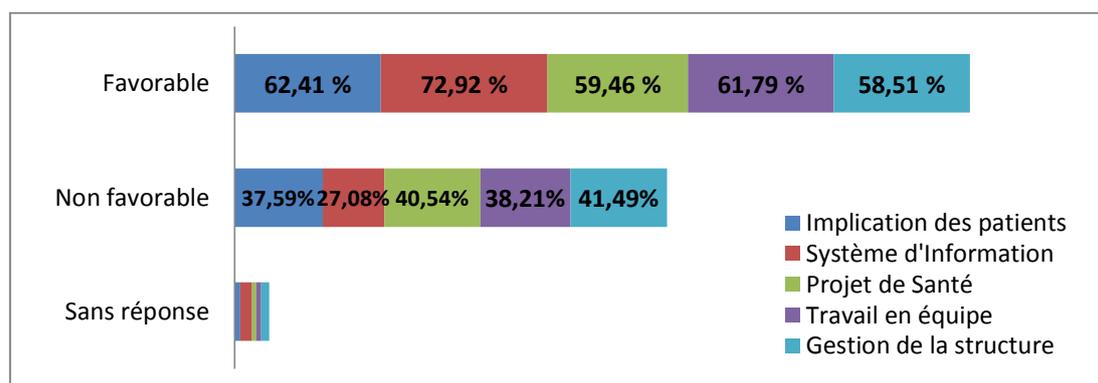


Diagramme 21 : Axes/thèmes prioritaires concernant la présence d'un coordinateur.

Les thèmes/axes jugés nécessaires par les professionnels de santé pour une intervention d'un coordinateur au sein des MSP/PSAP, sont cités comme suit par ordre de priorité :

1. **Le système d'information**, avec 72,92 % des professionnels qui sont favorables à la présence d'un coordinateur pour assumer des tâches indiquées dans le questionnaire et qui sont en relation avec ce thème.
2. **L'implication des patients**, 62,41% des professionnels sont favorables à l'intervention d'un coordinateur pour des tâches liées à ce thème.
3. **Le travail en équipe**, 61,79 % de réponses favorables à la nécessité d'une coordination pour l'accomplissement de cet axe.
4. **Le projet de santé**, 59,46 % des professionnels sont pour coordonner le travail autour du projet de santé.
5. **Gestion de la structure**, 58,51 % des professionnels jugent utile l'intervention d'un coordinateur pour une gestion optimale de la structure.

4. Résultats selon les missions attribuables au coordinateur de MSP

Nous avons demandé aux professionnels d'évaluer l'intérêt d'un coordinateur pour effectuer les missions citées en gras dans le questionnaire (ANNEXE 3), selon l'échelle de Likert comprenant cinq choix de réponses : pas essentiel, peu essentiel, moyennement essentiel, essentiel et très essentiel.

4.1. Analyse par profession de santé

Dans un premier temps, nous avons divisé notre échantillon en deux catégories professionnelles selon leur degré d'investissement dans les projets de santé, en prenant en compte les deux réponses : « essentiel » et « très essentiel » :

- La première catégorie comprend les médecins et les pharmaciens, ce sont les deux professions où l'on retrouve le plus de leaders (responsables du projet de santé), qui sont les professionnels les plus investis dans les projets de MSP/PSAP
- La deuxième catégorie comprend tous les autres professionnels de santé.

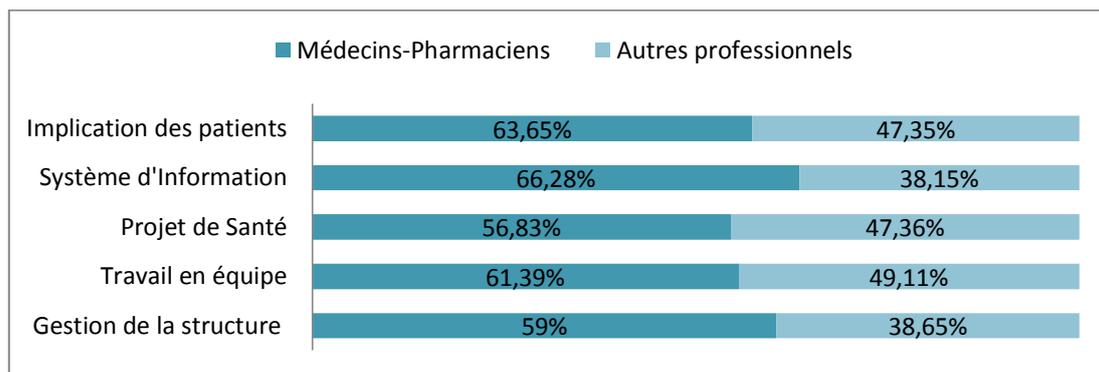


Diagramme 22 : Classification des thèmes par professions selon l'échelle de Likert

Dans la catégorie médecins-pharmaciens, les thèmes sont classés comme suit :

1. **Le système d'information** est situé en première position, avec 66.28% des professionnels qui pensent qu'il est essentiel ou très essentiel
2. **L'implication des patients**, avec 63.65% se trouve en deuxième position
3. **Le travail en équipe** avec 61.39%, en troisième position
4. **Gestion de la structure** avec 59%, en quatrième position
5. **Le projet de santé** avec 56.83% se retrouve en dernière position

Concernant la deuxième catégorie comprenant les autres professionnels de santé, les résultats sont les suivants :

1. **Le travail en équipe**, 49.11%
2. **Le projet de santé**, 47.36%
3. **L'implication des patients**, 47.35%
4. **Gestion de la structure**, 38.65%
5. **Le système d'information**, 38.15%

4.2. Analyse selon le degré de maturité de la structure de soins

En analysant les réponses selon le degré de maturité des structures, en tenant compte du statut SISA, nous avons obtenu les résultats suivants :

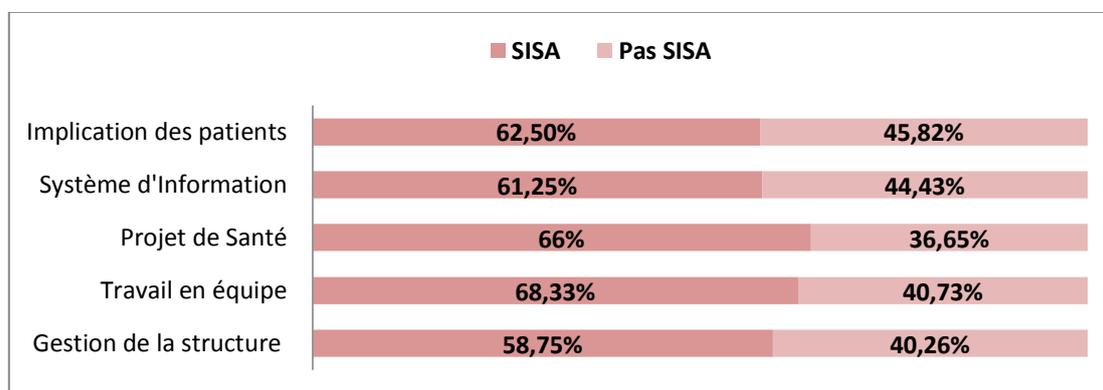


Diagramme 23 : Classification des thèmes selon le degré de maturité des structures

Les structures de soins les plus matures (qui ont le statut « SISA ») font état de leurs priorités de la manière suivante:

1. Le travail en équipe : 68.33%
2. Le projet de santé : 66%
3. L'implication des patients : 62.50%
4. Le système d'information : 61.25%
5. Gestion de la structure : 58.75%

Dans les autres structures qui sont moins matures, le classement des thèmes varie de la manière suivante :

1. L'implication des patients : 45.82%
2. Le système d'information : 44.4%
3. Le travail en équipe : 40.73%
4. Gestion de la structure : 40.26%
5. Le projet de santé : 36.56%

5. Qualités recherchées chez le coordinateur de MSP

5.1. Analyse globale

Nous avons demandé aux professionnels de santé de nous renseigner sur les qualités recherchées chez un coordinateur d'équipes de soins, sur une échelle de 1 à 6 ; le chiffre 1 étant attribué à la qualité la plus importante et le chiffre 6 à la qualité la moins importante.

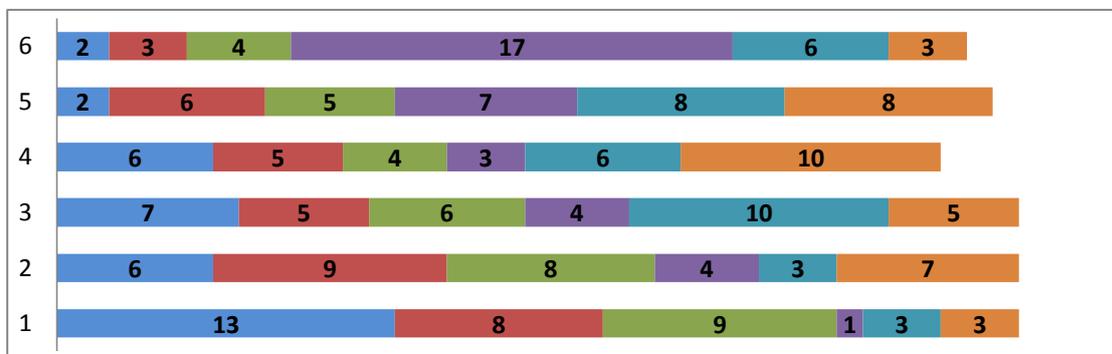


Diagramme 24 : Les qualités recherchées chez un coordinateur de MSP

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ■ Ecoute et synthèse orale et écrite | ■ Exécution des actions | ■ Fédération et animation |
| ■ Adaptation aux équipes | ■ Représentation à l'extérieur | ■ Innovation |

L'analyse globale des réponses concernant les qualités recherchées chez un coordinateur d'équipe de soins par ordre d'importance, nous amène aux résultats suivants :

1. **Ecoute et synthèse orale et écrite**
2. **Capacité de fédérer et d'animer les équipes**
3. **Capacité d'exécution et de mise en œuvre des actions**
4. **Capacité d'innover et de proposer des idées**
5. **Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur**
6. **Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes**

5.2. Analyse selon la catégorie professionnelle

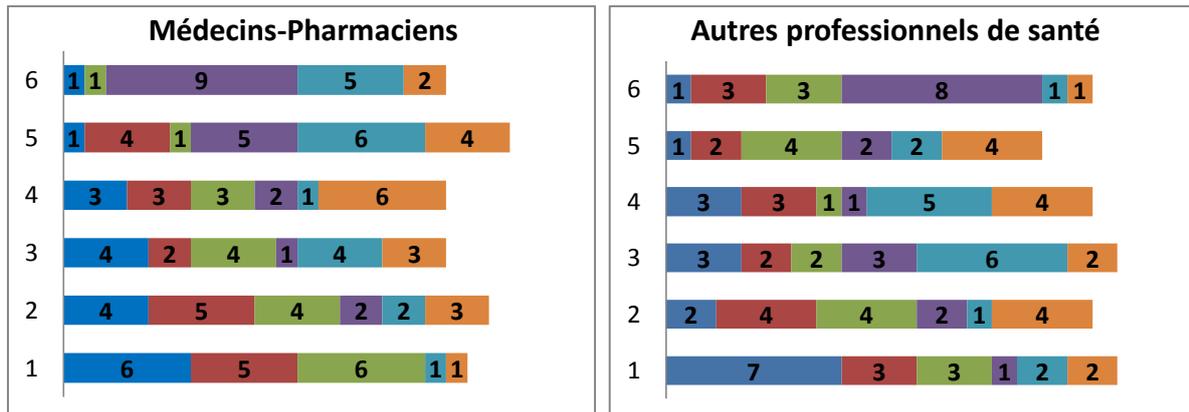


Diagramme 25 : Les qualités recherchées chez un coordinateur selon les catégories professionnelles.

