

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1044

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue

par

Mathieu BOULANGER

Le 09 Juin 2020

Facteurs pronostiques de réussite des
Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
en Occitanie - Une étude quantitative

Directeur de thèse : Dr Claude CORBAZ

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

Monsieur le Docteur Claude CORBAZ

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis
 Professeur ARBUS Louis
 Professeur ARLET Philippe
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
 Professeur BOCCALON Henri
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur BONEU Bernard
 Professeur CARATERO Claude
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTÉ Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
 Professeur JOFFRE Francis
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LARENG Louis
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MANELFE Claude
 Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur MURAT
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
 Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

[illegible]

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

- M. BRILLAC Thierry
- Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

- Mme FREYENS Anne
- M. CHICOULAA Bruno
- Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

- M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

- M. BIREBENT Jordan
- Mme BOURGEOIS Odile
- Mme BOUSSIER Nathalie
- Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AU JURY

Je tiens à exprimer mes remerciements aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail en acceptant de l'évaluer.

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Professeur des Universités,

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne

Médecin généraliste,

Coordonnateur du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse,

Vous me faites l'honneur de juger et de présider cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect. Ce travail reflétera, je l'espère, la hauteur de vos exigences. Je vous remercie pour la formation que vous m'avez apportée au travers du DUMG de l'Université Paul Sabatier de Toulouse et pour le dynamisme que vous mettez en œuvre à enseigner votre spécialité aux futurs médecins sur notre territoire.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Professeur des universités,

Médecin généraliste,

Je vous adresse mes remerciements les plus respectueux et je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance.

Madame le Docteur Marielle PUECH,

Médecin généraliste,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre disponibilité. Je vous donne ici toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Claude CORBAZ,

Médecin généraliste,

Maître de Stage Universitaire

Merci de m'avoir aidée dans ce projet et d'avoir accepté de le diriger avec tant d'enthousiasme. Merci pour votre patience, votre disponibilité, votre bienveillance tout au long de la réalisation de ce travail. J'espère que vous aurez su lire dans les lignes de ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mon épouse et mes enfants, Madame Emilie LEFEBVRE, Messieurs Jules et Marius BOULANGER

Vous m'avez accompagné, pour le pire et le meilleur, à travers une décennie d'études intenses. Il vous a fallu tant d'abnégation pour l'une, et tant de patience pour tous. Me voici aux portes d'une nouvelle carrière vers laquelle vous m'avez, tous et chacun, porté. Je vous en suis redevable.

A mes parents, Monsieur le Docteur Philippe BOULANGER, Madame Michelle DELSERT, A mon frère, Monsieur le Docteur Nicolas BOULANGER, A mes Nièces, Mesdames Mariane et Diane BOULANGER, à ma belle-sœur, Madame le Docteur Laetitia DUNOGEANT

A l'aube de ma reconversion, vous étiez plein d'espoirs et d'inquiétudes. Vous m'avez chacun soutenu par tous les moyens possibles afin de rendre possible ce jour. Il n'y a pas de mot assez fort pour vous exprimer ma gratitude.

A ma grand-mère, Madame Evelyne BOULANGER

Qui serais-je sans toi ? Toi qui m'as accompagné depuis ma plus petite enfance. Toi qui m'as ouvert des horizons nouveaux. Toi qui m'as montré qu'on peut rester résilient malgré tant d'épreuves. Une partie de toi vit en moi.

A mon défunt grand-père, Claude BOULANGER

Nos destins se sont frôlés de quelques mois mais ton héritage familial est bien vivant en nous.

A ma grand-mère Huguette DELSERT, A mon défunt grand-père Noël DELSERT

Vous avez connu les défis du travail de la terre, de la patience face aux caprices de la Nature et la reconstruction dans les ruines de la guerre. Par ce travail, j'espère pouvoir récompenser modestement une partie de votre courage et votre témérité.

A mes beaux-Parents, Madame Danielle LEGENTIL, Monsieur le Docteur Serge MARQUIS, Madame Fanny PREAULT, Monsieur Gaétan LEFEBVRE

Vous m'avez confié mon épouse, celle-là même sans qui ce jour ne serait jamais venu. Vous m'avez encouragé dans cette voie sans même hésiter une seconde. Vous m'avez supporté pendant tant d'années. Je vous en suis éternellement reconnaissant.

A mon arrière grand-père, Monsieur Louis BOULANGER

Nous n'avons pas eu la chance de nous rencontrer mais ton influence positive perdure. Ta résilience dans l'adversité la plus terrible du XXe siècle nous donne le courage d'affronter à notre tour les épreuves de la vie.

A Monsieur Clément VERFAILLIE, Chevalier de la légion d'honneur

Si tu as pu nourrir une tristesse infinie de n'avoir pas pu ramener Louis avec toi de l'enfer sur Terre, tu as toutefois sauvé ma famille de l'inconnu. Ces quelques mois en sa présence ont soudé nos deux familles dans un lien que je souhaite inoxydable.

A mes amis lointains ou très proches

La vie est faite d'une multitude de rencontres, certaines plus fortes que d'autres. Chacun d'entre vous m'a permis de devenir l'homme que je suis devenu, un homme dont l'évolution constante a été modelé par vos soins, tel un galet modelé par les rivières. Merci.

A tous mes professeurs de médecine de la faculté de médecine de Rangueil, de HEC Montréal, et de tout mon cursus antérieur,

Mon profil a parfois nourri vos interrogations. « Que fait-il là ? » Mais vous m'avez enseigné des connaissances qui font de moi un citoyen et un médecin d'autant plus averti qu'il a porté différentes toges à travers sa vie. Je vous en suis reconnaissant et je ne vous oublie pas.

A tous ceux sans qui la Médecine ne serait pas ce qu'elle est :

A HEROPHILE et ERASISTRATE qui lancèrent l'exploration du corps humain, à William HARVEY qui découvrit la circulation du sang, à René-Théophile-Hyacinthe LAENNEC qui inventa le stéthoscope, à Ignaz SEMMELWEIS qui a imposé le lavage des mains, à Frederick BANTING et John James Rickard MACLEOD qui découvrirent l'insuline, à Joseph DUCUING, pionnier toulousain de la lutte contre le cancer et de la médecine sociale, A Louis LARENG qui a amené la médecine d'urgence au pied de l'arbre, et à tous les autres d'hier et d'aujourd'hui, ils sont nombreux, qui perpétuent le progrès médical dans toutes ses dimensions, techniques, sociales et humanistes. J'espère pouvoir inscrire modestement mes pas dans les vôtres.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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.

*Exercer en maison de santé,
c'est vivre un choc culturel lié
à plusieurs déplacements
dans sa pratique
professionnelle.*

*Cécile FOURNIER, médecin de santé
publique et sociologue.*

Table des matières

REMERCIEMENTS AU JURY

REMERCIEMENTS

SERMENT D'HIPPOCRATE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES.....	3
TABLE DES TABLEAUX	3
LISTE DES ACRONYMES	3
I. PREAMBULE	4
II. INTRODUCTION	5
III. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE.....	6
A. Un mouvement mondial vers la pluriprofessionnalité	6
B. Les défis des soins primaires	7
a. Démographie médicale.....	7
i. Baisse des effectifs.....	7
ii. Féminisation du personnel de santé.....	7
iii. Perspectives démographiques.....	8
b. Besoins de santé des populations	8
C. De nouvelles perspectives encourageantes	9
a. La recherche en médecine générale.....	9
b. Les nouvelles technologies	9
c. Les nouvelles pratiques	9
D. Les MSP, l'arbre qui cache la forêt	10
a. La loi.....	10
b. L'inspiration des MSP : Chronic Care Model.....	11
c. Nombre et catégories de Professionnels de Santé en MSP	11
d. Le « Fonds d'Intervention Régional » (FIR) et les « Accords Conventionnels Interprofessionnels » (ACI)	12
IV. MATERIEL ET MÉTHODE.....	15
A. Recherche Bibliographique.....	15
B. Type d'étude.....	15
C. Population d'étude	15
D. Recueil des données	15

E.	Diffusion du questionnaire	16
F.	Analyse des résultats	16
V.	RESULTATS	16
A.	Étude de la population	16
a.	Année d'ouverture des MSP	17
b.	Répartition géographique.....	17
c.	Services de proximité autour des MSP	18
d.	Structures sanitaires autour des MSP.....	18
e.	Lanceurs de projet	19
f.	Maison unique ou multi-site.....	19
g.	Missions d'enseignement	19
h.	Composition des équipes de MSP en ETP.....	19
i.	Management des MSP.....	22
j.	Innovation et recherche	23
k.	Autres caractéristiques.....	24
B.	Facteurs pronostiques de réussite.....	24
a.	Score ACI et variation du nombre de MG.....	24
VI.	DISCUSSION.....	25
A.	Forces et limites de l'étude	25
a.	Limites de l'étude	25
b.	Forces de l'étude	25
B.	Discussion des principaux résultats	26
C.	Perspectives de recherche.....	27
VII.	CONCLUSION	28
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	29
IX.	ANNEXES	31
	Annexe 1. Les initiatives pluriprofessionnelles à travers le monde	31
	Annexe 2. Les variations démographiques régionales	32
	Annexe 3. Les médecins d'aujourd'hui	33
	a. Projet personnel et projet professionnel.....	33
	b. Renouvellement des valeurs des médecins généralistes	33
	c. En quête d'une reconnaissance professionnelle	34
	d. En quête de simplification et de sécurité professionnelle et physique	34
	e. Un besoin de diversification professionnelle.....	35
	Annexe 4. Questionnaire utilisé.....	35
	a. Carte grise de votre MSP	36
	b. Projets de santé et professionnel	37
	c. Composition de l'équipe	37
	d. Management de la structure	38
	e. Ambition de recherche et d'innovation en médecine générale	39
	f. Espace libre.....	39
	Annexe 5. Les résultats statistiques de Biostatgv :	39

Table des Figures

Figure 1 : Diagramme de flux d'inclusion	16
Figure 2 : Nombre de MSP incluses dans l'étude selon leur année d'ouverture.....	17
Figure 3 : Nombre de MSP participantes (bleu foncé) par département en regard du nombre total de MSP par département (bleu clair) selon l'ARS.....	17
Figure 4 : Typologie des territoires des MSP incluses dans l'étude	18
Figure 5 Structures sanitaires à proximité des MSP incluses dans l'étude	18
Figure 6 : Missions d'enseignements des MSP incluses dans l'étude.....	19
Figure 7 : Nombre de professionnels de santé en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude	20
Figure 8 : Nombre de médecin généraliste en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude	20
Figure 9 : Nombre d'infirmier en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude	21
Figure 10 : Typologie des autres professionnels de santé présents dans les MSP incluses dans l'étude	22
Figure 11 : Qualité des relations interprofessionnelles estimée par les répondants dans les MSP incluses dans l'étude	23

Table des Tableaux

Tableau 1 : Critères de calculs des ACI	14
Tableau 2 : Evolution des démographies médicale et populationnelle en Occitanie par département entre 2010 et 2018 selon le CNOM et l'INSEE.....	32

Liste des acronymes

ACI : Accords Conventionnels Interprofessionnels
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ETP : Équivalent Temps Plein
FIR : Fonds d'Intervention Régional
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
MG : Médecin Généraliste
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PCMH : Patient-Centered Medical Home (voir MSP)
PS : Professionnel de Santé

I. PREAMBULE

A l'aube d'une carrière médicale que j'espère longue, je suis traversé par de nombreux questionnements. Si les connaissances médicales sont en perpétuel renouvellement, qu'en est-il de l'organisation du système de soins ? Que restera-t-il demain de la pratique médicale isolée telle qu'on la connaît encore aujourd'hui ? Le paiement à l'acte seul est-il encore adapté à la complexité de la prise en charge des patients d'aujourd'hui ? La médecine dite « libérale » centrée sur la figure du Médecin est-elle compatible avec l'ère nouvelle du travail collaboratif interprofessionnel ? Quel sera l'impact du Covid-19 sur l'organisation du Système de Soins ?

