

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2022

2022 TOU3 1035

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Toulouse

Le 20/04/2022

Par **Adrien PUIG**

Né le 05/05/1992 à Carcassonne (11)

**La pratique du médecin généraliste dans une Maison de Santé
Pluriprofessionnelle : enjeux de décloisonnement des modes
d'exercices et de développement de la coopération
interdisciplinaire**

Directeur de thèse : Dr Serge ANÉ

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Monsieur le Docteur Serge ANÉ

Assesseur



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHE Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Mme BOURGEOIS Odile
	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. PIPONNIER David
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CURROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Remerciements du jury

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos exigences. Veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, membre du jury

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail en participant à ce jury. Je vous témoigne mon profond respect.

À Madame le Docteur Odile BOURGEOIS, membre du jury

Vous avez accepté de juger mon travail. Très sensible à cet honneur, je vous témoigne toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Serge ANÉ, membre du jury

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir encadré pendant mon stage et mes premiers remplacements, tes conseils et ton expérience sont précieux. Je te témoigne toute ma reconnaissance.

Remerciements personnels

À Maité ANÉ : merci d'avoir initié ce questionnement dans ma tête lors de nos premières rencontres, sans ton implication ce travail n'aurait pas été possible.

À mes parents : vous m'avez poussé dans la bonne direction. Vous m'avez toujours soutenu et avez toujours cru en moi, votre fierté est à la hauteur de ma gratitude. Maman, tu es le ciment de la famille et tu continues à composer avec nos différents caractères. Je te dois tout, de mon éducation à la nature, en passant par la cuisine. Papa, tu es le premier médecin que je connaisse et en quelque sorte un exemple : merci pour tes conseils. Aujourd'hui les rôles s'inversent et j'espère pouvoir contribuer à améliorer tes avis Google.

À François : longtemps ensembles dans le sport, tu as eu le courage de te distinguer en choisissant une autre voie que la santé. Je suis heureux de voir aujourd'hui que tu es à ta place. Je te souhaite le meilleur.

À Olivier : après avoir longtemps hésité entre cuisinier et menuisier, tu as suivi mon chemin avec cependant plus de sérieux et donc de réussite, avant de t'exiler... Courage, c'est bientôt fini. Le meilleur est à venir.

À mes grands-parents : vous qui aimiez tant l'idée que je sois médecin, autant par amour que pour profiter de mes soins. J'espère que vous êtes fiers.

À Juliette : pour ta relecture minutieuse, pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années, pour ta présence quotidienne à mes côtés, pour ton amour tout simplement. Je serai toujours là pour toi. L'avenir est devant nous.

À la famille THILL : vous m'avez accepté et chouchouté depuis de nombreuses années, tout en me mettant au défi de situations cliniques aussi incongrues que complexes. Il ne me reste plus qu'une compétence vétérinaire à acquérir.

À Mathias et Sophie : je vous remercie pour toutes ces aventures partagées à vos côtés. Vous êtes toujours présents, pour le meilleur et parfois le pire. Nous sommes chaque fois un peu plus unis (une famille ?) et j'en suis fier. Mathias, merci de partager autant de passions avec moi. Ton amitié m'est très chère. Sophie, merci d'être plus mauvaise joueuse que moi, si tant est que cela soit possible. Ton amitié est rare.

À mes amis de médecine, avec qui j'ai vécu tant de moments que je n'oublierai jamais. Vous avez eu la bonne idée de rester plus ou moins proche de Toulouse pour partager cela, sauf le jour de ma thèse... Je suis tout de même chanceux de vous avoir rencontrés.

Antoine B : pour avoir survécu 2 semaines sans argent dans un pays infâme, ton humour a aidé à rembourser ta dette. Mon seul désir est de te voir plus souvent, si possible loin du bureau du doyen.

Antoine H : pour m'avoir montré la voie de la médecine dans le sport. L'internat n'aurait probablement pas été aussi marquant sans ta présence, même s'il faut reconnaître que l'on ne te voyait pas beaucoup en stage...

Benjamin : malgré un attentat à bord d'un mini bolide, je sais que tu seras toujours là pour récolter quelques piécettes à mes côtés. Content de pouvoir te compter parmi mes amis de médecine.

Brice : pour ta personnalité si particulière et ton humour si déroutant. Tellement de « Soirée Ratée » en P2, j'en garde cependant de très bons souvenirs.

Hugo : fidèle partenaire de badminton, ton éloignement fait de nos retrouvailles un moment particulier. Profite bien aux autres bouts du monde.