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ■ Ecoute et synthèse orale et écrite | ■ Exécution des actions | ■ Fédération et animation |
| ■ Adaptation aux équipes | ■ Représentation à l'extérieur | ■ Innovation |

⇒ **Selon les médecins et les pharmaciens**, les qualités estimées indispensables chez un coordinateur d'équipe de soin sont citées par degré d'importance :

1. Capacité de fédérer et d'animer les équipes
2. Ecoute et synthèse écrite et orale
3. Capacité d'exécutant et de mise en œuvre des actions
4. Capacité d'innover et de proposer des idées
5. Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur
6. Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes

⇒ **Selon les autres professionnels de la santé**, les qualités recherchées chez un coordinateur sont :

1. Ecoute et synthèse écrite et orale
2. Capacité d'exécutant et de mise en œuvre des actions
3. Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur
4. Capacité d'innover et de proposer des idées
5. Capacité de fédérer et d'animer les équipes
6. Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes

5.2. Analyse selon le degré de maturité de la structure de soins

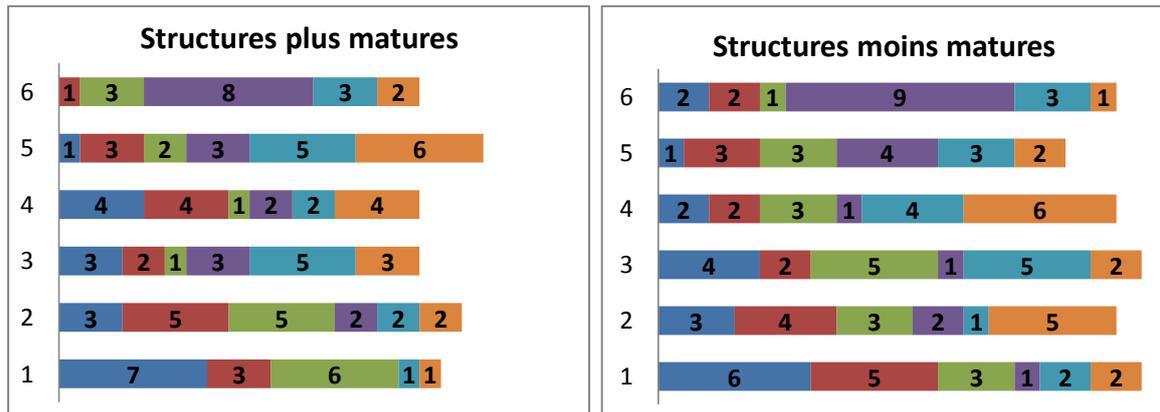


Diagramme 26 : Les qualités recherchées chez un coordinateur selon le degré de maturité des structures de soins.

- Ecoute et synthèse orale et écrite
- Exécution des actions
- Fédération et animation
- Adaptation aux équipes
- Représentation à l'extérieur
- Innovation

⇒ Les qualités recherchées chez un coordinateur par les professionnels de soins des **structures « plus matures »** (qui ont le statut SISA) par ordre d'importance sont :

1. Ecoute et synthèse écrite et orale
2. Capacité de fédérer et d'animer les équipes
3. Capacité d'exécutant et de mise en œuvre des actions
4. Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur
5. Capacité d'innover et de proposer des idées
6. Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes

⇒ Dans **les structures de soins « moins matures »**, les qualités recherchées chez un coordinateur sont :

1. Ecoute et synthèse écrite et orale
2. Capacité d'exécutant et de mise en œuvre des actions
3. Capacité de fédérer et d'animer les équipes
4. Capacité d'innover et de proposer des idées
5. Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur
6. Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes

6. Temps de présence du coordinateur au sein de la structure de soins

6.1. Analyse globale

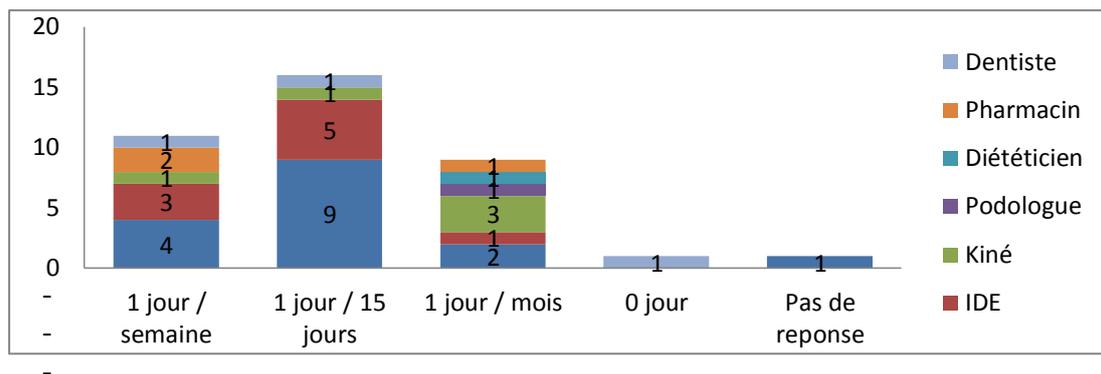


Diagramme 27 : Temps de présence nécessaire pour un coordinateur dans la structure de soins

L'analyse de l'ensemble des réponses sur le temps de présence nécessaire pour un coordinateur dans la structure, conclue aux résultats suivants :

- 43,24 % (n=16) des professionnels trouvent un jour de présence par quinzaine dans la structure est suffisant pour un coordinateur de MSP.
- 29,73 % (n=11) des personnes interrogées trouvent un jour de présence par semaine suffisant pour un coordinateur.
- 24,32 % (n=9) trouvent un jour de présence par mois dans la structure est suffisant
- Un professionnel de santé était contre la présence d'un coordinateur (0 jour).

6.2. Analyse selon la catégorie professionnelle

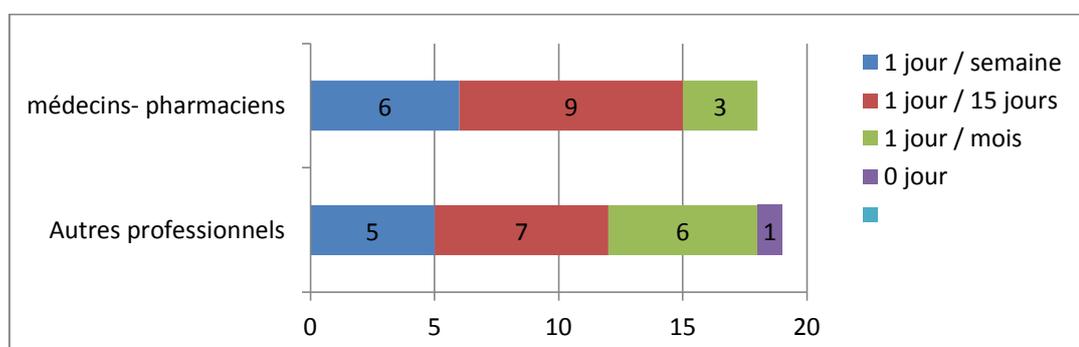


Diagramme 28 : Temps de présence d'un coordinateur par catégorie professionnelle

⇒ Dans la catégorie médecins-pharmaciens, le temps de présence d'un coordinateur dans la structure de soins est estimé à :

1. Un jour par quinzaine pour 50 % des professionnels interrogés (n=9)
2. Un jour par semaine pour 33,33 % des professionnels (n=6)
3. Un jour mensuel pour 16,66 % d'entre eux (n=3).

⇒ Pour les autres professionnels de santé, le temps de présence estimé pour un coordinateur dans la structure de soins est :

1. Un jour par quinzaine pour 36.84% des professionnels interrogés (n=7)
2. Une journée mensuelle pour 31.58% des professionnels (n=6)
3. Un jour par semaine pour 26.31% des professionnels (n=5)
4. Un professionnel était contre la présence d'un coordinateur (0 jour)

6.3. Analyse selon le degré de maturité des structures de soins

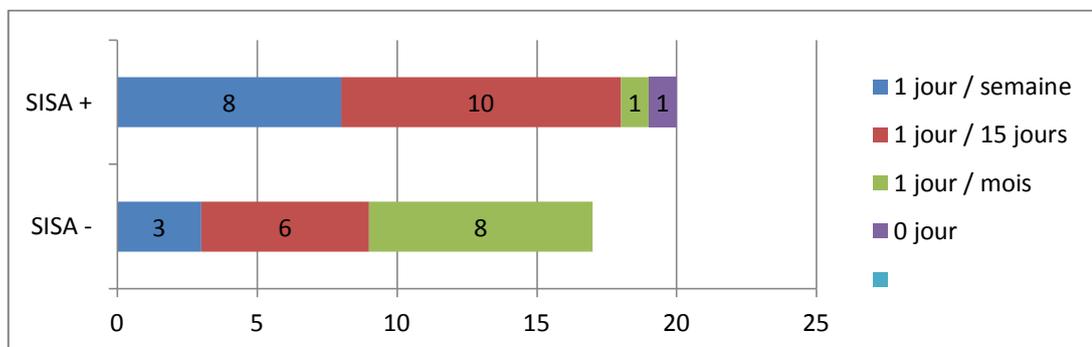


Diagramme 29 : Temps de présence d'un coordinateur en fonction de la maturité des structures de soins

⇒ Dans les structures les plus matures (avec le statut SISA), les réponses des professionnels de santé concernant le temps de présence d'un coordinateur dans la structure de soins sont les suivantes :

1. Un jour par 15 jours pour 50% des professionnels de santé interrogés (n=10)
2. Un jour par semaine pour 40% d'entre eux (n=8)
3. Une personne a répondu un jour par mois (n=1)
4. Une personne a répondu 0 jour (n=1)

⇒ Dans les structures moins matures (sans le statut SISA), les professionnels de santé ont répondu comme suit :

1. Un jour par mois pour 47,06 % des réponses (n=8)
2. Un jour tous les 15 jours pour 35,29 % des professionnels de santé (n=6)
3. Un jour par semaine pour 17,65 % des professionnels de santé (n=3)
4. Une personne n'a pas répondu à la question.

7. Rémunération journalière d'un coordinateur de MSP/PSAP

7.1. Analyse globale

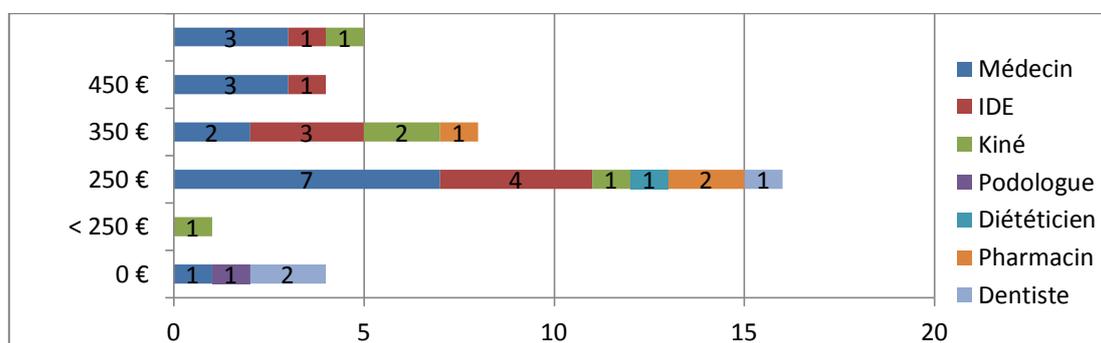


Diagramme 30 : Rémunération journalière estimée d'un coordinateur MSP

A la question : a combien estimez vous la rémunération journalière d'un coordinateur ? Environ la moitié des professionnels (48,48%) a répondu 250 €, un quart d'entre eux (24,24%) a répondu 350 €, quatre professionnels (12,12%) ont répondu 450€, un professionnel a proposé moins de 250 € et quatre professionnels étaient contre la présence du coordinateur dans leurs structures.