Ce travail n'envisage pas de proposer des réponses définitives à toutes ces questions. Il propose plutôt de défricher dans quelles circonstances les pionniers d'hier et d'aujourd'hui du travail « décloisonné » ou « pluriprofessionnel », ont pu rencontrer le succès et se préparer au mieux aux enjeux de demain. C'est aussi une tentative de réponse au mal-être de plus en plus évoqué ouvertement par les médecins libéraux, alors que d'après F.-X. Schweyer (1) **10 % des médecins généralistes arrêtent leur carrière avant huit ans d'activité et 20 % avant dix-huit ans**, pour des motifs, hélas, trop bien connus par les autorités et depuis trop longtemps selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2) :

- le décalage progressif entre la vision du métier et les **conditions réelles d'exercice**
- **l'attirance vers une seconde carrière** plus en accord avec les aspirations professionnelles et personnelles
- le **rééquilibrage entre la vie professionnelle et la vie personnelle** en faveur de cette dernière, souvent suite à des événements personnels ou à la pression des proches et enfin
- le **rapport dégradé à l'environnement institutionnel**
- **l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social.**

J'ai ainsi choisi de me concentrer sur l'aspect du recrutement de médecins dans les MSP puisqu'il est, à mon sens, celui dont la résolution permettra aux médecins généralistes de perdurer, libres et indépendants, en dehors de réseaux commerciaux ou bien de l'ubérisation.

II. INTRODUCTION

Par un retournement de situation inédit, la « Médecine Générale », ni spécialisée ni hospitalière, qui s'était constituée « par défaut » au cours de la seconde moitié du xx^e siècle en conservant ce que les spécialités médicales laissaient de côté est vue depuis une quinzaine d'années comme « **un levier possible du changement dans le système de santé** » (Fournier (3)). Cela lui a permis d'officialiser son approche « globale » au moment où le poids des pluripathologies s'accroît et où la maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire. Au niveau législatif, ce retournement s'est matérialisé par la multiplication de grandes réformes, à commencer par la loi *Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)* promulguée en 2009. L'État s'est alors organisé, notamment, afin de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale, avant de renforcer les prérogatives de la médecine générale. Cette ambition a été réaffirmée en 2016 par le *Plan d'accès aux soins* et en 2018 par le *Plan Ma Santé 2022*. L'accent a alors été mis sur le développement du travail en équipe des professionnels libéraux par le développement d'aides à la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et dernièrement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Cette priorité répond à quatre objectifs principaux : **enrayer la désertification médicale, rompre l'isolement des médecins, améliorer la prise en charge des patients et désengorger les hôpitaux**. C'est ainsi que ce mode d'exercice a vu un essor encore inédit en France (174 MSP en 2012 contre 910 en 2018 selon les chiffres clés de la Direction Générale de l'Offre de Soins - DGOS(4)). Cependant, les MSP présentent des caractéristiques très variées et toutes ne permettent pas de répondre à l'enjeu démographique posé (personnel médical insuffisant, absence de coordination ou de système d'information partagé, etc.). Dans ce travail, j'ai souhaité établir les facteurs pronostiques de réussite des MSP leur permettant d'assurer le développement en nombre de leurs équipes médicales.

III. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE

A. Un mouvement mondial vers la pluriprofessionnalité

La France s'inscrit dans un mouvement mondial de réorganisation des soins primaires. Aux États-Unis d'Amérique, la réforme de la santé menée par Barack Obama incluait ainsi un chapitre à propos de la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins. Elle a permis le renforcement des *Patient Centered Medical Homes (PCMH)*(5), que l'on pourrait traduire par « Centre médical centré sur le patient », homologues de nos MSP. Pensées dès 1967, leurs principes ont été réactualisés périodiquement. Selon le ministère de la santé américain, les PCMH sont essentiellement orientées vers le développement de l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires. Cinq fonctions leurs sont assignées :

- **Soins complets** : cette fonction implique la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle (des médecins, des infirmières en pratique avancée, des assistants médicaux, des infirmières, des pharmaciens, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des éducateurs et des coordonnateurs de soins) afin de proposer des soins complets : prévention, soins de courtes ou longues durées.
- **Soins centrés sur le patient**
- **Soins coordonnés** par le médecin
- **Soins accessibles sur des horaires élargis**, incluant un accès téléphonique ou par email 24h/24.
- Enfin, **qualité et sécurité** doivent y être documentées.

Cet exemple international, associé à d'autres cités en Annexe 1, font ressortir un point commun avec la France : la volonté d'aller vers **l'exercice pluriprofessionnel décroisé, coordonné et centré sur le patient**.

En France, l'essor des MSP est relativement récent. Proposées dès 1981(6), elles sont alors désignées sous le terme de *Centres de Santé Intégrés*. Abandonnés rapidement, les MSP ont finalement été introduites dans le Code de la santé publique en 2007 (Loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les MSP sont alors des structures pluriprofessionnelles dotées d'une personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de

santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un **projet de santé** attestant leur **exercice coordonné**. Enfin, elles sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. Nous reviendrons plus loin sur leur définition précise.

B. Les défis des soins primaires

a. Démographie médicale

i. Baisse des effectifs

A l'instar de nombreux pays développés, les soins primaires français font face à de nombreux défis auxquels leur réorganisation tente de répondre. La démographie médicale vit une période charnière. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), elle est marquée au niveau national par une chute importante du nombre de médecins généralistes (-7% entre 2010 et 2018), nuancée par une grande disparité régionale. En Occitanie, la tendance est à la baisse sur la même période (Voir Annexe 2).

ii. Féminisation du personnel de santé

Cette diminution des effectifs s'est conjuguée avec un changement du profil du personnel médical (Voir annexe 3). Il s'est d'abord féminisé. Selon Denoyel(7), la féminisation de la profession entamée à la fin du XIXe siècle s'est accélérée à partir des années 1960. Elle atteint aujourd'hui un niveau inégalé jusqu'à maintenant. De 10% dans les années 1960, elle est maintenant de 47% des médecins en activité régulière selon le CNOM. Cette féminisation induit des changements dans les pratiques. Selon les études citées par Denoyel, c'est un personnel plus enclin à s'installer en milieu urbain. Enfin, une étude de Verger et al. (8) de 2017 basée sur un panel de plus de 2000 médecins généralistes a tenté d'actualiser les connaissances sur le sujet. Elle a établi, entre autres, que la durée du travail est moins élevée pour les médecins femmes (7 heures 36 minutes de moins en moyenne par semaine).

Enfin, comme le relève la FEHAP (9), le tropisme urbain féminin reflète des **décisions certes individuelles mais fortement contraintes par l'organisation de la société**

française qui limite finalement le choix territorial féminin et l'oriente plus favorablement vers l'espace à dominante urbaine.

iii. Perspectives démographiques

Les perspectives démographiques sont cependant nuancées. Pour les années à venir, la DREES(10) anticipe une hausse des effectifs de médecins (toutes spécialités confondues) dès 2020, faisant suite à l'augmentation du *numerus clausus* depuis les années 2000 couplée à une baisse des départs en retraites. Les effectifs de la spécialité en Médecine Générale ne baisseraient alors « que » de 0,5%/an jusqu'en 2023. La DREES anticipe également un rajeunissement de la profession ainsi qu'une féminisation, à hauteur de 60% en 2034.

b. Besoins de santé des populations

Un autre défi des soins primaires nécessite une adaptation des pratiques : l'explosion des besoins de santé des populations. Les besoins de santé sont définis par la DREES(11) comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou les pouvoirs publics. Or d'ici 2050, selon l'INSEE(12), la population de plus de 65 ans devrait croître fortement (+2,5% / an). Le vieillissement généralisé de la population reposerait principalement sur l'arrivée aux grands âges des enfants du *baby-boom*, nés entre 1945 et 1975. Cette perspective démographique se double du constat médical de la multiplication des pathologies chroniques et polypathologies.

Pour conclure au sujet des défis des soins primaires, selon la DGOS(10), la féminisation et le renouvellement des générations des médecins libéraux devraient conduire à une **baisse de l'offre globale de soins d'une ampleur plus importante que ne puisse absorber la hausse des effectifs**. Parallèlement, en raison du vieillissement de la population, **les besoins de soins devraient augmenter plus rapidement que le nombre d'habitants**. Une fois tous ces paramètres combinés, **l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années**, réalisant ainsi un véritable « effet ciseau ».

C. De nouvelles perspectives encourageantes

a. La recherche en médecine générale

Moteur essentiel de l'amélioration de la qualité de soins, la recherche est une condition nécessaire à l'existence d'une médecine de haute qualité. Son développement ouvre de nombreuses perspectives nouvelles en Médecine Générale.

b. Les nouvelles technologies

Appareillages connectés, outils de télécommunication modernes, développement des réseaux de communication à très haut débit jusque dans les territoires isolés, et intelligence artificielle sont autant d'outils favorables au développement de nouvelles pratiques pouvant libérer du temps médical et repousser les limites traditionnelles de l'exercice en Médecine Générale. En ce sens, la crise sanitaire du Covid-19 aura probablement un effet démultiplicateur.

c. Les nouvelles pratiques

Dans ses recommandations pour la prise en charge de patients polypathologiques en soins primaires, la Haute Autorité de Santé (HAS)(13) constate que les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. C'est pourquoi elle recommande que la prise en charge soit pluriprofessionnelle. La HAS met aussi en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples. Il faut impliquer le patient en l'informant, en lui proposant si besoin une éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques. Le suivi des patients doit être renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, afin de prévenir le risque de réadmission non-programmée. Dans ce but, plusieurs mesures gouvernementales ont été adoptées.

La *loi de modernisation de notre système de santé* de 2016 (14) a ainsi fait apparaître les infirmiers en pratiques avancées (IPA). Ces IPA seront chargés d'effectuer des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique. En 2018, le plan *Ma santé 2022* (15) annonce la

création des assistants médicaux. Ils s'occuperont du premier accueil du patient : motif de consultation, interrogatoire, demande des antécédents, déshabillage, mesure des constantes, ... Si besoin, ils pourront faire un électrocardiogramme. Pendant la consultation, ils pourront aussi dialoguer avec le généraliste. Enfin, ils s'occuperont de la facturation, du suivi du dossier, etc...

Le plan *Ma santé 2022* prévoit aussi le renforcement et le financement des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux.

Comme toute nouveauté, on peut questionner la création de ces dispositifs et les modalités de leur concrétisation. Mais pris individuellement, et en dehors de toute contingence financière, ces dispositifs sont de nature à dégager du temps médical et donc susceptibles d'améliorer l'accessibilité des soins tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé. Ils sont la traduction de dispositifs observés dans d'autres pays, tel qu'identifiés en première partie.

D. Les MSP, l'arbre qui cache la forêt

Pour faire face au constat actuel, à l'évolution anticipée de la profession et des besoins de santé, les **MSP sont apparus comme la solution adaptée**. Pourtant, on verra qu'elles ne répondent pas à une définition légale très précise mais recouvrent plutôt une diversité de situations qui suivent plus ou moins les préconisations généralement admises.

a. La loi

Les MSP ont été introduites dans la loi par l'article L6323-3 du code santé publique en 2007. Selon ce texte, la MSP est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. **Ces professionnels 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.

b. L'inspiration des MSP : Chronic Care Model

Selon Coleman et al. (16), le *Chronic care model* est un modèle macro-organisationnel qui a émergé dans les années 2000. Il met en avant la complexité de la prise en charge des patients, plus spécifiquement les patients atteints de maladies chroniques, et tente d'y apporter des réponses efficaces et efficientes à travers six principales conditions ou composantes :

- **La cohérence du système de santé** via notamment des modes de rémunération adaptés
- **La mobilisation des ressources communautaires**
- **L'implication des patients** via l'information et l'éducation thérapeutique
- **L'harmonisation des pratiques professionnelles** autour des *evidence based medicine*,
- **L'introduction de nouveaux modes organisationnels** centrés sur la coordination, type *case manager*
- **L'usage accru des technologies de l'information** et de la communication.