Julien : une amitié est née d'un coup sur le nez. Négociateur hors pair, tu as trouvé ton chemin malgré un parcours semé d'embûches, il me tarde de le recroiser, sûrement autour d'une « Chaud Devant ».

Léonard : le premier à festoyer comme il se doit, c'est un plaisir de venir en terre Basque pour te voir. Je serai toujours autant choqué d'admirer tes bibi.

Lucien : pour ton improbable côté bagarreur. J'ai peut-être eu mes repech grâce à toi ? En tous cas je suis presque assuré de faire moins de soucis que toi en soirée.

Nicolas : pour ton soutien sur ces dernières semaines de préparation... Mais surtout pour ta cuisine. Il me tarde de venir à la Réunion, et encore plus que tu en reviennes.

Romain : pour ta personnalité incroyable et adaptée à presque toutes les situations. Grâce à toi l'externat restera mémorable et chaque match de rugby un moment savoureux. Je souligne avec plaisir que je te dois aussi mon surnom...

À Yanis : tu étais et tu resteras mon colloc. Je n'oublierai jamais nos réveils en pleine nuit pour réviser, notre entretien aléatoire de l'appartement, notre trésor dans le garage mais surtout ta devise : « un esprit sain dans un corps sain ». En espérant te revoir plus souvent.

À Dadou : si tu aiguilles aussi bien que tu cuisines, un grand destin t'attend. Je suis honoré d'avoir eu ce rôle à ton mariage. Hâte de venir dans votre maison.

À Vincent et Jonathan : à vos côtés, la P1 fut bien plus sympathique.

À Henri, Monique et Rudy : vous avez été ma famille d'accueil pendant des années difficiles, je ne l'oublie pas.

À tous ceux que j'oublie forcément de citer, vous m'avez d'une manière ou d'une autre aidé à m'exprimer, à ma façon. Je vous en remercie.

À mes différents maîtres de stages et médecins remplacés, hospitaliers ou ambulatoires ainsi qu'à tous les étudiants rencontrés tout au long de mon cursus, vous m'avez permis de devenir le médecin que je serai demain.

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.

Table des matières

Abréviations.....	1
Préambule	2
1. Introduction	3
1.1. Le contexte sanitaire et social.....	3
1.1.1. Quelques éléments de contexte.....	3
1.1.2. La réorganisation du système de santé.....	3
1.2. Un cadre législatif structurant.....	4
1.2.1. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996.....	4
1.2.2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie.....	4
1.2.3. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, de financement de la sécurité sociale pour 2008.....	5
1.2.4. Loi Bachelot, n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoire ; dite loi HPST.....	5
1.2.5. Loi Fourcade, n° 2011-940 du 10 août 2011	5
1.2.6. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation du système de santé	5
1.2.7. Stratégie de transformation du système de santé, « Ma Santé 2022 », septembre 2018.....	6
1.3. Les définitions	6
1.3.1. La Maison de Santé Pluriprofessionnelle	6
1.3.1.1. L'organisation	6
1.3.1.2. L'encouragement financier	8
1.3.2. Des fonctions clés dans une MSP.....	9
1.4. La situation en Occitanie	10
1.4.1. L'offre de soins, une situation contrastée	10
1.4.2. Le Projet Régional de Santé (PRS).....	11
1.4.3. La spécificité des MSP.....	11
1.5. Ouverture	12
1.6. Problématique.....	12
2. Méthode et Matériel	13
2.1. La recherche documentaire.....	13

2.2.	Le type d'étude	13
2.3.	Le questionnaire	13
2.4.	La population	14
2.5.	Les critères de jugement	14
2.6.	L'échantillonnage	14
2.7.	La diffusion du questionnaire	14
2.8.	L'analyse des résultats	15
3.	Résultats	16
3.1.	Analyse descriptive.....	16
3.1.1.	Les caractéristiques de la population	16
3.1.2.	Les caractéristiques des MSP.....	17
3.1.3.	L'exercice coordonné.....	18
3.1.4.	Les nouvelles pratiques.....	20
3.1.5.	La coordinatrice de santé	21
3.1.6.	Le logiciel médical et la messagerie	22
3.1.7.	Dans un contexte d'activité inhabituelle (l'exemple de l'épidémie de Covid-19).....	23
3.2.	Analyse univariée	23
3.2.1.	La MSP et les professionnels qui y interagissent.....	24
3.2.2.	La coordination et les nouvelles pratiques.....	25
3.2.3.	La MSP et ses apports.....	27
4.	Discussion	28
4.1.	Limites de l'étude	28
4.2.	Forces de l'étude.....	28
4.3.	Analyse et discussion des principaux résultats.....	29
4.3.1.	Analyse descriptive.....	29
4.3.1.1.	Les caractéristiques de la population et des MSP	29
4.3.1.2.	La coordination et les nouvelles pratiques	30
4.3.1.3.	La communication et le partage d'information.....	31
4.3.2.	Analyse univariée.....	32
4.3.2.1.	La MSP et ses professionnels.....	32
4.3.2.2.	La coordination et les nouvelles pratiques	32