Ces résultats montrent un obstacle lié au financement de ce poste de coordinateur.

7.2. Analyse par catégorie professionnelle

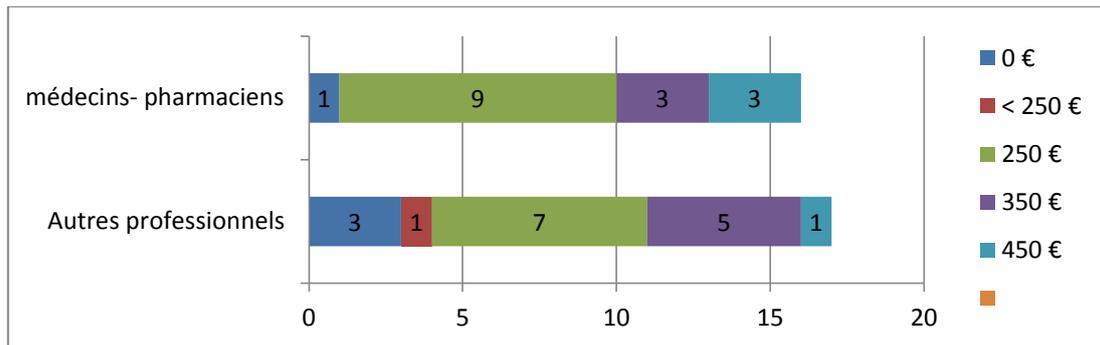


Diagramme 31 : Rémunération journalière d'un coordinateur par catégorie professionnelle

Les résultats concernant la rémunération journalière d'un coordinateur par catégorie professionnelle sont comme suit :

⇒ Pour les médecins et les pharmaciens, la journée de travail d'un coordinateur est estimée à:

1. 250 € pour 56,25 % (n=9) des professionnels de santé interrogés
2. 350€ dans 18,75 % (n=3) des réponses
3. 450 € dans 18,75 % (n=3) des réponses
4. Un professionnel a répondu 0 €.

⇒ Dans la catégorie « autres professionnels de santé », la rémunération journalière d'un coordinateur est la suivante :

1. 250 € pour 41,17 % (n=7) des professionnels ayant répondu aux questionnaires
2. 350 € pour 29,41 % (n=5) des professionnels de santé
3. 0 € dans 17,65 % (n=3) des réponses
4. 450 € selon un professionnel de santé, soit 5,88 % des réponses
5. moins de 250 € selon un professionnel de santé, soit 5.88 %des réponses

7.3. Analyse selon le degré de maturité des structures de soins

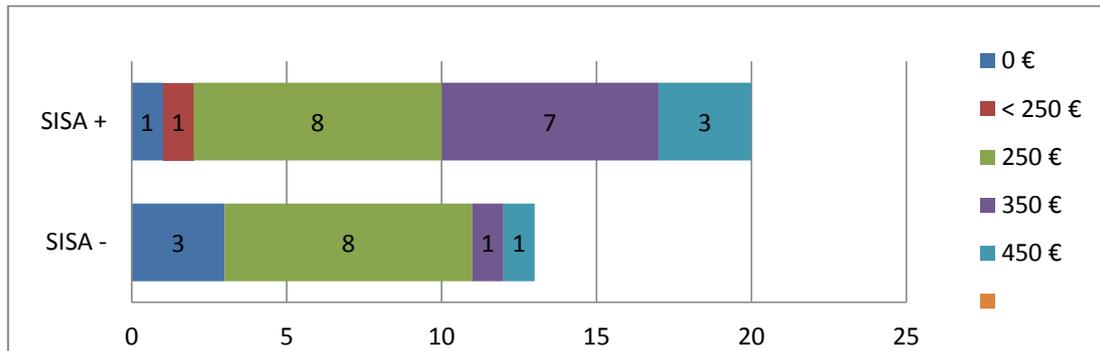


Diagramme 32 : Rémunération journalière d'un coordinateur selon le degré de maturité des structures

Les résultats des réponses concernant la rémunération journalière d'un coordinateur de MSP selon le degré de maturité des structures de soins, sont comme suit :

⇒ Dans les structures des soins « plus matures » (avec le statut SISA), la rémunération journalière d'un coordinateur est estimée à :

1. 250 € pour 40% des professionnels interrogés (n=8)
2. 350 € pour 35% des professionnels (n=7)
3. 450 € selon 15% des réponses (n=3)
4. Moins de 250€ selon un professionnel de santé, soit 5% des réponses
5. Un professionnel a répondu 0 €, soit 5% des réponses

⇒ Dans les structures « moins matures », la rémunération journalière d'un coordinateur est estimée à :

1. 250 € pour 61,54 % des professionnels de santé (n=8)
2. 0 € dans 23,07 % des réponses (n=3)
3. 350 € selon un professionnel de santé
4. 450 € selon un professionnel de santé

V. DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Intérêt de la méthode

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'intérêt de la présence d'un coordinateur au sein des MSP/PSAP dans le département de la Meuse. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête transversale à visée descriptive qui s'avérait appropriée à l'étude envisagée car elle inclut un échantillon représentatif de l'ensemble des MSP et PSAP du département de la Meuse.

1.2. Limites de la méthode

Biais de recrutement : L'échantillon de notre enquête est relativement restreint. Nous avons décidé arbitrairement de recueillir les données auprès de quatre professionnels de santé différents par structure dans toutes les MSP/PSAP en activité dans le département de la Meuse. Cela représente 69 professionnels de santé sollicités sur un total de 256, soit seulement 27% de la population cible, ce qui constitue un biais de recrutement.

Dans le souci d'optimiser la représentativité de toutes les professions dans notre échantillon, nous avons demandé aux leaders des MSP (les responsables des projets de santé) de diversifier les professions de santé ciblées lors de la distribution des questionnaires aux multiples interrogations. Mais cette approche peut induire un biais de sélection qui dépend des choix pouvant être subjectifs des leaders, par exemple en transmettant les questionnaires aux professionnels de santé les plus impliqués.

Tous les professionnels sollicités n'ont pas répondu à notre enquête. Au total, nous avons obtenu 38 réponses exploitables sur 41 reçues, soit un taux de 55% de réponses exploitables. Trois réponses étaient exclues de l'analyse : deux arrivées quatre semaines après la clôture de l'enquête et une réponse non identifiée (absence de la profession et du lieu d'exercice du professionnel de santé).

Dans la MSP de Varennes, hormis la pharmacienne qui est aussi le leader (le responsable du projet de santé), les autres professionnels sollicités dans la structure n'ont pas accepté de

répondre au questionnaire jugeant qu'il est prématuré pour eux de se prononcer sur ce sujet.

Le taux de non réponse représente 40,6 %. Ce manque de mobilisation est dû probablement à plusieurs facteurs :

- La taille du questionnaire comprenant quatre pages (une page explicative et trois pages portant sur des interrogations multiples) malgré nos efforts de nous limiter aux missions et tâches jugées pertinentes pour la fonction du coordinateur de MSP. De ce fait, renseigner le questionnaire peut demander beaucoup de temps notamment pour les professionnels de santé exerçant dans des structures de soins ouvertes récemment. Pendant les deux essais effectués avant la distribution des questionnaires, le professionnel de santé d'une structure mature a mis 13 et 15 minutes pour répondre au questionnaire. Cela peut expliquer en partie le manque de mobilisation / non réponse.
- Il s'agit d'une nouvelle profession pour les professionnels de santé du département de la Meuse où l'on compte que deux MSP qui sont dotées d'un coordinateur (PSP Revigny-sur-Ornain et MSP Vigneulles-Les-Hattonchâtel), soit 11 % des MSP en activité.
- Les MSP/PSAP du département de la Meuse sont relativement jeunes, la moitié n'ont pas encore le statut SISA. Probablement, les professionnels de santé estiment qu'ils ont d'autres problématiques plus prioritaires à gérer.
- Certaines questions n'étaient peut-être pas correctement comprises par les professionnels de santé, ce qui pourrait influencer sur leur décision de non réponse.

Biais d'analyse : Nous n'avons pas réussi à avoir l'aide d'un épidémiologiste pour l'élaboration du questionnaire et l'analyse statistique des résultats.

L'exploitation des résultats de ce type d'étude, basée sur un échantillon restreint est difficile et ne permet pas de faire des comparaisons statistiques et des analyses croisées, essentiellement du fait de l'absence d'études comparables sur les coordinateurs des MSP.

2. Discussion des résultats

2.1. Le coordinateur, un besoin pour les équipes de soins primaires

La place du coordinateur est importante et plébiscitée par les professionnels de santé des MSP/PSAP du département de la Meuse. Les résultats de notre enquête montrent l'engouement des professionnels de santé pour cette nouvelle fonction, avec 62,69% d'opinions favorables à la présence d'un coordinateur dans les structures de soins.

Des expérimentations conduites dans des maisons de santé aux Etats-Unis depuis 2010, dans le cadre du projet *Medicare Triple Aim* (triples buts) [63], ont montré une amélioration sensible dans les prises en charge des patients avec l'introduction de personnes aidant spécifiquement le processus de coordination. Ces personnes sont **les practice facilitators** qui interviennent dans la qualité des prises en charge des patients, ils sont spécialisés dans la communication. Ils aident les professionnels de santé dans l'élaboration d'organisations collectives efficaces. Et **les care managers** qui eux interviennent directement dans les prises en charge des patients par la mise en place des démarches d'éducation thérapeutique et l'animation des groupes de pratiques professionnelles [64]. Le coordinateur de MSP a un rôle superposable à celui du practice facilitator, il n'est pas nécessairement un professionnel de santé et n'intervient pas directement dans les soins.

Une autre enquête a été menée en février 2016 dans les MSP et PSAP lorrains dans laquelle les professionnels de santé étaient invités à s'exprimer sur les difficultés rencontrées lors de la réalisation de leur projet. Le premier frein évoqué était **la gestion administrative très lourde et chronophage** de ces structures de soins [65]. Ce constat est conforté par notre étude dans laquelle, les professionnels de santé des MSP/PSAP interrogés ont formulé le besoin d'un coordinateur pour assurer des tâches de gestion administrative en lien notamment avec **le règlement arbitral**.

Le système d'information partagé occupe une place primordiale dans le développement des MSP. C'est le socle de l'exercice coordonné. Mais sa mise en place représente un investissement considérable pour les porteurs de projets qui se heurtent à l'absence ou l'insuffisance de temps, de compétences et de méthodes organisationnelles. Bien souvent, ils font appel à une forme de pragmatisme dans l'élaboration des projets. Ceci est particulièrement démontré dans notre étude avec 77,8 % des professionnels de santé

interrogés qui souhaitent faire appel à un coordinateur de MSP dans la rédaction du cahier des charges permettant la mise en place du système d'information.

Le système d'information représente un levier au service de la qualité et de la sécurité des soins, c'est un élément majeur pour réussir le virage ambulatoire engagé par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 27 janvier 2016, notamment dans la relance du **dossier médical partagé (DMP)** ; le coordinateur de MSP peut contribuer efficacement à sa réussite.