Selon ces auteurs, la réorganisation des soins selon ce modèle permet de pratiquer de meilleurs soins et d'améliorer les paramètres de santé des patients.

c. Nombre et catégories de Professionnels de Santé en MSP

Il existe peu de données publiées pour documenter l'organisation des MSP. Selon les derniers chiffres disponibles de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), datant de 2014 et recueillis nationalement, analysés par Sebai et al. (17), les MSP étaient encore peu dotées de système d'information partagé (11% des MSP), peu coordonnées (14%), et la coopération interne ou externe restait extrêmement minoritaire (<1%).

d. Le « Fonds d'Intervention Régional » (FIR) et les « Accords Conventionnels Interprofessionnels » (ACI)

Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) (18), l'exercice regroupé pluriprofessionnel génère des gains en matière de productivité et de dépenses. C'est la raison pour laquelle les autorités ont mis en place un système d'encouragement financier à ces pratiques. Ainsi, comme le rappelle l'ARS (19), la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 a institué un Fonds d'intervention régional (FIR) donnant ainsi une plus grande souplesse aux agences régionales de santé dans la gestion de certains crédits qui s'inscrivent dans leur stratégie régionale de santé. Il s'agit alors de regrouper au sein d'une même enveloppe globale des crédits auparavant dispersés. Les missions du FIR sont organisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- **La promotion de la santé et la prévention** des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission 1) ;
- L'organisation et la promotion de **parcours de santé coordonnés** ainsi que **la qualité et la sécurité** de l'offre sanitaire et médico-sociale (mission 2) ;
- **La permanence des soins** et **la répartition des professionnels et des structures** de santé sur le territoire (mission 3) ;
- **L'efficacité** des structures sanitaires et médico-sociales et **l'amélioration des conditions de travail** de leurs personnels (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) (mission 4) ;
- Le développement de la **démocratie sanitaire** (mission 5).

Les ressources du FIR sont constituées d'une dotation :

- De l'État
- Des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ;
- Et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Les MSP font parties des bénéficiaires potentiels du FIR.

En parallèle, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a été signé le 20 avril 2017 par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les représentants d'organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues, centres de santé et fournisseurs d'appareillage. Il repose sur le principe d'une rémunération

conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs répartis en 3 chapitres (Accès aux soins, Travail en équipe/Coordination, Système d'information). Il existe :

- Des indicateurs « prérequis socles » dont l'atteinte est obligatoire pour déclencher une rémunération ;
- Des indicateurs « socles » ;
- Des indicateurs « optionnels », dont l'atteinte est facultative.

Selon le guide officiel des indicateurs des ACI (20), les critères se déclinent tel que décrit dans le tableau 1 (page suivante).

Dans un contexte de développement très dynamique favorisé par la recherche d'optimisation du travail afin de faire face à la raréfaction du personnel médical, les MSP sont apparus comme l'une des réponses aux défis de la médecine de ville. Mais pour assurer le succès de telles structures, le défi du recrutement de personnel médical est majeur. C'est pourquoi nous avons défini le succès comme un solde stable ou positif des effectifs médicaux. Nous avons alors tenté d'établir les facteurs pronostiques de réussite des MSP.

	Accès aux soins	Travail en équipe - Coordination	Système d'information
Indicateurs Socles	1 - Assurer des horaires d'ouverture et des soins non programmés : - de 8 heures à 20 heures en semaine - le samedi matin - pendant les congés scolaires - une modulation de ces horaires peut être accordée 2 - Organiser la prise en charge de patients pour des soins non-programmés Minorations : • 60 points = si amplitude horaire entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin • 150 points = si amplitude horaire entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et le samedi matin • 120 points = si la structure est fermée le samedi matin • 20 points = si la structure est fermée au maximum 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année	1- Fonction de coordination : Animation de la coordination, coordination des parcours et des patients, suivi de l'utilisation du système d'information, relations avec les institutions. Le nombre de points évolue selon le nombre de patients (par tranche de 4 000 patients) 2- Elaborer des protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Le nombre de points évolue selon le nombre de protocoles 3- Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelles avec les professionnels de la structure. Il faut au moins 6 réunions/an et au moins 5% des patients « médecin traitant » en ALD et des patients âgés de plus de 75 ans doivent faire l'objet de dossiers étudiés. Le nombre de points évolue selon la patientèle et du nombre de dossiers étudiés.	1 -Mettre en place un système d'information labellisée par l'ASIP santé de niveau «STANDARD» Cet indicateur comprend une rémunération en points fixes et une rémunération variable en fonction du nombre de professionnels de santé associés.
Indicateurs optionnels	1 - Offrir une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurés par les professionnels des associés aux salariés. - 1er niveau: 1 critère ou plus parmi: au moins 1 profession médicales en sus de la MG, au moins 1 spécialité médicale autre que MG, au moins 1 pharmacien, au moins 3 professions paramédicales différentes - 2e niveau si tous les critères précédents sont réunis 2 - Organiser la diversité des consultations de spécialistes de second recours ou de sage-femme ou de chirurgiens-dentistes ou de pharmaciens, des professionnels de santé extérieur à la structure - 1er niveau: consultation de second retour par des professionnels extérieurs par la structure au moins 2 jours/mois de : spécialiste hors MG ou de sage-femme, ou de chirurgien dentiste ou de pharmacien d'officine. - 2e niveau : idem sauf 2,5 jours/semaines 3 - Favoriser l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin. 4 - Mettre en place des outils permettant d'évaluer la satisfaction des besoins des patients sur l'organisation des services de la structure 5 - Réaliser au moins 2 mission de santé publique parmi celles listées dans l'ACI (vaccination, lutte contre la tuberculose, surpoids/obésité chez l'enfant, ...) OU missions en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé.	1 - Former des jeunes professionnels de santé : au moins 2 stages par an. 2 - Mettre en place une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé pour la prise en charge des patients : vers les professionnels de santé extérieur à la structure, vers les établissements de santé en cas d'hospitalisation, vers les établissements et services médico-sociaux.	1 -Mettre en place un système d'information labellisée par l'ASIP santé de niveau «AVANCE » Cet indicateur comprend une rémunération en points fixes.

IV. MATERIEL ET MÉTHODE

A. Recherche Bibliographique

L'état des lieux des connaissances a été réalisé à partir des bases de données et des moteurs de recherche *Pubmed*, *Cochrane*, *Google scholar*, *Web of science*, *EM Premium*, *Banque de donnée en santé publique*, *Système universitaire de documentation*, *Archipel plus*, *Cairn* en utilisant les mots clés suivants :

- en anglais : « Patient Centered Medical Homes » ; « Comprehensive Care », « healthcare organization », « Coordinated Care », « Chronic Care Model ».
- en français : « Coordination médicale », « Parcours de soins coordonnés », « Maison de santé pluriprofessionnelle ».

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale observationnelle.

Un questionnaire de recherche a été élaboré à partir de la bibliographie et des études semblables antérieures. Une première version a été testée par le Dr. Corbaz. (Voir Annexe 4).

C. Population d'étude

Toutes les MSP en activité en Mai 2019 et installées en Occitanie étaient ciblées par le questionnaire. Toutes les MSP ouvertes avant 2018 et signataires des ACI ont été intégrées dans l'analyse statistique. Les MSP ouvertes en 2018 et après, ou non signataires des ACI, ne pouvaient pas l'être par absence de données complètes officielles les concernant (Points ACI).

D. Recueil des données

Le questionnaire était ouvert du 5 mai 2019 au 30 Juin 2019. Une relance par email a été faite toutes les 2 semaines. Une présentation de ce travail a été faite lors du séminaire régional de la FORMS le 25 mai 2019 afin de relancer les adhérents. Le questionnaire devait être rempli par le coordinateur de la MSP ou bien par un des médecins.

Pour les MSP signataires des ACI, le nombre de points calculé pour 2018 en vue du versement conventionnel 2019 a été obtenu auprès de la Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque Occitanie.

E. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire final a été réalisé sur *Google Forms* et transmis d'une part par la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS) à ses adhérents et d'autre part par mes soins à l'ensemble des MSP d'Occitanie d'après un fichier de contacts de l'ARS Occitanie (146 MSP), le tout par email.

F. Analyse des résultats

Une base de données informatique a été créée avec le logiciel Excel® et l'analyse des données a été effectuée avec ce même logiciel. Les statistiques ont été calculées avec le site biostatgv. (<http://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/pearson>)

V. RESULTATS

A. Étude de la population

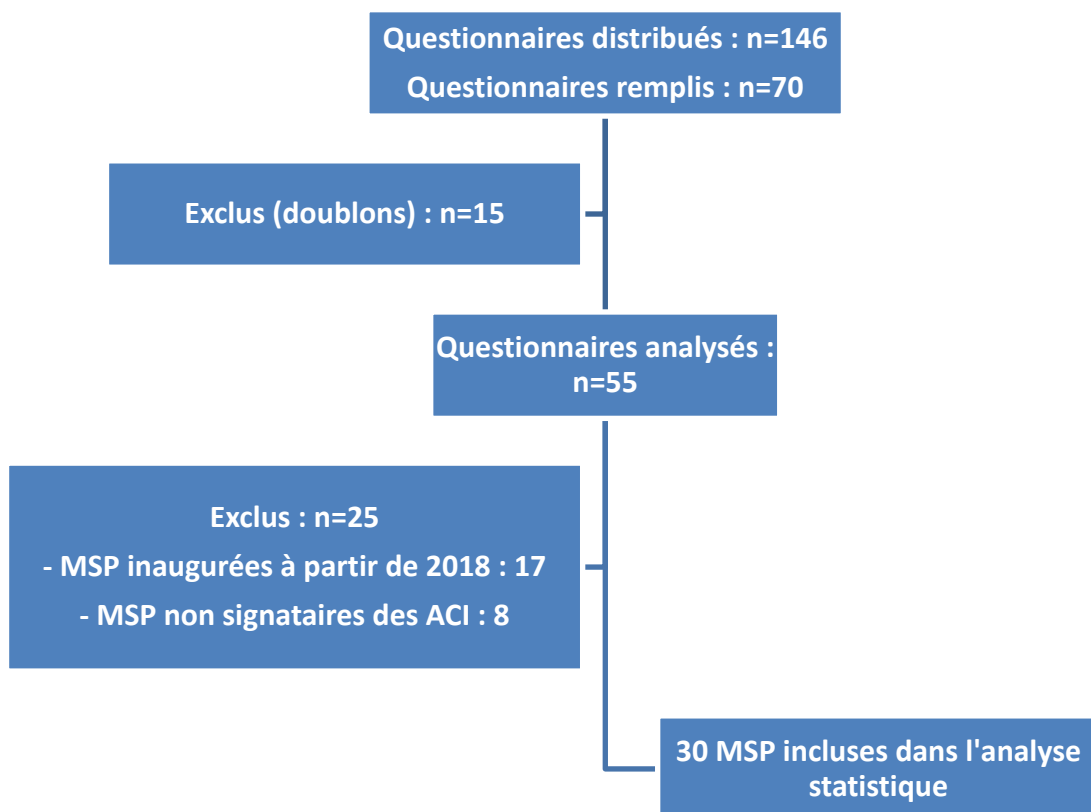


Figure 1 : Diagramme de flux d'inclusion

a. Année d'ouverture des MSP

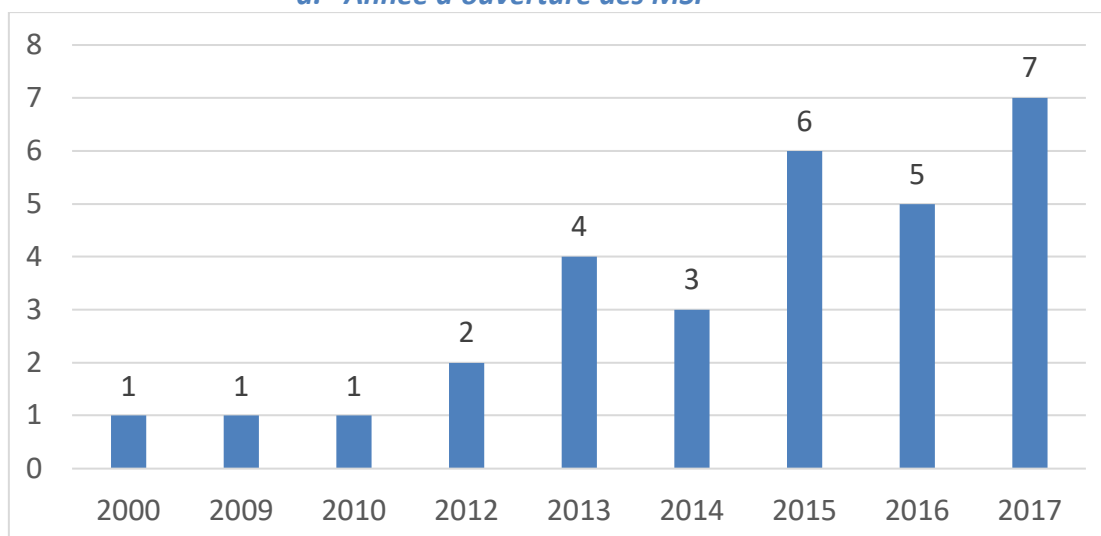


Figure 2 : Nombre de MSP incluses dans l'étude selon leur année d'ouverture

A l'image de l'essor récent des MSP, les MSP retenues dans l'analyse des résultats sont apparues dans 60% des cas dans les dernières années explorées (2015 à 2017).

b. Répartition géographique

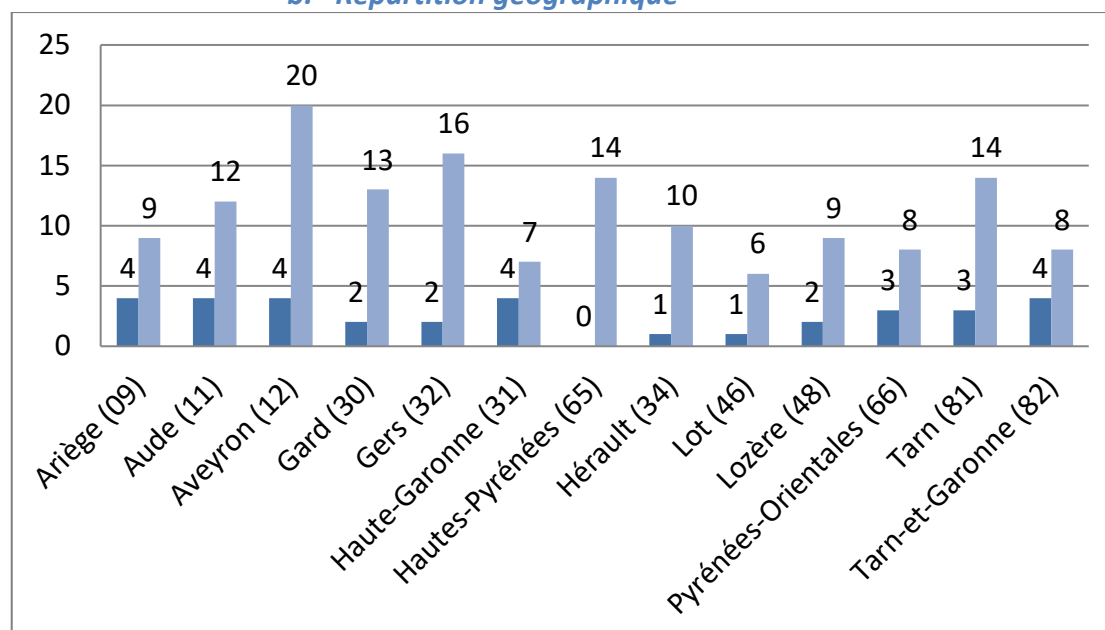


Figure 3 : Nombre de MSP participantes (bleu foncé) par département en regard du nombre total de MSP par département (bleu clair) selon l'ARS.

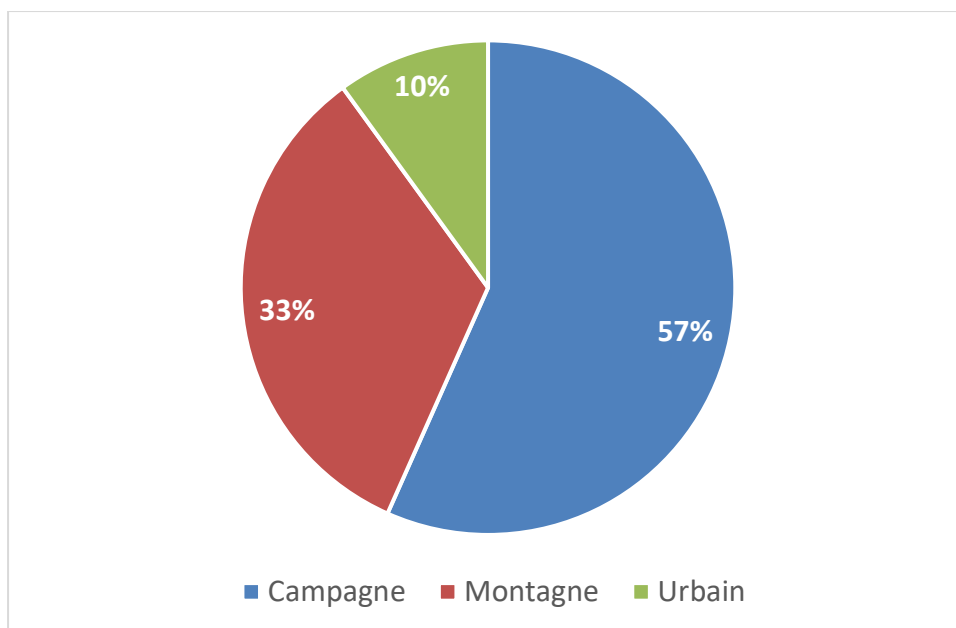


Figure 4 : Typologie des territoires des MSP incluses dans l'étude

Les MSP retenues dans l'étude sont essentiellement installées en campagne et en montagne.

c. Services de proximité autour des MSP

Les MSP s'installent très majoritairement (67 %) dans des espaces avec de nombreux services de proximité (Écoles, supermarché, poste, banque, pompier, police ou gendarmerie). Aucune MSP n'est installée isolément d'un seul de ces services.

d. Structures sanitaires autour des MSP

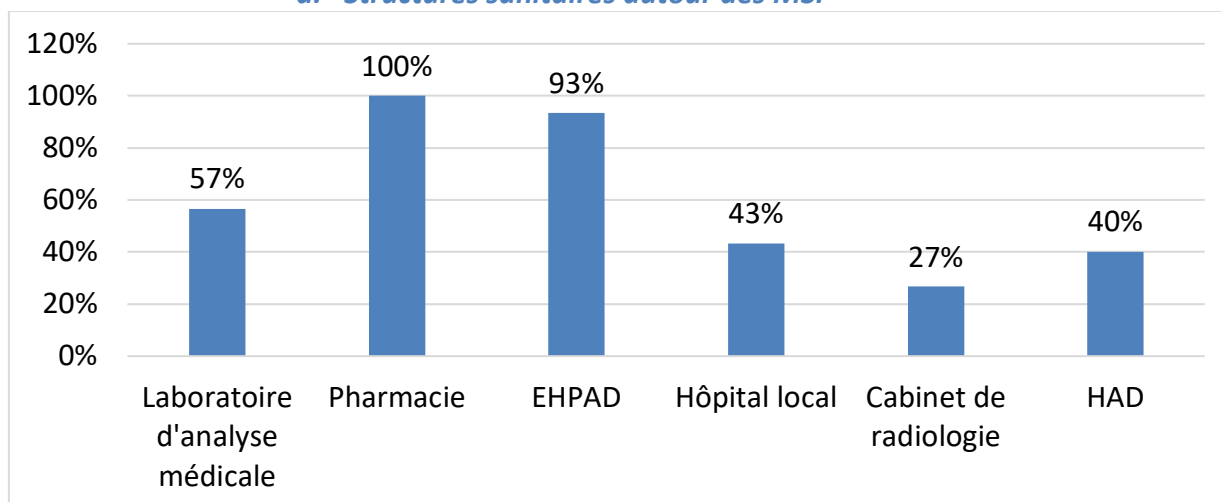


Figure 5 : Structures sanitaires à proximité des MSP incluses dans l'étude

e. Lanceurs de projet

Parmi toutes les MSP analysées, seules 30% ont été initiées par les autorités locales (mairie par exemple) alors que 70% l'ont été par les professionnels de santé eux-mêmes.

f. Maison unique ou multi-site

Les MSP se répartissent également entre mono (50%) et multi-site (50%).

g. Missions d'enseignement

Interrogées sur leur participation aux missions d'enseignements, toutes les MSP disent participer d'une manière ou d'une autre. 97% d'entre elles participent à la formation d'internes, d'étudiants en médecine (externes) ou d'autres étudiants en santé (IDE par exemple). 16% des MSP combinent toutes les formations aux métiers qu'elles abritent (incluant le secrétariat ou la coordination).

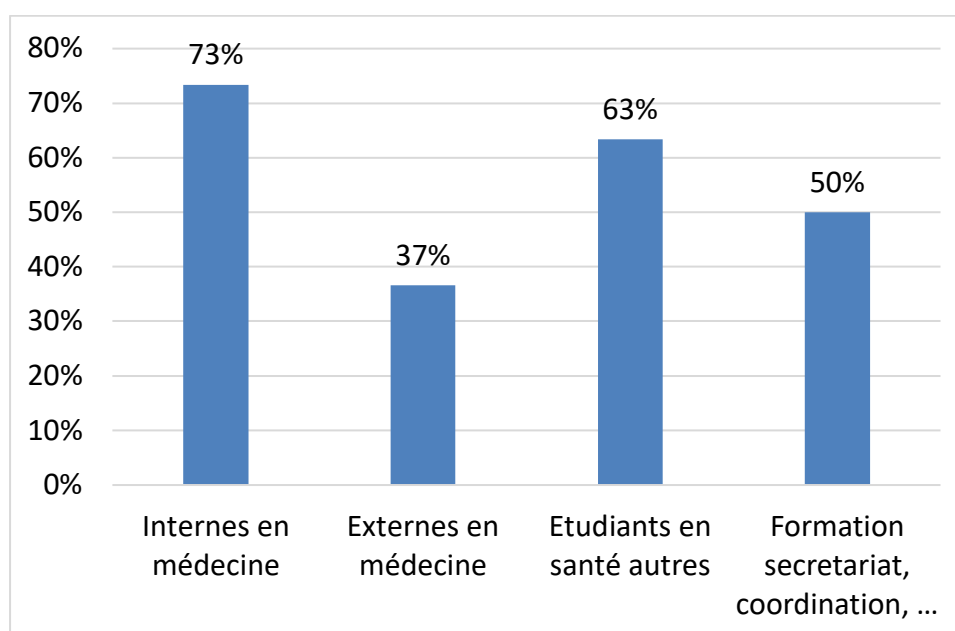


Figure 6 : Missions d'enseignements des MSP incluses dans l'étude

h. Composition des équipes de MSP en ETP

Le nombre de professionnels de santé (PS) par MSP, comptabilisés en Equivalent-Temps-Plein (ETP) est très dispersé avec des pics à 18 PS et 30 PS. La tranche 10 à 30 PS regroupe 90% des MSP. Au-dessus de 30 PS, le nombre de MSP est assez marginal (10% dans notre étude).