Les MSP/PSAP sont un lieu d'exercice protocolisé. Dans notre enquête 67,6% des professionnels interrogés veulent faire appel à un coordinateur pour l'élaboration des **protocoles pluriprofessionnels**. Ceci prouve que ces professionnels n'ont pas l'habitude de d'établir ces protocoles, ils s'inspirent souvent des recommandations HAS qui se présentent souvent sous des formats non adaptés à la pratique clinique la plupart du temps. Or, le fonctionnement en équipe appelle naturellement à protocoliser la prise en charge coordonnée des patients au sein de la structure. Dans d'autres pays comme les Etats-Unis, il existe des **centres de ressources dédiés** qui mettent à disposition des médecins des PCMH (*Patient-Centered Medical Homes*, l'équivalent des MSP) les protocoles dont ils ont besoin [66]. Ces centres de ressources devraient être développés également en France.

Les réunions de travail notamment les **réunions de concertation pluriprofessionnelles** font partie des engagements socle du règlement arbitral. Dans notre enquête 70,27 % des professionnels de santé interrogés sont favorables à l'intervention d'un coordinateur pour l'organisation de ces réunions. Ces réunions de travail peuvent se décliner en trois catégories :

- Réunions de gestion administrative de la structure qui sont des réunions dédiés à la gestion logistique de la structure.
- Réunions de gestion du projet de santé de la MSP.
- Réunions de concertation pluriprofessionnelle autour des dossiers patients complexes.

Dans notre enquête nous avons omis de préciser les trois catégories de réunions formalisées dans les questionnaires.

Une étude a été menée à Dijon en 2013 sur l'organisation des réunions formalisées dans les MSP de Bourgogne, elle a montré les résultats suivants [67]:

- 89,3 % des MSP organisent les réunions de gestion administrative de la structure
- 75 % des MSP organisent les réunions de gestion du projet de santé de la MSP
- 60,71 % des MSP organisent les réunions de concertation pluriprofessionnelle autour des dossiers complexes.

Ces réunions de travail ont pour objectif de soutenir la démarche qualité des MSP et de fédérer les membres de l'équipe à travers un espace ouvert de discussions sur la réalité des besoins et les manières d'y répondre. Une indemnisation pour le temps passé dans ces réunions est proposée aux professionnels de santé, cette rémunération est issue du règlement arbitral.

Les MSP contribuent à l'amélioration de l'offre de soins de la population, elles jouent un rôle dans la formation des futurs professionnels de santé, mais elles peuvent être également des lieux de recherche. Le rôle du coordinateur de MSP est de faire l'interface entre les professionnels de santé de la structure de soins et les différents partenaires locaux tels que l'hôpital, le département de médecine générale et les centres de recherche universitaire et d'investigations cliniques comme le CIC (Centre d'investigations cliniques). Le coordinateur peut contribuer à la mise en place des projets de recherche, et monter les dossiers de demandes de subventions auprès des institutions publiques comme le Fond d'Investissement Régional (FIR).

On note également que pour certaines tâches, la majorité des professionnels de santé préfèrent les assumer sans l'aide d'une personne extérieure à la structure. C'est le cas notamment de la gestion des plannings des professionnels (82 %), gestion des consultations (63 %), gestion des feuilles de paie et du recrutement des professionnels de santé (50 %). Ceci pourrait s'expliquer en partie par la crainte des professionnels de santé que le coordinateur s'accapare de la place de leadership de la structure. Le coordinateur a un rôle de soutien aux professionnels de santé, et de gestion managériale de la structure. Il travaille de façon ciblée en relation étroite avec les membres de la structure qui restent maîtres du projet de santé et des décisions qui devraient être prises. Il peut contribuer à la restructuration de l'équipe de soins, et ce à la demande des professionnels de la structure,

dans le but d'optimiser **la gouvernance** en permettant à chacun de s'investir à des niveaux différents et sur des temps choisis [68]. Le coordinateur de MSP n'est que le traducteur des décisions de l'équipe, non « le directeur » de la structure parce qu'on lui délègue des responsabilités dont il n'a pas participé à l'élaboration.

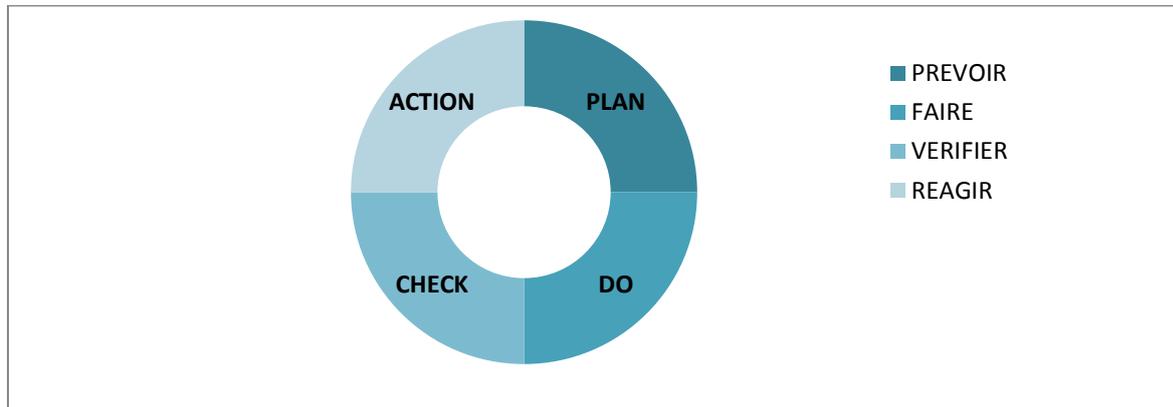
Aux Etats-Unis, les médecins exerçant dans les *PCMH* assument clairement leur statut de directeur et de **leadership des équipes de soins**. Ils garantissent la continuité des soins et dirigent les équipes qui assurent l'accompagnement des patients et la coordination des soins. Alors qu'en France, c'est plutôt un système de gouvernance horizontal par souci d'autonomie des uns et des autres. Ne faudrait-il pas renforcer la place de leadership au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ? Une réflexion devrait avoir lieu sur la place et la forme de leadership au sein de ces organisations, surtout dans le contexte actuel de la restructuration de l'offre de soins primaires en la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Nous devons également nous poser la question sur la formation des professionnels de santé au management. Les expériences américaines sur la réorganisation des soins primaires peuvent servir de support pour les MSP françaises, mais en aucun cas il faut calquer nos structures avec le modèle américain, vu que les deux systèmes de santé sont complètement différents, même si les objectifs attendus restent les mêmes.

Des **formations de management des MSP** sont disponibles actuellement, elles sont destinées aux professionnels de santé responsables de MSP pour renforcer leurs capacités de « leadership » médical [69]. La FEMALOR (Fédération des maisons et pôles de santé de lorraine) en partenariat avec l'ICN Business School Nancy-Metz, proposent une formation management et gestion pour les professionnels de santé des MSP/PSAP. Cette formation de cinq jours étalée sur six mois a pour objectif de contribuer au développement d'une pratique managériale innovante pour les futures managers et dirigeants de ces structures [70]. Ne faudra-t-il pas inclure un module de management dans les cursus de formation des internes en Médecine Générale?

Le développement des MSP/PSAP nécessite beaucoup de temps et surtout une grande motivation des équipes pour l'amélioration continue de **la qualité des services** proposés aux usagers. On peut s'inspirer de la démarche de Deming (consultant américain) ou la roue de

Deming. Elle permet de planifier les parcours de soins des patients, de limiter les consultations et les examens redondants et de prévenir les hospitalisations qui a pour effet la réduction des coûts des prises en charge tout en améliorant la qualité de celles-ci.



La roue de Deming

Cette approche de l'amélioration continue de la qualité peut être supervisée par le coordinateur de MSP en relation étroite avec les professionnels de la structure de soins [71].

Selon Bruce Tuckman, chaque équipe traverse obligatoirement cinq étapes dans son développement [72]. Le coordinateur de MSP a un rôle à jouer dans chacune des étapes :

- 1) Constitution (Forming) : c'est l'étape où les membres de l'équipe apprennent à se connaître, ils se testent entre eux et chacun cherche comment se positionner dans le projet. Le rôle du coordinateur avec le chef de projet (leader) est d'écouter chaque membre, aider à définir les rôles et de faire progresser l'équipe dans la bonne direction.
- 2) Tension (Storming) : dans cette étape chaque idée entre en compétition avec les autres, c'est une lutte de pouvoir où chaque membre cherche à mettre en avant son opinion. Le rôle du coordinateur avec le leader (chef de projet) est d'installer un climat de confiance, et faciliter les conversations entre les membres de l'équipe pour passer cette étape conflictuelle et progresser dans la bonne direction. C'est ce qu'on retrouve dans notre enquête, l'écoute et la fédération sont les deux premières qualités recherchées chez un coordinateur de MSP selon les médecins et pharmaciens (la catégorie de professionnels de santé qui compte le plus grand nombre de leaders) et dans les structures de soins les plus matures.

3) Normalisation (Norming) : la confiance s'installe au sein de l'équipe, ses membres fonctionnent ensemble efficacement. Le rôle du coordinateur avec le leader est d'aider l'équipe à être plus rigoureuse et ne pas perdre sa créativité. Des qualités telles que l'innovation et d'animation de l'équipe sont indispensables chez un coordinateur de MSP.

4) Production (Performing) : cette étape correspond à la cible à atteindre pour chaque équipe. Les membres de l'équipe sont interdépendants, ils travaillent en équipe et cherchent tous à atteindre les objectifs définis dans le projet. Le rôle du coordinateur dans cette étape est de développer un autre niveau organisationnel qui est le partenariat avec les différents acteurs du territoire notamment le lien avec l'hôpital. La qualité de représenter l'équipe à l'extérieur pour un coordinateur est indispensable.

5) Dissolution (Adjourning) : cette étape marque la fin du projet, pour éviter la séparation des membres de l'équipe, le leader avec l'aide du coordinateur doivent accompagner l'équipe, donner une impulsion et rebondir sur d'autres projets. Dans cette phase les qualités d'innovation, d'exécution et de mise en œuvre des actions sont indispensables pour un coordinateur de MSP.

La formation initiale du coordinateur de MSP est variée selon qu'il pratique une activité de coordination exclusive ou qu'il exerce une activité professionnelle associée. D'après une étude menée à Dijon en 2013 dans les MSP de Bourgognes, sur les 22 coordinateurs administratifs interrogés seulement quatre ont une activité de coordination exclusive, soit 18,18%. Ils ont observé que 27,27% (n=6) des coordinateurs ont une formation initiale de secrétaire de direction, 18,18% (n=4) ont une formation de secrétaire médicale, 18,18% (n=43) sont des professionnels de santé, trois professionnels (13,64%) ont une formation de comptabilité et trois coordinateurs (13,64%) ont une formation initiale de management et/ou un niveau master (Bac +5) [66]. Depuis mai 2015, l'ENESP (Ecole des hautes études en santé publique) en partenariat avec la HAS, propose une formation de coordinateur en maison de santé.

Dans le département de la Meuse, si l'on veut réussir à restructurer l'offre de soins primaires et couvrir tout le département, **le profil du coordinateur** de MSP pourrait être un

professionnel avec une formation initiale niveau master en santé publique (Bac +4) et une spécialisation en gestion et management des projets de santé. Ce poste sera dédié exclusivement pour une activité de coordination, et pourrait être partagé entre plusieurs équipes de soins primaires du territoire, dans la mesure où ces professionnels de santé sont prêts à mutualiser ce poste de coordinateur.

2.2. Le coordinateur, un enjeu pour la réussite de la restructuration de l'offre de soins primaires et le succès du virage ambulatoire

La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016 prévoit la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces dernières permettront aux professionnels de santé de se regrouper pour l'élaboration d'un projet de santé commun sur leur territoire, afin d'assurer une meilleure coordination de leur action, et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé de leurs patients et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [73].