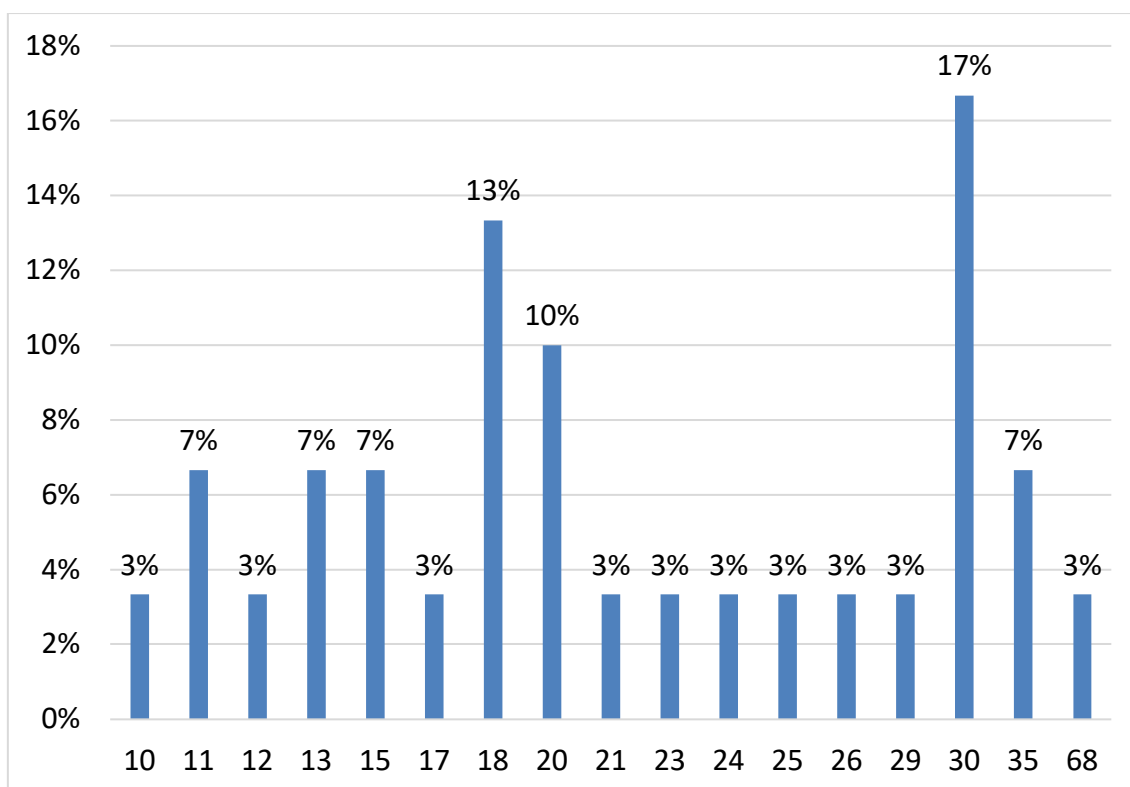


Figure 7 : Nombre de professionnels de santé en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude

De plus, le nombre de médecins généralistes (MG) par MSP se concentre entre 2 et 5 (70% des MSP). Il faut noter que les ACI ne sont octroyées que pour les MSP qui ont au moins 2 MG. Il faut noter la présence dans notre contingent de MSP de 2 établissements comptant un seul médecin et qui sont momentanément en sursis.

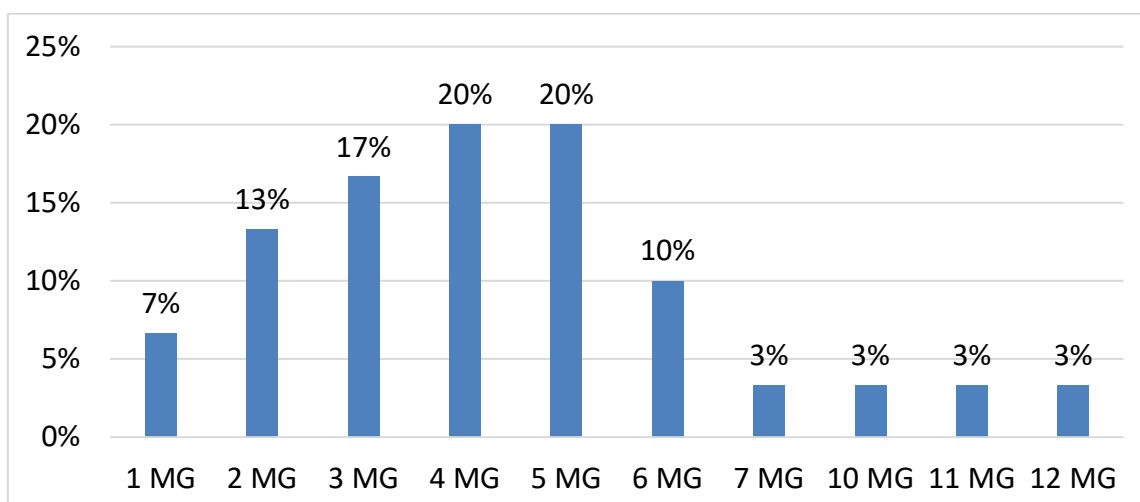


Figure 8 : Nombre de médecins généralistes en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude

Le nombre d'infirmiers diplômés d'état (IDE) est aussi concentré entre 2 et 6 par MSP (80% des MSP) mais 12% comptent 10 IDE et plus.

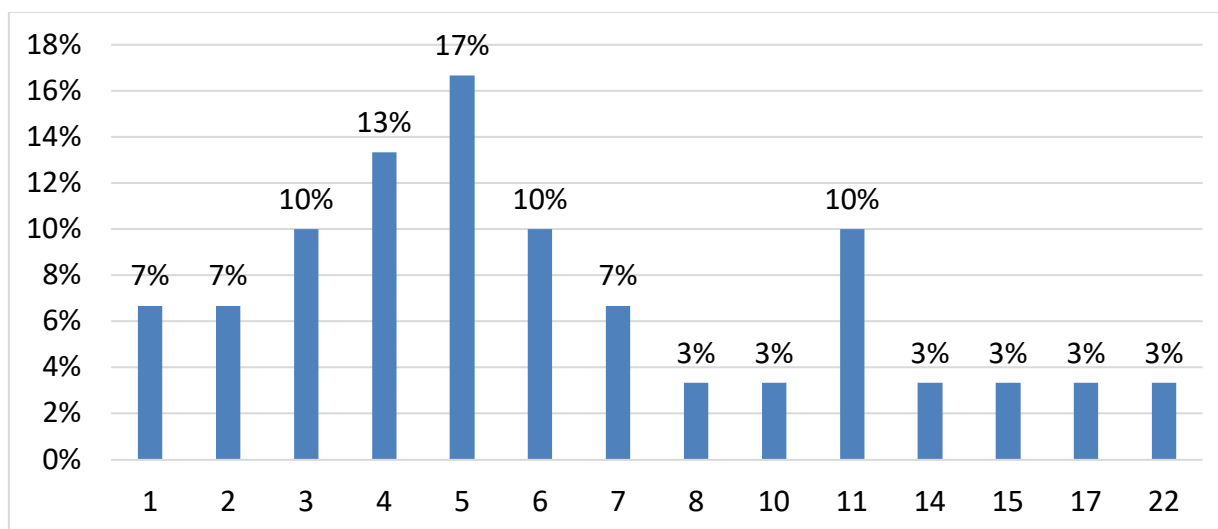


Figure 9 : Nombre d'infirmiers en équivalent temps-plein dans les MSP incluses dans l'étude

Dans l'équipe de soins, on retrouve aussi fréquemment :

- **Des kinésithérapeutes dans 70% des MSP.** Parmi celles-ci, 30% comptent 2 kinésithérapeutes et on observe jusqu'à 5 kinésithérapeutes dans 13% de ces MSP.
- **Des pharmaciens dans 50% des MSP.** 23 % ont déclarées en compter un dans leur équipe. 10% ont déclarées en avoir 2. 3% ont déclaré en avoir 5.
- **Des sages-femmes dans 63% des MSP.** 33% ont déclarées en compter une à temps plein. On constate aussi la présence de sage-femme à mi-temps (20% des MSP) ou bien la présence de 2 ETP de sages-femmes dans 10% des cas.
- **Des dentistes dans 43% des MSP.** Lorsqu'ils sont présents, les dentistes sont jamais plus de 2 (0% de notre contingent). La moitié des MSP avec dentiste en compte 2 (23% des MSP) ou bien 1 (20%).
- **D'autres professionnels de santé sont très représentés.** Plusieurs professions se détachent nettement tel que le diététiciens, podologue, psychologue et orthophoniste. En revanche, les médecins spécialistes (ont été cités : cardiologue, ophtalmologue, addictologue, psychiatre, dermatologue) sont moins représentés.

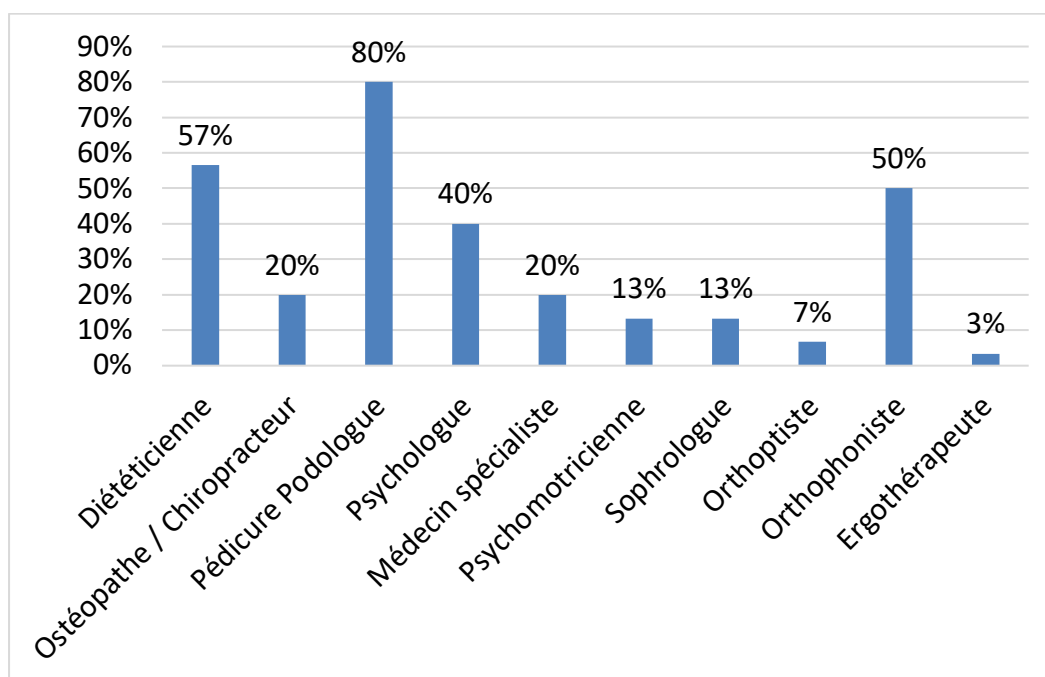


Figure 10 : Typologie des autres professionnels de santé présents dans les MSP incluses dans l'étude

- **Personnel de support** : les **secrétaires** sont présentes dans 93% des structures et sont majoritairement au nombre de 1 ou 2 ETP (67% des MSP). Il faut noter que 23% des MSP emploient entre 2,5 et 4 secrétaires en ETP. De plus, les **coordinateurs** sont présents dans 97% des structures avec environ 0,25 ETP dans 40% des cas, 0,5 ETP dans 20% des cas et 1 ETP dans 23% des cas. Ce niveau très élevé peut s'expliquer par l'obtention de financements au titre des ACI, favorisant ainsi l'utilisation des services de coordinatrices.

i. Management des MSP

Le management n'est traditionnellement pas enseigné dans les facultés de médecine ni dans les écoles de soins infirmiers. Il s'agit pourtant d'un aspect essentiel des MSP. La qualité des relations interprofessionnelles semble connaître des fortunes diverses mais 77 % des MSP attribuent une note égale ou supérieure à 7/10 à la qualité des relations interprofessionnelles au sein de la MSP. De plus, 83% des MSP déclarent qu'il y a un leader identifié en leur sein.

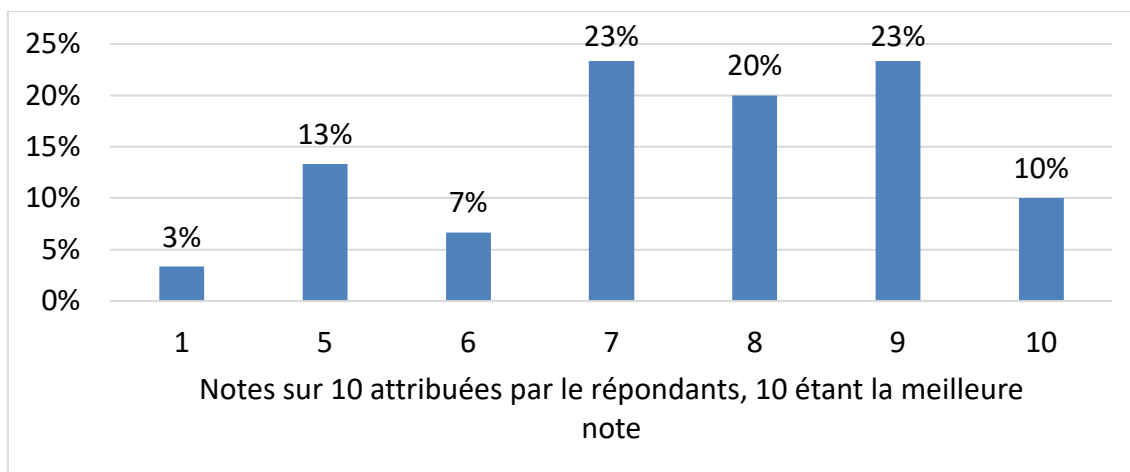


Figure 11 : Qualité des relations interprofessionnelles estimée par les répondants dans les MSP incluses dans l'étude

Les MSP semblent toutes organiser des réunions (97%). 80% d'entre-elles organisent des réunions tous les mois ou plus souvent. Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles, assemblées générales de SISA, réunion de coordination sont avancées pour organiser ce type de rassemblement d'équipe. Recommandés lors du congrès annuel national des maisons de santé en 2019, les séminaires annuels de MSP sont déjà mis en place dans 27% des MSP. Enfin, les repas informels d'équipe sont pratiqués par 67% des MSP, tous les mois (23%) ou tous les trimestres (33%). Les plus assidues en organisent toutes les semaines ou deux semaines (10%).

j. Innovation et recherche

L'analyse met en évidence que 90% des MSP ont mis en place des protocoles de coopération interne et 70% ont mis en place des protocoles de coopération externes, dont 63% avec des services sociaux ou médicaux-sociaux et 53% avec des structures sanitaires. A noter que l'association de protocoles externes le plus fréquent est celui qui associe coopérations avec des structures sanitaires et des structures médico-sociales.

Seules 23% des MSP annoncent participer à des projets de recherche. 10% ont le projet d'en faire mais 67% restent en retrait de tout projet de recherche.

Enfin, depuis 2016, le développement des CPTS offre au MSP de nouvelles possibilités de développer l'inter-professionnalité. 27% d'entre elles se sont déjà lancées alors que 27% des MSP s'y préparent. 47% des MSP restent en marge de ce développement.

k. Autres caractéristiques

Les MSP ont été interrogées sur d'autres caractéristiques. Ainsi, 70% d'entre-elles ont entamé des initiatives d'éducation thérapeutique.

97% partagent un système d'information commun et 3% sont en cours de déploiement.

B. Facteurs pronostiques de réussite

Afin de corrélérer l'évolution du nombre de médecins généralistes, nous avons mis en rapport la variation du nombre de médecin avec les scores calculés pour le versement de l'ACI. A partir du score total et de ses 3 composantes (Accès aux soins, Travail en équipe, Système d'information), nous avons calculé le niveau de corrélation.

a. Score ACI et variation du nombre de MG

Nous avons testé la corrélation entre l'évolution du nombre de MG et le score en points des ACI avec le test de corrélation de Pearson. Le test retrouve une corrélation positive de 63% avec un intervalle de confiance à 95% [0,3494 ; 0,8073] et une p-value inférieure à 5% (0,019%).

Dans le détail, nous avons testé les 3 chapitres intégrant le calcul des ACI.

- **Concernant l'accessibilité des soins**, le test statistique ne met pas en évidence de corrélation statistiquement significative entre la variation d'effectif des MSP et les scores aux ACI. Dans le détail, on retrouve une corrélation négative de -4,73%. L'intervalle de confiance à 95% [-0,4007 ; 0,3184] et une p-value de 80,4%.
- **Concernant le travail en équipe**, il ressort une corrélation très positive avec une valeur de 66,19% et un intervalle de confiance à 95% [0,3961 ; 0,8254]. La p-value est de 0,007%.
- **Concernant les systèmes d'information**, il apparaît une corrélation très positive avec une valeur de 64,89% et un intervalle de confiance à 95% [0,3766 ; 0,8179] et une p-value de 0,01%.

VI. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

a. Limites de l'étude

Parmi les 141 MSP dont le contact m'a été communiqué, certaines n'étaient pas encore en activité ou bien venaient tout juste de démarrer leur activité. Selon les données officielles, 82 d'entre elles sont signataires des ACI au moment de l'étude. Le taux de participation est donc peu fiable. De plus, il n'a pas été possible de collecter les données des MSP ayant fermé dans la région, ce qui constitue un **biais de participation**. Leur analyse aurait pu contribuer à préciser davantage les facteurs de réussite. Quelques erreurs de remplissage de questionnaires ont pu être corrigées par contacts avec les MSP concernées, ce qui constitue un **biais d'information**. L'absence de participation aux ACI de certaines MSP a, en outre, empêché leur analyse statistique et constitue de ce fait un **biais d'attrition**. Enfin, un grand nombre de MSP sont encore assez récentes et leurs données sont donc encore peu représentatives des effets de la vie en conditions réelles de ces organisations. De plus, les scores calculés par les ACI sont basés sur des informations déclaratives dont dépend le versement des aides. Parmi les déclarants, certains ont peut-être fait des déclarations biaisées ou bien se conforment-elles pour la forme seulement aux critères.

Enfin, un **biais de confusion** a été identifié dans le fait que la corrélation positive entre score de l'ACI et développement numérique des équipes puisse aussi reposer sur le versement financier au titre des ACI plus importants. Ainsi, il est possible que les équipes plus riches soient plus en mesure de se développer.

b. Forces de l'étude

Collectées directement auprès des MSP et sans enjeu financier comme il peut y avoir dans la relation entre les MSP et les ARS, les données présentées ici sont potentiellement plus sincères. Les MSP participantes sont **représentatives géographiquement** de la population des MSP d'Occitanie. De plus, l'échantillon des MSP analysé statistiquement est de taille satisfaisante (n=30).

Les niveaux de corrélation retrouvés sont élevés et étayés d'une **puissance statistique élevée** (avec des p-value inférieures à 1%).

Les choix des critères d'inclusions dans l'étude statistiques (inaugurées jusqu'en 2017 inclusivement et signataire des ACI) sont simples tout en permettant de resserrer l'étude sur son cœur de cible. Le critère d'âge des MSP permet d'éviter les biais associés au démarrage des MSP. Le critère de signature des ACI permet d'étendre les résultats de cette étude aux MSP bénéficiaires de ces aides à la pluriprofessionnalité et qui sont vouées à demeurer.

B. Discussion des principaux résultats

Il existe une corrélation positive entre le score calculé par les ACI et le recrutement de MG dans les équipes des MSP. Le recrutement et le maintien de MG sont le talon d'Achille des MSP. Les MSP sont donc confortées par l'adhérence aux critères qui composent l'ACI. En ce sens, **cette étude conforte l'ACI comme un outil favorisant la stabilité et l'augmentation des effectifs des équipes médicales des MSP**. Avec une corrélation de 63%, on se rapproche fortement d'une corrélation parfaite qui doit inciter les MSP à se mettre en conformité avec les ACI afin de favoriser leur fonctionnement et de pérenniser leur structure.

L'analyse des 3 chapitres composant le calcul des ACI permet, en outre, d'orienter les efforts de développement à venir.

Les **critères d'accessibilité aux soins** représentent un objectif de santé public majeure. Le calcul du score reprend des indicateurs relatifs aux horaires d'ouverture, de soins non programmés et de missions de santé publiques notamment. Cependant, il n'a pas été possible d'établir une corrélation, ni positive, ni négative, avec le développement des équipes médicales. Cela vient nuancer le constat dressé dans la revue de littérature qui avançait cet aspect comme un des ressorts de l'investissement de médecins dans les MSP.

En revanche, l'aspect **pluriprofessionnel** semble important, avec une corrélation de 66,2%. Ce chapitre de l'ACI compile notamment la présence d'une coordination, de concertation et de protocoles pluriprofessionnelle, de formation et de coordination externe. Il y a donc ici des éléments à développer afin de favoriser davantage la cohésion des équipes des MSP ainsi que des arguments à avancer afin de recruter de nouveaux médecins.

Enfin, dernier chapitre des ACI, les **systèmes d'information** confirment leur place en tant que facteur de corrélation positif de développement numérique des équipes médicales. Cet indicateur permet de mesurer l'informatisation collaborative des MSP à partir du nombre de professionnels de santé participants. Avec une corrélation de 65%, il s'inscrit également comme un support de développement majeur des équipes de soins.

C. Perspectives de recherche

L'un des objectifs principaux affiché par les autorités pour justifier le soutien au développement des MSP est de favoriser l'accès aux soins des territoires en déficit démographique médical. Cette étude n'est pas en mesure d'établir si cet objectif est rempli. De plus, les ACI ont créé des effets d'opportunité qui ont probablement poussé certaines équipes déjà actives à se doter du titre MSP afin de bénéficier des aides mais sans pour autant améliorer la fourniture de soins à la population.

De plus, si cette étude a permis de mieux connaître les caractéristiques des MSP qui recrutent, une autre perspective à défricher est la connaissance des motivations des MG à rejoindre les MSP. Quelles sont les critères qui les ont conduits à rejoindre une MSP, et parmi les MSP, quels sont les aspects techniques et humains qui ont présidé à leur choix.

Enfin, la crise sanitaire du COVID-19 a mis en évidence la grande réactivité des MSP(21). L'exemplarité de cette réponse coordonnée face à une crise sanitaire d'une envergure inédite pourrait aussi contribuer à mettre en lumière les atouts du modèle des MSP.

VII. CONCLUSION

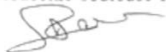
Les MSP connaissent un développement exponentiel depuis 2010. Suivant une tendance retrouvée dans d'autres pays (Canada, États-Unis, Allemagne, etc.), elles renouvellent la pratique médicale d'une profession jusqu'ici très attachée à son individualisme.

Les facteurs pronostiques de réussite de ce modèle en Occitanie sont la pluriprofessionnalité et l'utilisation de système d'information partagé. De ce point de vue, le développement de l'accessibilité (horaires d'ouverture, accessibilité aux soins non programmés et missions de santé publique) ne semble pas être contributive. Ce résultat est conforme avec les données de la littérature et les éléments recueillis sur le terrain et peut fournir un guide au développement des équipes actuelles et à venir.

L'étude des motivations des personnels médicaux ayant rejoint une MSP pourra prolonger cette étude afin d'adapter au mieux ces structures pour les années à venir. Enfin, la robustesse du modèle des MSP lors de la crise sanitaire du COVID-19 est un argument qui suscitera en retour une attention majorée des autorités sanitaires et des professionnels de santé.