Le coordinateur de MSP pourra aider à la construction d'un réseau de soins de santé primaire par la mise en place de missions transverses entre plusieurs MSP/PSAP sur le territoire. Ainsi, la Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine (FEMALOR) a proposé un projet de développement de la coordination en Meuse par la mise à disposition de coordinateurs de MSP à temps partagé entre les différentes structures de soins primaires du département. Ce projet innovant permettra de couvrir l'ensemble du territoire Meusien avec : un coordinateur qui va opérer dans 6 à 7 structures dans le sud de la Meuse, et un deuxième coordinateur qui pourra partager son temps de travail dans les différentes structures du Nord Meusien plus le site de Mercy le Bas en 54.

Les missions du coordinateur dépendront des besoins de chaque équipe de soins primaires en termes de coordination. Il devra permettre un accompagnement adapté des équipes et leur bonne progression dans les différentes étapes du développement de la structure, et de contribuer à soulager les professionnels de santé de la gestion administrative interne et externe de la structure, en assurant notamment le lien avec les partenaires locaux. Notre étude a montré que 78,95 % des professionnels des MSP interrogés sont favorables pour

déléguer au coordinateur l'organisation du partenariat avec les institutions telles que l'ARS et la CPAM. Une autre étude datant de février 2016 qui a porté sur « l'analyse des projets de santé des MSP/PSAP Lorrains, et leur mise en œuvre » a montré que sur 65 % des équipes qui ont envisagé de travailler conjointement avec l'hôpital, seules 22 % ont pu le réaliser [74]. Cela permet de nous interroger sur la nécessité de faire appel à un professionnel compétent qui fera l'interface entre les structures de soins primaires et les autres partenaires locaux tels que l'hôpital, les structures médico-sociales, l'ARS et la CPAM.

Le coordinateur pourra accompagner les jeunes équipes dans le montage de dossiers de demande des dotations FIR concernant le règlement arbitral, mais également dans la démarche qualité pour les équipes qui bénéficient déjà des NMR. Il pourra également assurer **des missions transverses** entre plusieurs structures de soins en accompagnant les équipes dans la mise en place de projets communs tels que la télémedecine, un rétinographe partagé (ambulatoire), des consultations avancées en addictologie, en psychiatrie et d'autres actions de prévention et de promotion de la santé notamment la mise en place d'associations d'usagers dans les MSP.

Sur la base du projet proposé par la FEMALOR pour le département de la Meuse, on peut également envisager un projet de développement de la coordination au niveau régional par la mise en place de six coordinateurs pour les MSP / PSAP (avec le règlement arbitral) pour couvrir l'ensemble du territoire Lorrain [ANNEXE 9]:

- Deux coordinateurs pour les MSP/PSAP du département de la Meuse
- Deux coordinateurs pour les MSP/PSAP du département des Vosges
- Un coordinateur commun pour les MSP/PSAP des départements de Meurthe-et-Moselle et de la Moselle.
- Un coordinateur pour toute la région Lorraine dont les missions seront d'aider les nouvelles équipes à se restructurer pour rentrer dans la dynamique du règlement arbitral. Il doit notamment organiser des réunions entre les différents partenaires de la région pour l'élaboration de procédures destinées à coordonner leurs services et leurs actions dans l'objectif de dynamiser le projet régional de santé.

Ces perspectives sont prometteuses et méritent une réflexion concernant leur mise en œuvre ainsi que leur financement.

2.3. L'obstacle de financement du nouveau métier de coordinateur de MSP

Bien que les professionnels de santé des MSP/PSAP du département de la Meuse apparaissent majoritairement (62,70 %) en faveur de la mise en place d'un poste de coordinateur dans leurs structures, il existe toutefois un frein lié au financement de ce projet. Sur la question de la rémunération journalière du coordinateur de MSP, la moitié des professionnels interrogés (48,50 %) ont choisis le plus bas des paliers proposés dans le questionnaire, soit 250 euros. Ce choix est approuvé par 56,30 % des professionnels dans la catégorie médecins-pharmaciens et 61,5 % dans la catégorie des structures moins matures. Certains professionnels ont même proposé une rémunération inférieure à 250 euros. Cela peut s'expliquer en partie par le manque de moyens financiers mis à disposition des équipes de soins par l'ARS pour le travail de coordination.

L'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a menée une enquête nationale où elle a interrogé les internes en Médecine Générale sur leurs souhaits d'exercice [75]. Sur la question : quels types de mesures vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ? 69,5% des internes ont répondu en faveur d'une aide financière et logistique à la création d'une MSP ou d'un cabinet de groupe.

L'incitation financière est donc l'un des leviers de poids pour changer le comportement des professionnels de santé. Comparée à d'autres pays, la France a commencé tardivement à introduire la rémunération à la performance selon les résultats et les objectifs atteints. Elle a mis en place en 2009 le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), puis la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) s'y substitue en 2012, les ENMR en 2010 puis le règlement arbitral depuis février 2015. Ajouter à cela d'autres rémunérations forfaitaires qui sont versées aux médecins indépendamment du volume de consultations, comme la RMT (prise en charge des patients en affection de longue durée) et le forfait médecin traitant (FMT). Tous ces dispositifs témoignent certes de la volonté des pouvoirs publics à changer le système de rémunération actuel centré sur le paiement à l'acte, mais ces évolutions sont lentes et insuffisantes par rapport aux attentes des professionnels de santé. Selon le dernier rapport des Comptes de la Sécurité Sociale de juin 2015, ces rémunérations forfaitaires représentent en moyenne 6,8% de la rémunération totale des médecins généralistes depuis 2012 [76], ce qui n'est pas significatif comparativement à

d'autres pays comme le Royaume-Uni où la rémunération à la performance représente 15% du revenu moyen des médecins généralistes en plus de la capitation (61%) [77].

Ces nouveaux forfaits tel que le règlement arbitral vont couvrir un large champ d'objectifs : ils vont contribuer d'une part à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients notamment par la formalisation du temps dédié à la coordination et la mise en place de nouveau poste de coordinateur de MSP, mais surtout à la mise en œuvre d'actions de prévention primaire pour la population ce qui est peu pratiqué actuellement en France.

Le deuxième frein pour le financement du poste de coordinateur est probablement l'absence de visibilité vis-à-vis du règlement arbitral. A ce jour, la pérennité des aides destinées au travail de coordination des MSP/PSAP est incertaine. Le règlement arbitral a été approuvé le 27 février 2015 pour une période de cinq ans en attendant l'aboutissement des négociations conventionnelles interprofessionnelles qui ont déjà échoués fin 2014. Certes, les pouvoirs publics et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, soutiennent les démarches des regroupements interprofessionnels, mais l'insuffisance de fonds dédiés dans la durée empêche certaines structures de mettre en place un coordinateur, et d'autres de réduire son temps de présence dans l'établissement. Dans notre enquête, le temps de présence d'un coordinateur est estimé à un jour par quinzaine pour 43 % des professionnels interrogés, voire un jour mensuel pour 50 % des réponses provenant des structures les moins matures. Or, le temps de présence moyen nécessaire pour un coordinateur de MSP d'après la FFMPS est estimé à un jour par semaine.

Face à cette problématique de la pérennité des dotations de l'ARS, il est légitime de nous interroger sur la place des partenaires, tel que FACILIMED dans le paysage de la coordination et son rôle dans la réussite du virage ambulatoire. Créée en 2014 par la FFMPS, cette coopérative dédiée aux équipes regroupées de soins primaires propose des solutions d'accompagnement des équipes de soins par la mise en place d'un coordinateur de santé contractuel adapté au projet de santé et aux besoins de chaque équipe de soins. Les prestations journalières d'un coordinateur de FACILIMED sont évaluées à 425 euros, ce qui est au-dessus des résultats de notre enquête, mais son travail est dédié exclusivement à la coordination.

Une étude a été réalisée en 2013 en Bourgogne sur la coordination en MSP, sur les 22 coordinateurs administratifs interrogés, 59,05% ont des revenus mensuels inférieur ou égal à 12 euros brut de l'heure et seuls 18,18% des coordinateurs ont un revenu supérieur à 14 euros brut de l'heure. Mais très peu de MSP ont un coordinateur administratif ayant un exercice exclusif de la coordination avec un salaire équivalent à celui d'un cadre administratif d'une entreprise privé de santé [66]. Ceci dit, il n'existe pas à ce jour de texte de loi ou de référentiel métiers qui définit le niveau de rémunération des coordinateurs de MSP.

Le coordinateur de MSP est indispensable pour la pérennisation de ces nouvelles organisations de soins primaires. Notre enquête menée dans le département de la Meuse a montré que les équipes pluriprofessionnelles ont besoin des coordinateurs de MSP pour assurer des tâches principalement en lien avec le règlement arbitral. Ces équipes sont disponibles au changement malgré le manque de moyens, elles sont prêtes à mutualiser un coordinateur avec d'autres MSP du territoire. Reste à trouver les sources de financement de ce poste de coordination qui est un enjeu des politiques de santé pour la restructuration de l'offre de soins primaires.

Pour les modalités de financement, les options sont multiples : on peut penser à impliquer les conseils régionaux dans le financement du projet, leur rappeler que l'aménagement du territoire passe aussi par ces nouvelles organisations de soins primaires (MSP/PSAP) donc par une participation dans les frais des coordinateurs de MSP. On peut solliciter également l'aide de l'ARS via le Fonds d'Intervention Régionale (FIR) et leur rappeler que l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins fait partie de la liste des missions financées par le FIR. On peut demander aussi l'aide de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), des conseils départementaux et la mutualisation entre les pôles et maisons de santé.

Une réflexion doit avoir lieu sur les pistes de financement des postes de coordinateurs de MSP pour soulager les professionnels de santé. Et il faudrait rappeler à chaque partenaire l'enjeu de la coordination dans la dynamique de la restructuration de l'offre de soins primaires déjà engagée.

VI. Conclusion

Face à la transition démographique et la progression des maladies chroniques en cours, la transformation des pratiques et la restructuration de l'offre de soins primaire devient une nécessité. Depuis quelques années, les projets d'implantation de maisons et pôles de santé ambulatoires pluriprofessionnels (MSP/PSAP) se multiplient. Avec 19 MSP en fonctionnement et trois projets en construction au 1^{er} janvier 2016, le département de la Meuse est pionnier en Lorraine en termes de développement de ces structures de soins.

Ces nouvelles organisations de santé ambulatoire permettent aux soignants de mutualiser leurs moyens mais surtout de coordonner leurs activités. Ce mode d'exercice regroupé nous fera passer d'une gestion ponctuelle des problèmes aigus et le renouvellement épisodique des traitements à une prise en charge proactive, globale, non pas des patients mais de la population d'un territoire, en mettant en place des actions de prévention primaire, source d'économies pour l'assurance maladie.

Mais la complexité croissante de l'exercice des professionnels de santé liée, d'une part à la coordination médicale de leur activité mais aussi à la gestion administrative de la structure et du projet de santé a fait que le coordinateur des MSP trouve toute sa place dans ces structures.

Notre étude a démontré l'intérêt du coordinateur dans la gestion des tâches, définies par les professionnels de santé, des MSP/PSAP du département de la Meuse. 62,69 % des professionnels interrogés sont favorables à la présence d'un coordinateur au sein de leurs structures et 78,95 % préfèrent faire appel au coordinateur de MSP pour la gestion des tâches en lien avec le règlement arbitral et les partenaires locaux. Néanmoins, le projet de coordinateur plébiscité par les professionnels de santé se heurte à un frein lié au financement de ce poste de coordination.