Toulouse, le 19 mai 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Purpan
D. CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier CARRIÉ

En l'absence
2/05/20


VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Grignon M. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, 2010. Rev Française Aff Soc. 2011 Dec 16;(2):49–62.
2. Véga B, Cabé M-H, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. DREES; 2008 p. 15. (Dossiers solidarité et santé).
3. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sci Soc Santé. 2014 Jun 18;Vol. 32(2):67–95.
4. France. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les chiffres clés de l'offre de soins . Paris. 2018.[Consulté le 30/01/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
5. Etats-Unis. U.S. Department of Health & Human Services . Transforming the organization and delivery of primary care. [Internet] [Consulté le 7/02/2019]. Disponible sur : <https://pcmh.ahrq.gov/>
6. Mitterrand F. 110 propositions pour la France [Internet]. Le Monde diplomatique. 2012 [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : <https://www.monde-diplomatique.fr/mav/124/A/51865>
7. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? Rev Francoph Sur Santé Territ. 2015;14.
8. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, Buyck J-F, Carrier H, Chaput H, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. Rev Fr Aff Soc. 2017;(3):213–35.
9. FEHAP. La démographie médicale et paramédicale. La Gazette des Communes. Cahier détaché N°2 - 37/2047 - 4 octobre 2010 [Internet]. [Consulté le 7/02/2019]. Disponible sur : http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/demographie_medicale.pdf
10. France. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Études et Résultats. Mai 2017. Numéro 1011. [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
11. France. DREES. Cases C, Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Solidarité et Santé. 2004. Numéro 1. [Internet]. [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_2_quantification_besoins_sante_2004.pdf
12. France. INSEE. Desrivierre D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole. INSEE Première. Juin 2017. 1652. [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
13. France. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Points clés - Organisation des parcours. Avril 2015 [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
14. France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>
15. France. Ministère des Solidarités et de la Santé . “Ma santé 2022” : les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Septembre 2018 [Consulté le 5/02/2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>
16. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff (Millwood). 2009;28(1):75–85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75

17. SEBAI J, YATIM F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : Une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Rev FRANCAISE Adm PUBLIQUE. 2018 Mar 1;(164):887–902.
18. France. IRDES. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économies de la santé. Juin 2015. p. 6. Report No.: 210.
19. France. Ministère des solidarités et de la santé. Le fonds d'intervention régional [Internet]. 2018 [Consulté le 3/11/2019]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regionale>
20. France. CNAMTS/DDGOS/DPROF. Guide méthodologique pour la rémunération des structures pluriprofessionnelles - Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017. Octobre 2017.
21. AVECSanté. Prise en charge du Covid-19 en soins de ville en 3 clics ! 2020 [Consulté le 17/04/2020]. Disponible sur : <https://www.avecsante.fr/repertoire-synthetique-des-ressources-pratiques/>
22. Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique [Internet]. Gouvernement du Québec; [Consulté le 7/02/2019]. Disponible sur : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>
23. Allemagne. Association fédérale des centres de soins médicaux. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) [Internet]. [Consulté le 7/02/2019]. Disponible sur : <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>
24. Rosende M. Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine. Editions Seismo; 2008. 416 p.
25. Deriaz S, Bridel L, Tissot J-D. Profession médecin : choix et perspectives selon le genre. Rev Médicale Suisse. 2010;1438–42.
26. France. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
27. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. [Paris]: Université Paris-Sud; 2015.
28. France. Sénat. Juilhard JM. Rapport d'information sénatorial. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>
29. Spadone S. E-santé : Gérer sa e-reputation sur le web. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Le quotidien du médecin. 2015 May 26 [Consulté le 6/02/2019]; Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/06/25/limportance-de-la-veille-pour-limiter-les-degats_762521
30. France. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Guide e-reputation [Internet]. [Consulté le 6/02/2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/ereputation#&root0=&root1=node-08%3E&question=1>

IX. ANNEXES

Annexe 1. Les initiatives pluriprofessionnelles à travers le monde

Au Canada, la province de Québec a lancé les *Groupe de Médecine de Famille* (GMF) (22) en 2003 en vue de faciliter l'accès et la coordination des soins. Composés de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, nutritionnistes et de pharmaciens notamment, ils proposent des horaires d'ouverture élargies et confient un rôle clé aux infirmières : entrevue clinique, dépistage, prévention, etc. En Allemagne depuis 2003 également, les *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) (23), qui se traduit par « Centres de soins médicaux », offrent une médecine de proximité, facilitent l'accès aux soins coordonnés de premier et second recours et permettent aux hôpitaux de développer des activités de spécialité en ambulatoire. Ils proposent également une médecine centrée sur le patient en favorisant la coordination pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle en interne et en externe entre les différents acteurs de soins. Pour les équipes de soins comme pour les patients, les MVZ apparaissent comme des solutions d'accueil attractives et souples. D'une part les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée, d'un meilleur accès aux consultations de spécialistes, de plages horaires plus larges, d'une réduction des temps d'attentes, des fréquences de déplacements et du nombre d'exams (moins d'exams redondants). D'autre part, les praticiens apprécient l'activité salariée et regroupée qui offre la possibilité de débiter une carrière en médecine de ville, non-isolé, sans prendre trop de risque financier et personnel, en partageant les responsabilités et en limitant la charge de travail administratif.

Annexe 2. Les variations démographiques régionales

Départements	Nombre de Médecins Généralistes en 2010	Population en 2010 selon INSEE	Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2010	Nombre de Médecins Généralistes en 2018	Population en 2018 selon INSEE	Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2018	Variation du nombre de Médecins Généralistes	Variation relative du nombre de Médecins	Variation relative de la population
Haute-Garonne	1 958	1 243 641	1,57	1 960	1 376 737	1,42	2	0,1%	10,7%
Pyrénées-Orientales	727	448 543	1,62	713	479 754	1,49	-14	-1,9%	7,0%
Hérault	1 802	1 044 558	1,73	1 692	1 155 017	1,46	-110	-6,1%	10,6%
Ariège	240	152 038	1,58	224	152 611	1,47	-16	-6,7%	0,4%
Tarn-et-Garonne	327	241 698	1,35	303	260 118	1,16	-24	-7,3%	7,6%
Hautes-Pyrénées	425	229 458	1,85	393	226 210	1,74	-32	-7,5%	-1,4%
Aude	524	356 467	1,47	478	368 323	1,30	-46	-8,8%	3,3%
Gard	1 055	709 700	1,49	961	744 958	1,29	-94	-8,9%	5,0%
Tarn	559	375 379	1,49	495	387 626	1,28	-64	-11,4%	3,3%
Lot	261	174 578	1,50	231	172 296	1,34	-30	-11,5%	-1,3%
Lozère	102	77 082	1,32	89	75 949	1,17	-13	-12,7%	-1,5%
Gers	279	188 159	1,48	240	189 824	1,26	-39	-14,0%	0,9%
Aveyron	401	276 805	1,45	334	278 217	1,20	-67	-16,7%	0,5%
Occitanie	8 660	5 518 106	1,57	8 113	5 867 640	1,38	-547	-6,3%	6,3%

Tableau 2 : Evolution des démographies médicale et populationnelle en Occitanie par département entre 2010 et 2018 selon le CNOM et l'INSEE

Annexe 3. Les médecins d'aujourd'hui

a. Projet personnel et projet professionnel

Au-delà du constat de la féminisation du métier dressé plus haut, le personnel médical vit aussi des changements profonds dans son ensemble. Dans ses travaux sur les « parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine » réalisés en Suisse, Rosende (24) remarque l'influence du projet privé dans le projet professionnel des médecins, hommes et femmes confondus, ce qui l'amène à **interroger plus largement l'émergence de nouveaux rapports au travail et à la carrière notamment chez les jeunes médecins**. Ainsi, selon Deriaz (25), les nouvelles générations souhaitent **préserver du temps pour la famille ou d'autres activités sociales** et tant les femmes que les hommes revoient profondément leur rapport au travail. Ce constat est également perceptible sur la durée hebdomadaire des jeunes médecins selon Verger et al.(8): selon la même étude citée plus haut, **la durée du travail est moins élevée pour les médecins les plus jeunes** (3 heures 48 minutes de moins par semaine pour les praticiens âgés de moins de 50 ans). Selon une enquête menée par le syndicat des internes de médecine générale en 2011 (26), les hommes comme les femmes estimaient, d'ailleurs, les écoles comme le premier service nécessaire à côté de leur cabinet d'exercice, et l'écart entre les deux sexes s'avérait minime (72% des femmes et 70% des hommes). **Tous ces éléments orientent donc les choix des jeunes médecins vers un exercice de la médecine dans un environnement de préférence urbain, susceptible de leur permettre de mener de front carrière professionnelle et projet personnel.**

b. Renouvellement des valeurs des médecins généralistes

Les travaux sociologiques de Cécile Fournier (27) au sujet des MSP apportent un éclairage nouveau sur les aspirations émergentes dans la profession. Elle relève ainsi que chez les médecins généralistes confrontés au défi d'assurer la prise en charge de maladies chroniques et la gestion des risques liés à des déterminants sociaux (économie, politiques sociales, politique), il existe une volonté de **dépasser le modèle curatif individuel** pour s'inscrire dans un modèle de « santé publique », **intégrant la prévention et la coordination des soins**. Pourtant, les pratiques de santé publique et

de coordination restent toutefois **difficiles à développer dans les conditions actuelles d'exercice du fait de contraintes organisationnelles liées à la persistance du modèle libéral marqué par la pratique isolée et le paiement à l'acte**. En outre, ces médecins sont préoccupés par la démographie décroissante des professionnels de soins primaires. Et du fait de la pénibilité, ils redoutent le risque de départ avant l'âge de la retraite de médecins. Enfin, les professionnels de santé qu'elle a interrogé estiment que l'organisation de leur travail quotidien n'est plus adapté aux besoins actuels des patients et aux attentes des pouvoirs publics

c. En quête d'une reconnaissance professionnelle

Selon Cécile Fournier, en tant que lieux de formation, **les MSP sont un terrain favorable pour affirmer l'identité de la médecine générale** avec la création d'une « **nouvelle élite médicale** » en médecine générale, liée à l'université mais se repositionnant autour d'un lieu extrahospitalier défini. La dimension de formation dépasse localement les seuls généralistes et est pensée en lien avec une école d'infirmières et une école de secrétaires médicales, positionnant les MSP comme des structures « **appelées à devenir les CHU de la proximité** ». D'ailleurs, elle note que la prise de position d'une MSP dans l'offre locale de soins et de santé publique lui a permis une reconnaissance interprofessionnelle locale. L'un de ses membres indique d'ailleurs : « *Depuis qu'on est visible, nous qui avons fait l'association, ça change tout ! Parce qu'il y a une personnalité morale, par exemple l'hôpital contacte l'assoc !* »

d. En quête de simplification et de sécurité professionnelle et physique

Certains médecins associent aussi le processus de désertification médicale à la perte d'attractivité de l'exercice libéral de la médecine générale du fait des nombreuses contraintes liées à ce statut (charge administrative, horaires variables, etc.). C'est pourquoi, selon le rapport sénatorial Juilhard de 2007(28), « **L'hôpital public est [ainsi] devenu le premier employeur de généralistes** ». Ceci aggrave d'autant plus les inégalités territoriales que les centres hospitaliers sont encore plus inégalement répartis sur le territoire que les médecins libéraux. Dans son enquête sur les cessations d'activité, la DREES a d'ailleurs mis en avant cet aspect, ce qui semble indiquer que le constat ne concerne pas seulement les nouveaux médecins.

La sécurité professionnelle et physique semble également revenir dans les échanges préliminaires à la rédaction de cette thèse. La montée en puissance des commentaires péjoratifs sur internet, la judiciarisation de la médecine ainsi que les violences verbales et physiques à l'encontre des professionnels de santé sont des constats préoccupants. La e-réputation médicale ne bénéficie pas encore de travaux de recherche. Néanmoins, le sentiment d'un virage consumériste des patients semble s'en nourrir comme en témoigne Le Quotidien du Médecin(29) dès 2015. Le CNOM témoigne de l'inquiétude qui en découle. Il y a répondu avec une notice(30) à l'attention des professionnels de santé. C'est un motif de souffrance contre lequel certains médecins luttent par le regroupement entre pairs selon ce même travail. Enfin, les violences verbales et physiques contre les professionnels de santé semblent en hausse, probablement en écho à une société en plein doute sur son avenir. Selon le CNOM, 1035 agressions ont été signalées en 2017. Les médecins généralistes et les femmes médecins sont les premiers à subir cette violence, qui est le plus généralement verbale, et qui débouche dans 38% des cas sur un dépôt de plainte. Les médecins sont ainsi en quête de solutions pour se sécuriser à tout niveau. L'exercice groupé intègre ainsi un panel de solutions à ces préoccupations.

e. Un besoin de diversification professionnelle

Comme le relève F.-X. Schweyer (1), **le médecin de nouvelle génération cherche maintenant des capacités de mobilité, de formation et de variété dans le métier pour le rendre intéressant.** Ce constat est étayé par la multiplication des publications à l'attention des généralistes sur des activités habituellement réservées à d'autres spécialités.

Annexe 4. Questionnaire utilisé

Thèse de Médecine Générale : Facteurs pronostiques de réussite des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Occitanie.

< Temps nécessaire : Moins de 5 minutes >

En l'espace de quelques années seulement, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont devenues un modèle d'organisation très prisé et qui promettent une

révolution de l'organisation de la médecine libérale. Pourtant, si certaines MSP connaissent un succès indiscutable, d'autres rencontrent de grandes difficultés qui les conduisent parfois à la fermeture. Cette étude se propose d'identifier les facteurs en faveur de la réussite des MSP. Que votre MSP vous paraisse à succès ou en difficulté, votre participation est cruciale pour contribuer à l'amélioration du modèle organisationnel des MSP.

Cette étude est réalisée par Mathieu BOULANGER dans le cadre d'une thèse d'exercice en Médecine Générale (Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil) dirigée par le Dr. Claude CORBAZ et dont le jury sera présidé par Stéphane OUSTRIC.

Toutes vos réponses brutes seront conservées sans aucune diffusion externe et analysées anonymement.

--- Un questionnaire par MSP à remplir préférentiellement par le coordinateur ou l'initiateur du projet de MSP ---

* Required

a. Carte grise de votre MSP

- État de votre MSP ? * Mark only one oval.

En activité / Activité cessée

- Initiateurs du projet de MSP ? * Mark only one oval.

Les professionnels de santé / Les autorités locales (Mairie par exemple)

- Année de lancement du projet de MSP ? * Mark only one oval.

Avant 2005 / 2006 / 2007/ 2008 / 2009 / 2010 / 2011 / 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017 / 2018 / 2019

- Année d'ouverture de la MSP ? * Mark only one oval.

Avant 2005 / 2006 / 2007/ 2008 / 2009 / 2010 / 2011 / 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017 / 2018 / 2019

- Localité principale ? * (texte libre)
- Département ? * Mark only one oval.

Ariège (09) / Aude (11) / Aveyron (12) / Gard (30) / Haute-Garonne (31) / Gers (32) / Hérault (34) / Lot (46) / Lozère (48) / Hautes-Pyrénées (65) / Pyrénées-Orientales (66) / Tarn (81) / Tarn-et-Garonne (82)

- Territoire ? * Mark only one oval.

Urbain / Campagne / Montagne

- Monosite ou multisite ? * Mark only one oval.

Monosite / Multisite

- Service de proximité autour de la MSP ? * Check all that apply.

Ecole / Crèche / Garderie Epicerie / Supermarché / Poste / Station-service / Pompiers / Banque / Police/Gendarmerie

- Structures sanitaires autour de la MSP ? * Check all that apply.

Un laboratoire d'analyses médicales / Une pharmacie / Un cabinet de radiologie avec échographie / HAD / EHPAD / Hôpital local

b. Projets de santé et professionnel

- Votre MSP a-t-elle lancé des initiatives d'éducation thérapeutique ? * Mark only one oval. Oui / Non

- Accueillez-vous des étudiants ? * Check all that apply.

Internes en médecine / Étudiants en médecine (dont des externes par exemple) / Étudiants d'une autre profession de santé / Autre (secrétariat, coordination, ...)

- Disposez-vous d'un système d'information partagé ? * Mark only one oval.

Oui / En Projet / En cours de déploiement / Aucun

- Faites-vous activement de la coopération interne, via des protocoles de coopération par exemple ? *

Mark only one oval. Oui / Non

- Faites-vous activement de la coopération externe ? * Check all that apply.

Oui, avec des structures sanitaires / Oui, avec des structures et services sociaux et médicaux-sociaux / Oui, avec des laboratoires de biologie médicale / Non

- Avez-vous recours à des financements ? * Check all that apply.

ACI - Accord conventionnel interprofessionnel / FIR - Fonds d'intervention régional / Aucun de ces financements

c. Composition de l'équipe

- Combien y-a-t-il de professionnels de santé dans la MSP ?

Mark only one oval : 1 à 100

- LORS DE L'OUVERTURE DE LA MSP : Combien de MG en équivalent temps-plein (ETP) ? * Mark only one oval. 1 à 20
- ACTUELLEMENT : Combien de MG en ETP ? * Mark only one oval. 1 à 20
- Combien d'IDE en ETP ? * Mark only one oval. 1 à 30
- Combien de kinésithérapeutes en ETP ? * Mark only one oval. 0 à 5
- Combien de sages-femmes en ETP ? * Mark only one oval. 0 / 0,5 / 1 / 1,5 / 2 / 2,5 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
- Combien de pharmaciens en ETP ? * Mark only one oval. 0 à 10
- Combien de dentistes en ETP ? * Mark only one oval. 0 à 10
- Autres professionnels de santé ? Précisez. *
- Nombres de secrétaires en équivalent temps-plein (ETP) ? * Mark only one oval. 0 / 0,5 / 1 / 1,5 / 2 / 2,5 / 3 / 3,5 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
- Nombre de coordinateurs ou coordinatrices en équivalent temps-plein ? * Mark only one oval. 0 / 0,25 / 0,5 / 0,75 / 1 / 1,25 / 1,50 / 1,75 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
- Diriez-vous qu'il y a un ou des leaders parmi l'équipe de la MSP ? * Mark only one oval. Oui / Non

d. *Management de la structure*

- Quelle note donneriez-vous à la qualité des relations entre les partenaires de la MSP ? * Mark only one oval. De 1 = Horrible à 10 = Excellente
- Organisez-vous des réunions d'équipe pluriprofessionnelles pour discuter de la gestion de la structure ou de patients ? * Mark only one oval.

Oui, toutes les semaines ou deux semaines / Oui, tous les mois / Oui, tous les trimestres / Non / Autre : _____

- Organisez-vous un repas commun ? * Mark only one oval.

Oui, toutes les semaines ou deux semaines / Oui, tous les mois / Oui, tous les trimestre / Non

- Organisez-vous un séminaire annuel de gestion avec tous les membres de la MSP ? * Mark only one oval. Oui / Non / En projet

e. Ambition de recherche et d'innovation en médecine générale

- Participez-vous à des projets de recherche ? * Mark only one oval. Oui / Non / En projet
- Faites-vous parti d'une CPTS ? * Mark only one oval. Oui / Non / En projet

f. Espace libre

Des questions ? Des commentaires ? C'est à vous !

Merci de votre participation à ce travail de thèse. Envie de découvrir ce qui déclenche la décision d'installation de médecins dans une MSP ? C'est tout l'objet de mon travail de mémoire de DES dont le questionnaire est à faire passer au plus grand nombre de médecins installés en MSP en Occitanie. Retrouvez-le ici : <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdDFTLNKkmiFij-C1iKzQaD52rGm9hSVXVK7QyZ365n1jw6mQ/viewform>

Annexe 5. Les résultats statistiques de Biostatgv :

1. Score total de l'ACI et variation du nombre de MT

ETAPE 4 : Prise de décision, acceptation ou rejet de H0

Résultats du test

- Données série 1: 30L x 2C
- Méthode : Pearson's product-moment correlation; Alternative :two.sided
- Statistique observée Qobs : 4.2963773257355
- p-value : 0.00018894837624656
- p : 0.6303 Intervalle de confiance à 95%[0.3494 ; 0.8073]
- Degrés de liberté : 28

La valeur p (p-value) de votre test est 0.00018894837624656.

Commande R

```
m=matrix(c(9124,0,7195,-1,6209,0,5118,2,9894,0,10917,0,11555,-2,14388,3,6299,-1,9344,0,11451,3,22125,8,10567,1,7404,0,11095,1,936,0,8),nrow=30,byrow=TRUE)
cor.test(m[,1], m[,2], method="pearson")
```

- **Concernant l'accessibilité des soins**

ETAPE 4 : Prise de décision, acceptation ou rejet de H0

Résultats du test

- Données série 1: 30L x 2C
- Méthode : Pearson's product-moment correlation; Alternative :two.sided
- Statistique observée Qobs : -0.25050148213296
- p-value : 0.80402858378096
- p : -0.0473 Intervalle de confiance à 95%[-0.4007 ; 0.3184]
- Degrés de liberté : 28

La valeur p (p-value) de votre test est 0.80402858378096.

Commande R

```
m=matrix(c(1693,0,2140,-1,1400,0,1180,2,2163,0,2111,0,2425,-2,2790,3,1050,-1,1444,0,2415,3,1280,8,2720,1,1974,0,1916,1,1300,0,1901,0,2),nrow=30,byrow=TRUE)
cor.test(m[,1], m[,2], method="pearson")
```

Titre : Facteurs pronostiques de réussite des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Occitanie, France - Une étude quantitative

Introduction : En France, l'avènement récent des MSP a transformé la perception de la médecine de premier recours à l'heure où le poids des pluripathologies s'accroît et où la maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire. Cela lui a permis d'officialiser son approche globale. Cependant, les MSP présentent des caractéristiques très variées et affrontent des difficultés pouvant questionner leur pérennité. Dans ce travail, nous avons souhaité établir les facteurs pronostiques de réussite des MSP leur permettant d'assurer le développement numérique de leurs équipes médicales.

Matériel et Méthodes : Cette étude quantitative transversale observationnelle repose sur une enquête déclarative non rémunérée et anonyme. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire standardisé élaboré à partir des données de la littérature et diffusé par mail aux 146 MSP en activité dans la région Occitanie en Mai-Juin 2019, par l'intermédiaire de la fédération régionale des MSP (FORMS) et de l'ARS Occitanie. Toutes les MSP ouvertes avant 2018 et signataires des ACI ont été analysées. Le succès d'une MSP a été défini comme une augmentation ou une stabilisation des effectifs médicaux. J'ai cherché à corrélérer le succès avec le nombre de points calculé selon les critères de l'ACI.

Résultats : Avec un taux de participation spontané de 34% et une analyse portant sur 20% des MSP de la région, il a été observé une corrélation très significative entre le succès des MSP et leur score ACI. Deux des trois chapitres sont des contributeurs très significatifs : la pluridisciplinarité et les systèmes d'information partagés.

Conclusion : La qualité du travail en équipe et le système d'information tels que décrit dans les ACI semblent pouvoir être des facteurs pronostiques de réussite des MSP. Il convient donc de guider davantage les MSP dans cette voie et de mettre en avant les bénéfices en termes d'effectifs médicaux et de pérennité qu'elles peuvent en tirer.

Title : Prognostic factors for the success of Patient Centered Medical Homes in Occitania, France - A quantitative study

Introduction : In France, the recent advent of PCMH has transformed the perception of primary care medicine at a time when the burden of multiple pathologies is increasing and when the control of health expenditure is becoming a priority. This has enabled it to formalize its global approach. However, PCMHs have very varied characteristics and face difficulties that may question their sustainability. In this work, I wanted to establish the prognostic factors for the success of PCMH allowing them to ensure the development of their medical workforce.

Material and Methods : This quantitative observational cross-sectional study is based on an unpaid and anonymous declarative survey. It was carried out using a standardized questionnaire developed from literature data and disseminated by email to the 146 PCMH in activity in the Occitania region in May-June 2019, through the regional federation of MSPs (FORMS) and ARS Occitania. All PCMH opened before 2018 and signatories to the IFAs were analyzed. The success of a PCMH has been defined as an increase or stabilization of the medical workforce. I tried to correlate success with the number of points calculated according to the ACI criteria.

Résultats : With a spontaneous participation rate of 34% and an analysis of 20% of the PCMH in the region, it was found a very significant correlation between the success of PCMH and their ACI score. Two of the three chapters of the ACI score are very significant contributors: teamwork and information systems.

Conclusion : The quality of teamwork and the information system as described in the ACIs seem to be prognostic factors for the success of PCMH. It is therefore advisable to guide PCMH further along this path and to highlight the benefits in terms of medical staff and sustainability that they can derive from it.

Mots clés : MSP, maison de santé pluriprofessionnelle, coordination, soins primaires, organisation du système de santé, management, développement, Qualité et sécurité, Soins ambulatoires, Médecine générale

Key words : PCMH, Patient Centered Medical Homes, primary care, teamwork, Comprehensive Care, healthcare organization, Coordinated Care, Quality and Safety, ambulatory care, General Practitioners

Discipline administrative : Médecine Générale