Vu l'enjeu considérable qui consiste à restructurer la médecine ambulatoire, Il y a donc nécessité de réfléchir à d'autres moyens de financement du poste de coordinateur de MSP qui est un élément indispensable pour réussir le virage ambulatoire. Il faudra impliquer toutes les parties notamment les élus des collectivités locales et leurs rappeler leur rôle dans

l'aménagement du territoire qui passe également par les MSP surtout dans le contexte du nouveau mode d'organisation des soins primaires annoncé par la loi de santé du 27 janvier 2016 avec l'instauration des communautés professionnelles territoriales de santé.

Pour pérenniser ces structures de première ligne de soins primaires et pour éviter que les projets de santé ne soient pas « des coquilles vides », il faudrait dynamiser leurs activités par la mise en place de coordinateurs de MSP.

Cette étude ouvre la porte pour d'autres réflexions futures après la mise en place des postes de coordinateurs de MSP, comme l'évaluation du rôle des coordinateurs de façon qualitative ou encore l'étude qualitative sur le ressenti des professionnels de santé concernant ce nouveau poste de coordinateur de MSP/PSAP.

VII. Bibliographie

- 1- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne]. Janvier 2015. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf (consulté le 15 novembre 2015)
- 2- République française. Loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Article 2. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 20 novembre 2015
- 3- République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 40. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 20 novembre 2015)
- 4- De Hass Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais : Le Coudrier, Edition 2015, 188 p.
- 5- Juilhard JM. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale [En ligne]. Octobre 2007. Disponible sur <https://www.senat.fr/notice-rapport/2007/r07-014-notice.html>. (consulté le 25 novembre 2015)
- 6- République française. de Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 25 novembre 2015)
- 7- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Les états généraux de l'organisation de la santé [En ligne]. Avril 2008. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf (consulté le 25 novembre 2015)
- 8- République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 39. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 7 décembre 2015)
- 9- Ministère de la Santé et des Sports. « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », une loi à la croisée de nombreuses attentes [En ligne]. Septembre 2009. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf (consulté le 30 novembre 2015)

- 10- Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre [En ligne]. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf (consulté le 10 décembre 2015)
- 11- Juilhard JM, Crochemore B, Touba A. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement [En ligne]. 2010. Disponible en ligne sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 10 décembre 2015)
- 12- République française. Lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural- Circulaire NOR N°EATV1018866C [En ligne]. 2010. Disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d e quipement en maisons de sante en milieu rural.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf) (consulté le 10 décembre 2015)
- 13- Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Nouveaux modes de rémunération [en ligne]. 2015. Disponible sur www.ffmps.fr (consulté le 20 décembre 2015)
- 14- ARS Bourgogne-Franche-Comte. Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération. Juin 2010. Disponible [en ligne] sur [http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS Internet/](http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/) (consulté le 5 janvier 2016)
- 15- République française. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 1. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 5 janvier 2016)
- 16- ARS. Portail d'accompagnement aux professionnels de santé (PAPS) [En ligne]. Disponible sur www.ars.sante.fr/Portail-d-accompagnement-aux-p.116678.0.htm (consulté le 15 janvier 2016)
- 17- République française. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Legifrance [En ligne]. 27 février 2015. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835> (consulté le 15 janvier 2016)
- 18- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Lutte contre les déserts médicaux- Pacte Territoire Santé [En ligne]. Novembre 2015. Disponible sur http://www.ars.sante.fr/uploads/media/2015-11-26_DP-PTS2_bd.pdf (consulté le 15 janvier 2016)
- 19- ARS Lorraine. Cahier des charges régional des MSP dans le cadre d'une demande de financement au titre du Fonds d'Intervention Régional [En ligne]. Juillet 2012. Disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Cahier-des-charges-regional-de.140186.0.html> (consulté le 30 janvier 2016)

- 20- République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires- L'article L. 6112-1 et L 6112-2 du CSP. Legifrance [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 30 janvier 2016)
- 21- ARS Haute-Normandie. Projet Régional de Santé Haute-Normandie 2012-2017. Les missions de service public [En ligne]. Disponible sur http://www.ars.normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/definitif/SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf
- 22- ARS Aquitaine. Maisons de Santé Pluridisciplinaires et nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé [En ligne]. Avril 2011. Disponible en sur <http://www.ars.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/> (consulté le 15 février 2016)
- 23- ARS Lorraine. Appel à projets « Maisons ou Pôles de Santé » [En ligne]. 2015. Disponible sur www.ars.lorraine.sante.fr/appele-a-projets-Maisons-ou-Po.180945.0.html (consulté le 20 février 2016)
- 24- ARS Lorraine. Le plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural [En ligne]. Disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluridiscipli.145811.0.html> (consulté le 20 février 2016)
- 25- ARS Haute –Normandie. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pour bénéficier d'un soutien financier- DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB 21 07 10 [en ligne]. Disponible sur <http://ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE> (consulté le 27 février 2016)
- 26- URPS Languedoc-Roussillon. Guide Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en [ligne]. 2014. Disponible sur www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-MSP-URPS-ML-LR-04-07-2013 (Consulté le 28 février 2016)
- 27- ARS lorraine. Cahier des charges régional des MSP dans le cadre d'une demande de financement au titre du Fonds d'Intervention Régional [En ligne]. 2012. Disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Cahier-des-charges-regional-de.140186.0.html> (consulté le 15 janvier 2016)
- 28- Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Projet de santé [En ligne]. 2013. Disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-mps/projet-de-sante> (consulté le 15 janvier 2016)

- 29- ARS Lorraine. Caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des projets de maisons de santé pluri-professionnelles [En ligne]. Disponible sur http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/MSP/MSP-Cahier_des_charges_national-annexes_01.pdf (consulté le 20 janvier 2016)
- 30- République française. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Art. L. 4041-1 et Art. 4041-4 [en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 18 janvier 2015)
- 31- FFMPs. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA): Nouveautés et perspectives [En ligne]. 2015. Disponible sur <http://www.ffmps.fr/> (consulté le 15 mars 2016)
- 32- URPS Midi-Pyrenees. Notice à l'attention des porteurs de projets de Maisons de santé pluri professionnels-MSP [En ligne]. Disponible sur <http://www.urps-mp.org/web/index.php/9-a-la-une/42-notice-a-l-attention-des-porteurs-de-projets-de-maison-de-sante-pluri-professionnelles-mps> (consulté le 15 avril 2016)
- 33- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le fonds d'intervention régional [En ligne]. 2015. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/> (consulté le 20 mars 2016)
- 34- ARS Lorraine. Fonds d'Intervention Régional [FIR] en Lorraine [En ligne]. 2014. Disponible sur http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/FIR/orientations_FIR_2014V2.pdf (consulté le 20 mars 2016)
- 35- ARS Lorraine. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : publication d'un cahier des charges régional [En ligne]. Disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluriprofessi.140195.0.html> (consulté le 20 mars 2016)
- 36- Bouchy Olivier. La démographie médicale : Quel constat ? Quelles solutions ? Dépendance, Handicap, Vieillesse, Guide 55, Doc Editions, 2009, p. 74-75
- 37- Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse, Préfecture de la Meuse, réunion du 10 juillet 2006. Consultation sur demande à la Préfecture de la Meuse. Consulté le 17 novembre 2015.
- 38- Vauthier Jean-Charles. L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures :

proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. Thèse méd.
Nancy, 2006

- 39- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse. Perspectives d'installation en Meuse. Avril 2016
- 40- Holué Catherine. Nouveaux modes de rémunération, les expérimentations commencent enfin. Concours médical. Tome 132, N°03, Février 2010, p. 92-93
- 41- URPS Médecins Lorraine. (Expérimentation) Nouveau Mode de Rémunération [En ligne]. Disponible sur <http://www.urpsmedecinslorraine.fr/enmr.html> (consulté le 20 avril 2016)
- 42- FFMPs. Expérience des Nouveaux Modes de Rémunération [En ligne]. Juillet 2013. Disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration> (consulté le 20 avril 2016)
- 43- Denis Sandra. Dossier médical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Thèse méd. Nancy, 2012
- 44- République française. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Journal Officiel de la République Française [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835> (consulté le 20 mars 2016)
- 45- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Instruction DSS/SD1B/CNAMTS/DPROF n° 2015-142 du 24 avril 2015 relative à la mise en œuvre du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2015/6 [En ligne]. 15 juillet 2015. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0057.pdf (consulté le 20 mars 2016)
- 46- DDGOS. Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité [En ligne]. Mars 2015. Disponible sur http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/404_Soins_1er_recours/404_14_Regl_arbitral/RA_Presentation_RA_structures_pluri_prof.pdf (consulté le 05 avril 2016)
- 47- Bouchy Olivier. Un coordonnateur une chance pour les MSP/PSAP. Femalor, février 2016

- 48- Alsène Eric, Pichault François. La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel [En ligne]. Gérer et comprendre, N° 87, 2007, p. 61-81. Disponible sur <http://www.annales.org/gc/2007/gc87-03-07/alsene.pdf> (consulté le 25 avril 2016)
- 49- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM [En ligne]. Mars 2012. Disponible sur www.securite-sociale.fr/Avenir-de-l-maladie-les-options-du-HCAAM (consulté 28 mars 2016)
- 50- Clerc P, Duhot D. Restructuration des soins ambulatoires en France : propositions de gestion des patients hypertendus. Santé publique, volume 27, Janvier-février 2015
- 51- Lemoine Coralie. Evaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de Santé et des Pôles de Santé Pluri professionnels en Lorraine [En ligne]. La FEMALOR, 2013. Disponible sur http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/MSP/Evaluation_MSP_2013.pdf (consulté le 23 avril 2016)
- 52- Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients [En ligne]. Novembre 2012. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf (consulté le 10 mai 2016).
- 53- Conseil national de l'Ordre des médecins. Article 4-Secret professionnel [En ligne]. 2015. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913> (consulté le 10 mai 2016)
- 54- République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96 qui modifie l'art. 1110.4 du Code de la santé publique [en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 15 mai 2016)
- 55- ASIP Santé. Label « E-Santé logiciel maisons et centres de santé » [En ligne]. 2016. Disponible sur <http://esante.gouv.fr/services/labellisation> (consulté le 15 mai 2016)
- 56- Tapp L., Bekkers M-J., Braspenning J., et al. Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organizational assessment tool for primary care [En ligne]. 2009, ISBN: 978-0-9550975-3-9. Disponible sur <http://www.maturitymatrix.co.uk/ifpmm/pdf/1-finalifpmmreport.pdf> (consulté le 10 mai 2016)

- 57- HAS. Guide d'utilisation du référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires [En ligne]. Version mars 2014. Disponible sur http://femasif.fr/wp-content/uploads/2014/09/Guide_utilisation_matrice_22042014.pdf (consulté le 10 mai 2016)
- 58- FACILIMED. Fiche de poste pour la coordination en MSP [En ligne]. Solutions médicales, 2015. Disponible sur <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/la-coordination-en-maison-de-sante> (consulté le 20 mai 2016)
- 59- FFMPS. Poste de coordinateur d'équipe [En ligne]. Décembre 2015. Disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/poste-de-coordination-d-equipe> (consulté le 20 mai 2016)
- 60- Bras Pierre-Louis. Réorganiser les soins de premiers recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis. Pratique et Organisation des soins, Vol. 42 n° 1, 2011, p. 27-34
- 61- Meyers D., Peikes D., Genevro J., et al. The roles of Patient-Centered Medical Homes and Accountable care Organizations in Coordinating Patient Care [En ligne]. AHRQ Publication No. 11-M005-EF, 2010. Disponible sur <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/> (consulté le 10 avril 2016)
- 62- Elysée Somasse E., Degeest I., De Munck P, et al. Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins [En ligne]. Janvier 2012. Disponible sur [file:///C:/Users/ounissa/Downloads/rapportid%20definitif%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ounissa/Downloads/rapportid%20definitif%20(1).pdf) (consulté le 25 mai 2016)
- 63- Taylor E, Matcha R, Meyers D, et al. Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Annals Family. Med* 2013;11:80-3.
- 64- Amalberti R. Soins primaires : et si on travaillait en équipe ? Le concours médical, Tome 136, N° 5, mai 2014, p. 401-403
- 65- Louyot Thomas. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? Thèse méd. Nancy, 2016.
- 66- Chabot Jean-Michel. Expériences étrangères, une initiative californienne. Le concours médical, tome 137, n°8. Octobre 2015. ISSN: 0010-5309

- 67- Billet Arnaud. Comment formaliser une coordination en maison de santé pluriprofessionnelle ? Quel serait le profil de poste du coordinateur administratif ? A partir d'une étude en Bourgogne. Thèse méd. Dijon, 2013.
- 68- Benoit Christine. Manager un établissement de santé. 2° Ed. Le Mans : Gereso Edition, 2015, 189 p.
- 69- Duchamp David, Sybil Persson. Vers des Médecins-Managers-Mentors ? premiers résultats d'un accompagnement concerté dans un CHU. Management et Avenir, 2012/3 n° 53, p. 142-161 [En ligne]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2012-3-page-142.htm> (consulté le 1 juin 2016)
- 70- ICN Business School. Proposition Femalor "Formation MSP"[En ligne]. Disponible sur <http://www.femasac.fr/images/FeMaSaC/2016/FEMALOR/Formation%20ICN%20management%20et%20gestion%20MSP.pdf>. Consulté le 11 juin 2016.
- 71- Aissou M, Danos JP, Jolivet A. Structurer les parcours de soins et de santé. Bordeaux : Leh Edition, 2016, 240 p.
- 72- Abudi Gina. The five stages of team development and the role of project manager [En ligne]. Mars 2014. Disponible sur <http://www.ginaabudi.com/five-stages-team-development-role-project-manager> (Consulté le 11 juin 2016)
- 73- République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 65 [en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 74- Bernard Carole. Analyse des projets de santé des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels lorrains et leur mise en œuvre. Thèse méd. Nancy, 2016.
- 75- ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [En ligne]. Avril 2011. Disponible sur http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf (consulté le 7 juin 2016)
- 76- Les Comptes de la Sécurité Sociale. Rapport de juin 2015 [En ligne]. Disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-20160120-114010-207-54.pdf> (consulté le 02 juin 2016)
- 77- Les Comptes de la Sécurité Sociale. Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins [En ligne]. Juin 2015. Disponible sur http://www.securite.sociale.fr/IMG/pdf/6_une_comparaison_internationale_des_paiements_a_la_performance_des_medecins.pdf. Consulté le 02 juin 2016 (consulté le 02 juin 2016)

ANNEXE 2

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

RÉMUNÉRATION/ axe	RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4000 patients	TOTAL nombre de points pour 4 000 patients
Rémunération SOCLE critères prérequis pour déclencher la rémunération (1)	2 550		2 500 5 050
1. Accès aux soins	3 Critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (2) et pendant les congés scolaires ; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.	1 200	1 200
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.	500 1 critère : Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri-professionnelles portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. Compte rendu intégré dans dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie. Objectif : 1 réunion/ mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif.	1 000 1 500
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.		
	Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 1 500	2 350
Rémunération OPTIONNELLE	1 450		900 2 350
1. Accès aux soins	4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/ semaine	250	700 1 600
	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires)	200	

	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes)	225			
	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)	225			
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 Critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/ an)	450	1 Critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.	200	650
3. Système d'information	1 Critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2	100			100
Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis		4 000		3 400	7 400
<p>(1) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information).</p> <p>(2) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat</p>					

ANNEXE 3

Enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et les pôles de santé pluri professionnels en Meuse

Je réalise un travail de thèse sur l'intérêt d'un coordinateur au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé (MSP) en Meuse ; basé sur la fiche de poste produite par FACILIMED (coopérative dédiée aux équipes pluriprofessionnelles de soins primaires). Pour ce faire, je vous prie de bien vouloir m'accorder quelques minutes de votre temps, afin de répondre à ce questionnaire. En vous remerciant d'avance.

- Pour le questionnaire suivant, représentant la liste des fonctions / tâches à envisager par le coordinateur, les items en gras seront évalués selon une échelle de LIKERT de 1 à 5 :

1. Pas essentiel. 2. Peu essentiel. 3. Moyennement essentiel.

4. Essentiel. 5. Très essentiel.

- Pour les sous-items, veuillez préciser votre positionnement par rapport aux tâches qui pourraient être attribuées au coordinateur de la MSP ou à d'autres acteurs, sur une échelle de **a** à **d** :

a. Il assume cette fonction / tâche ;

b. Il aide les professionnels de la structure à assumer cette fonction / tâche ;

c. C'est un professionnel de la structure qui assume cette fonction / tâche ;

d. C'est le réseau ADOR ou SUD MEUSIEN, qui aide les professionnels de la structure à assumer cette fonction / tâche.

QUESTIONNAIRE

Nom de la structure :

Age :

Sexe :

Profession :

Nombre d'années d'installation :

• L'implication des patients:

Fonctions / Tâches	Positionnement				
Organiser la délivrance aux patients d'une information harmonisée.	1	2	3	4	5
- identification / élaboration de supports d'information,	a	b	c	d	
- mise à disposition auprès des patients,	a	b	c	d	
- évaluation de la pertinence / compréhension de ses supports.	a	b	c	d	
Apporter une aide à la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique:	1	2	3	4	5
- élaboration du plan de développement de l'éducation thérapeutique (ETP),	a	b	c	a	
- conception des démarches d'ETP,	a	b	c	d	
- formations des professionnels,	a	b	c	d	
- identification / élaboration de supports,	a	b	c	d	
- organisation des démarches d'ETP,	a	b	c	d	
- évaluation des démarches d'ETP.	a	b	c	d	
Organiser les relations avec les autres acteurs sur le territoire (association patients, clubs de sports, consultation anti-tabac, aide aux aidants...)	1	2	3	4	5
- partenariat avec les acteurs de la vie sociale du territoire,	a	b	c	d	
- aide les associations de patients à se restructurer,	a	b	c	d	
- mise en place de groupes de parole (aide aux aidants)	a	b	c	d	
Organiser les relations avec les usagers:	1	2	3	4	5
- recueil de l'avis des patients (enquête de satisfaction...),	a	b	c	d	
- organisation de leur analyse,	a	b	c	d	
- mise en œuvre et suivi / évaluation des actions d'amélioration identifiées.	a	b	c	d	

• Le Système d'Information

Fonctions / Tâches	Positionnement				
Mettre en place un système d'information partagé:	1	2	3	4	5
- rédaction de cahiers des charges,	a	b	c	d	
- gestion d'appels d'offre,	a	b	c	d	
- gestion du respect des exigences réglementaires,	a	b	c	d	
- organisation des relations avec les prestataires informatiques.	a	b	c	d	
Structurer les logiciels métier afin d'exploiter leurs fonctionnalités:	1	2	3	4	5
- formation des professionnels,	a	b	c	d	
- recueil de données structurées (définition des procédures / mise en œuvre / suivi)	a	b	c	d	
- analyse de ses données (qualité des bases constituées),	a	b	c	d	
- gestion du respect des exigences réglementaires,	a	b	c	d	
Exploiter les données recueillies dans les logiciels métiers:	1	2	3	4	5
- calcul d'indicateurs et organisation de retours d'information aux professionnels,	a	b	c	d	
- édition de listes de patients et gestion proactive de sous-populations de patients.	a	b	c	d	
Apporter une aide au partage de données:	1	2	3	4	5
- organisation de l'échange et du partage d'informations,,	a	b	c	d	
- gestion de la messagerie sécurisée,	a	b	c	d	
- aide à l'utilisation de documents partagés (Documents des réunions de concertation professionnelles ...),	a	b	c	d	
- gestion des droits d'accès aux logiciels (procédures / mise en œuvre / suivi),	a	b	c	d	

• Le Projet de Santé

Fonctions / Tâches	Positionnement				
Organiser le projet de santé:	1	2	3	4	5
- analyse des besoins de la population desservie,	a	b	c	d	
- aide à la rédaction et au suivi du projet de santé,	a	b	c	d	
- animation du projet (mise en œuvre / suivi / évaluation),	a	b	c	d	
- communication vis-à-vis des professionnels, des patients, de la population, ARS...	a	b	c	d	
Animer la politique de partenariat avec la CPAM et l'ARS:	1	2	3	4	5
- organisation des procédures / protocoles partagés (élaboration / mise en œuvre)	a	b	c	d	
- gestion du règlement arbitral.	a	b	c	d	
Organiser la politique de continuité des soins:	1	2	3	4	5
- organisation des demandes de consultations (élaboration / mise en œuvre / évaluation),	a	b	c	d	
- gestion des plannings des professionnels,	a	b	c	d	
- organisation de la réponse en dehors des heures d'ouverture (information / planning).	a	b	c	d	
Organiser la politique d'accès aux soins:	1	2	3	4	5
- gestion du respect des obligations réglementaires,	a	b	c	d	
- orientation des patients et gestion des informations,	a	b	c	d	
- mise à disposition d'information et de supports,	a	b	c	d	
Apporter une aide à la gestion des cas complexes:	1	2	3	4	5
- organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles au sein des PMS,	a	b	c	d	
- Organisation des procédures pour le repérage, l'évaluation pluriprofessionnelle et la planification des soins (PPS) aux personnes à risque de dépendance.	a	b	c	d	
- organisation des relations entre professionnels	a	b	c	d	

• Le travail en équipe

Fonctions / Tâches	Positionnement				
Soutenir les démarches qualité:	1	2	3	4	5
- identification de supports / outils / référentiels,	a	b	c	d	
- analyse des processus de soins,	a	b	c	d	
- organisation des réunions de travail, notamment les réunions de concertation pluriprofessionnelles (préparation / animation / CR / suivi / décision).	a	b	c	d	
Elaborer des protocoles pluriprofessionnels:	1	2	3	4	5
- recherche de données probantes de la littérature,	a	b	c	d	
- organisation des réunions de travail (préparation / animation),	a	b	c	d	
- organisation des protocoles pluriprofessionnels (élaboration / mise en œuvre / évaluation).	a	b	c	d	
Organisation de la vie de l'équipe :	1	2	3	4	5
- accueil des étudiants,	a	b	c	d	
- accueil des nouveaux professionnels,	a	b	c	d	
- organisation des formations,	a	b	c	d	

• **Fonctions liées à la gestion de la structure**

Objectifs	Positionnement				
	1	2	3	4	5
Apporter une aide à la gestion financière :					
- établissement et suivi du budget,	a	b	c	d	
- tenue des comptes,	a	b	c	d	
- organisation des relations avec l'expert-comptable, la banque...,	a	b	c	d	
- organisation des relations avec les financeurs et suivi des conventions de financement,	a	b	c	d	
- préparation de la présentation des comptes et rédaction des rapports d'activités.	a	b	c	d	
Apporter une aide à la gestion du personnel :					
- organisation des recrutements,	a	b	c	d	
- suivi des contrats de travail,	a	b	c	d	
- gestion des feuilles de paie,	a	b	c	d	
- gestion des plannings,	a	b	c	d	
- recueil des besoins des professionnels,	a	b	c	d	
- organisation des formations.	a	b	c	d	
Gérer les stocks entre plusieurs MPS:					
- inventaire des stocks,	a	b	c	d	
- commande de matériels,	a	b	c	d	
- relations avec les fournisseurs.	a	b	c	d	
Organiser la politique « sécurité et hygiène » :					
- gestion des déchets,	a	b	c	d	
- organisation des procédures de nettoyage / stérilisation (élaboration /suivi),	a	b	c	d	
- gestion des obligations réglementaires,	a	b	c	d	
- organisation de la stérilisation,	a	b	c	d	
- maintenance du matériel incendie.	a	b	c	d	

• **Veillez classer les qualités recherchées chez le coordinateur citées ci-dessous, par ordre d'importance de 1 à 6 :**

Capacité d'écoute et de synthèse orale et écrite,	
Capacité d'exécutant et de mise en œuvre des actions	
Capacité de fédérer et d'animer les équipes,	
Capacité d'adaptation aux horaires et aux équipes,	
Capacité de représenter l'équipe à l'extérieur,	
Capacité d'innover et de proposer des idées.	

• **Temps de présence du coordinateur qui vous paraît nécessaire:**

1 jour/ semaine 1 jour/ 15 jours 1 jour/ mois

• **Rémunération : A combien estimez vous la journée d'un coordinateur ?**

250 € 350 € 450 € Autre:

ANNEXE 4

l'implication des patients.

Missions et tâches	a	b	C	d	NR
Organiser la délivrance aux patients d'une information harmonisée.					
- identification / élaboration de supports d'information,	11	12	13	1	1
- mise à disposition auprès des patients,	9	9	18	0	2
- évaluation de leurs pertinence / compréhension,	10	12	15	0	1
Apporter une aide à la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique:					
- élaboration du plan de développement de l'éducation thérapeutique,	8	12	16	2	0
- conception des démarches d'ETP,	7	13	15	3	0
- formations des professionnels,	7	7	11	12	1
- identification / élaboration de supports,	6	14	12	6	0
- organisation des démarches d'ETP,	11	13	12	2	0
- évaluation des démarches d'ETP.	12	10	12	4	0
Organiser les relations avec les autres acteurs sur le territoire (association patients, clubs de sports, consultation anti-tabac, aide aux aidants...)					
- partenariat avec les acteurs de la vie sociale du territoire	16	12	5	3	2
- aide les associations de patients à se restructurer,	19	9	5	3	2
- mise en place de groupes de parole (aide aux aidants)	12	12	7	5	2
Organiser les relations avec les usagers:					
- recueil de l'avis des patients (enquête de satisfaction...),	16	10	10	1	1
- organisation de leurs analyses,	19	10	7	1	1
- mise en œuvre et suivi / évaluation des actions d'amélioration identifiées.	12	17	7	1	1
TOTAL	175	172	165	44	14
TOTAL (%)	31,47%	30,94%	29,68%	7,91%	
PRESENCE D'UN COORDINATEUR (%)	Pour (a + b)		Contre (c + d)		
	62,41 %		37,59 %		

Nombre de réponses par tâches attribuables au coordinateur concernant le thème

« Implication des patients ».

ANNEXE 5

Nombre de réponses par tâches attribuables au coordinateur concernant le thème

Système d'information.

Missions/tâches	a	b	C	d	NR
Mettre en place un système d'information partagé:					
- rédaction de cahiers des charges,	14	14	8	0	2
- gestion d'appels d'offre,	22	4	10	0	2
- gestion du respect des exigences réglementaires,	18	10	8	0	2
- organisation des relations avec les prestataires informatiques.	18	8	10	0	2
Structurer les logiciels métier afin d'exploiter leurs fonctionnalités:					
- formation des professionnels,	15	11	10	0	2
- recueil de données structurées (définition des procédures / mise en œuvre / suivi)	12	13	10	1	2
- analyse de ces données (qualité des bases constituées),	17	11	7	0	3
- gestion du respect des exigences réglementaires,	19	8	9	0	2
Exploiter les données recueillies dans les logiciels métiers:					
- calcul d'indicateurs et organisation de retours d'information aux professionnels,	14	13	8	0	3
- édition de listes de patients et gestion proactive de sous-populations de patients.	13	13	10	0	2
Apporter une aide au partage de données:					
- organisation de l'échange et du partage d'informations,,	11	14	12	0	1
- gestion de la messagerie sécurisée,	9	13	15	0	1
- aide à l'utilisation de documents partagés (document de sortie, VMS...),	12	16	9	0	1
- gestion des droits d'accès aux SI (définition des procédures / mise en œuvre / suivi),	17	10	10	0	1
TOTAL	211	158	136	1	26
TOTAL (%)	41,70%	31,22%	26,88%	0,20%	
PRESENCE D'UN COORDINATEUR (%)	Pour (a + b)		Contre (c + d)		
	72,92 %		27,08 %		

ANNEXE 6

Projet de santé

Missions/tâches	a	b	C	d	NR
Organiser le projet de santé:					
- analyse des besoins de la population desservie,	16	12	9	0	1
- aide à la rédaction et au suivi du projet de santé,	9	20	7	1	1
- animation du projet (mise en œuvre / suivi /évaluation),	12	15	10	0	1
- communication vis-à-vis des professionnels, des patients, de la population, ARS...	15	12	9	1	1
Animer la politique de partenariat avec la CPAM et l'ARS:					
- organisation des procédures / protocoles partagés (élaboration / mise en œuvre, évaluation),	13	17	8	0	0
- gestion du règlement arbitral.	19	11	8	0	0
Organiser la politique de continuité des soins:					
- organisation des demandes de consultations (élaboration / mise en œuvre / évaluation),	3	10	24	1	0
- gestion des planning des professionnels,	1	6	31	0	0
- organisation de la réponse en dehors des heures d'ouverture (information / planning).	4	7	27	0	0
Organiser la politique d'accès aux soins:					
- gestion du respect des obligations réglementaires,	12	12	14	0	0
- orientation des patients et gestion des informations,	5	11	20	0	2
- mise à disposition d'information et de supports,	11	12	14	0	1
Apporter une aide à la gestion des cas complexes:					
- organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles au sein des PMS,	10	10	17	0	1
- Organisation des procédures pour le repérage, l'évaluation pluriprofessionnelle et la planification des soins (PPS) aux personnes à risque de dépendance (élaboration / mise en œuvre / évaluation / reporting),	5	19	13	0	1
- organisation des relations entre professionnels	10	14	13	0	1
TOTAL	145	188	224	3	10
TOTAL (%)	25,89%	33,57%	40%	0,53%	
PRESENCE D'UN COORDINATEUR (%)	Pour (a + b)		Contre (c + d)		
	59,46 %		40,54 %		

ANNEXE 7

Travail en équipe

Missions/tâches	a	b	c	d	NR
Soutenir les démarches qualité:					
- identification de supports / outils / référentiels,	11	17	9	0	1
- analyse des processus de soins,	11	16	9	0	2
- organisation des réunions de travail, notamment les réunions de concertation pluriprofessionnelles (préparation, animation, CR, suivi, décision).	9	17	11	0	1
Elaborer des protocoles pluriprofessionnels:					
- recherche de données probantes de la littérature,	15	10	12	0	1
- organisation des réunions de travail (préparation / animation),	10	14	12	1	1
- organisation des protocoles pluriprofessionnels (élaboration / mise en œuvre / évaluation).	7	16	13	1	1
Organisation de la vie de l'équipe :					
- accueil des étudiants,	1	14	23	0	0
- accueil des nouveaux professionnels,	3	15	20	0	0
- organisation des formations,	5	16	16	1	0
TOTAL	72	135	125	3	7
TOTAL (%)	21,49%	40,30%	37,31%	0,90%	
PRESENCE D'UN COORDINATEUR (%)	Pour (a + b)		Contre (c + d)		
	61,79 %		38,21 %		

ANNEXE 8

Gestion de la structure

Missions/tâches	a	b	c	d	NR
Apporter une aide à la gestion financière :					
- établissement et suivi du budget,	16	10	12	0	0
- tenue des comptes,	15	10	13	0	0
- organisation des relations avec l'expert-comptable, banque...	12	10	15	0	1
- organisation des relations avec les financeurs et suivi des conventions de financement,	18	8	11	0	1
- préparation de la présentation des comptes et rédaction des rapports d'activités.	15	11	11	0	1
Apporter une aide à la gestion du personnel :					
- organisation des recrutements,	7	11	18	0	2
- suivi des contrats de travail,	14	5	17	0	2
- gestion des feuilles de paie,	13	4	19	0	2
- gestion des plannings,	11	7	18	0	2
- recueil des besoins des professionnels,	9	14	13	0	2
- organisation des formations.	9	15	12	0	2
Gérer les stocks entre plusieurs MPS:					
- inventaire des stocks,	13	5	18	0	2
- commande de matériels,	12	6	18	0	2
- relations avec les fournisseurs.	16	3	17	0	2
Organiser la politique « sécurité et hygiène » :					
- gestion des déchets,	10	8	20	0	0
- organisation des procédures de nettoyage / stérilisation (élaboration /suivi),	11	11	16	0	0
- gestion des obligations réglementaires,	16	11	11	0	0
- organisation de la stérilisation,	12	9	16	0	1
- maintenance du matériel incendie.	16	6	15	0	1
TOTAL	245	164	290	0	23
TOTAL (%)	35,05%	23,46%	41,49%	0	
PRESENCE D'UN COORDINATEUR (%)	Pour (a + b)		Contre (c + d)		
	58,51 %		41,49 %		

ANNEXE 9 : Cartographie de l'offre régionale des maisons de santé pluriprofessionnelles.

(<http://www.lorraine.paps.sante.fr/Cartographie-de-l-offre-regionale.31902.0.html>)



RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les MSP offrent un exercice coordonné qui répond aux démarches de restructuration de l'offre de soins primaires en cours. Ce travail de coordination nécessite la mise en place de coordinateur de maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP/PSAP) pour aider les professionnels de santé dans les tâches liées notamment à la gestion administrative de la structure.

Une étude transversale descriptive a été réalisée auprès des professionnels de santé des MSP / PSAP du département de la Meuse pour évaluer l'intérêt de la présence d'un coordinateur dans leurs structures et secondairement établir le profil du coordinateur des MSP/PSAP et son rôle dans la restructuration des soins primaires dans le département de la Meuse

Les résultats montrent que les professionnels de santé sont largement favorables à la présence d'un coordinateur au sein de leurs structures, essentiellement pour les tâches liées à la gestion du règlement arbitral et en lien avec les partenaires locaux (78,95%), la mise en place du système d'information partagé (77,80%), la rédaction et le suivi du projet de santé (78,38%), ou les démarches qualité (75,67%). Néanmoins, les professionnels de santé se retrouvent heurter au problème de financement de ce poste de coordination.

Le coordinateur de MSP est indispensable pour la pérennisation de cette nouvelle forme d'organisation. C'est un élément important pour la réussite du virage ambulatoire. Les pouvoirs publics devront soutenir la mise en place des coordinateurs de MSP et trouver une solution au financement de ces nouveaux postes de coordination.

THE INTEREST OF MANAGER IN THE PLURI-PROFESSIONAL MEDICAL HOMES IN THE DEPARTMENT OF LA MEUSE :

A SURVEY FROM HEALTH CARE PROFESSIONALS OF THE PLURI-PROFESSIONAL MEDICAL HOMES IN THE DEPARTMENT OF LA MEUSE

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : Soins primaires, projet de santé, maison de santé pluriprofessionnelle, coordinateur-manager

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