4.4.	Perspectives	33
4.5.	Conclusion	34
5.	Bibliographie	35
6.	Annexes	38
6.1.	Professionnels de santé.....	38
6.2.	Questionnaire.....	38
6.3.	Tableaux et figures	42
6.3.1.	Figures.....	42
6.3.2.	Tableaux.....	44

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DSS : Direction de la Sécurité sociale

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

ESP : Équipe de Soins Primaires

ETP : Éducation Thérapeutique

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

HPST (loi) : (loi) Hôpital Patient Santé Territoire

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PRS : Projet Régional de Santé

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTS : Pacte Territoire Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

T2A : Tarification À l'Activité

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Préambule

Mon premier contact avec la médecine générale en tant que professionnel a été dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), récemment créée. Je n'en connaissais ni les tenants ni les aboutissants, je n'ai pas eu connaissance de projet. Il m'a donc été difficile d'en percevoir la spécificité voire même l'intérêt. J'y ai cependant saisi la dimension politique et stratégique au travers d'interventions de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et des représentants de la mairie qui déployaient une énergie certaine pour maintenir des professionnels dans une zone à haut risque de désertification médicale.

J'ai eu par la suite l'opportunité d'avoir deux autres expériences dans une MSP. L'une en pleine création, lors de mon premier Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) et l'autre dans une MSP un peu plus « rodée » dans mon deuxième SASPAS. J'ai ainsi pu découvrir et comprendre l'intérêt d'un exercice coordonné, avoir une vision dynamique de la coordination. J'ai décidé d'en faire le sujet de ma thèse, me permettant ainsi de m'imprégner de cette nouvelle pratique de la médecine générale, d'en saisir les atouts et les limites, mais aussi les enjeux et les opportunités.

Dans ce travail, je vais précisément m'intéresser aux modalités d'exercice des médecins généralistes au sein de ces MSP. Entre nouvelles pratiques et nouvelles organisations, qu'apportent les MSP en termes de décloisonnement des modes d'exercices et de développement de la coopération interdisciplinaire ?

1. Introduction

1.1. Le contexte sanitaire et social

1.1.1. Quelques éléments de contexte

L'environnement dans lequel évoluent les secteurs de la santé et du social est en pleine transformation. La structuration « en silos » a longtemps prévalu dans l'organisation du travail, tous secteurs confondus ; les secteurs de la santé et du social n'y échappant pas. Aujourd'hui, le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques ont mis en exergue les limites d'un système de santé, complexe et cloisonné (1). D'autant plus que la volonté de vivre au domicile, le plus longtemps et le plus convenablement possible, malgré l'avancée en âge et la dépendance est toujours plus importante.

On assiste à de nombreuses évolutions : la diversification de l'offre de soins, l'incessante croissance de la demande mais aussi la modification des schémas organisationnels au sein des établissements, la transformation des missions des professionnels de la santé et du social, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopérations. La complexité croissante des situations fait que l'on ne peut plus agir seul. Chacun ayant besoin de la contribution de l'autre.

1.1.2. La réorganisation du système de santé

Ces évolutions questionnent l'organisation du système de santé et les conditions d'accès aux soins, problématiques auxquelles les politiques de santé tentent de répondre depuis plusieurs années, avec un budget contraint. La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins est la priorité dans la stratégie nationale de santé. Pour les pouvoirs publics, une des clés de la bonne marche du système de santé est le développement de nouvelles formes d'organisation des professionnels du secteur ville : coordination des soins, articulation et continuité ville-hôpital, partage des missions et des responsabilités entre les professionnels à destination du patient tout en assurant la qualité des soins (2). Aujourd'hui, la prise

en charge du patient est globale mais aussi plus précoce avec de nouvelles missions, spécifiquement sur le champ de la prévention.

Par ailleurs, on remarque un changement socio-culturel de la pratique des médecins généralistes. À savoir la fin de l'exercice isolé au profit de constructions collectives ainsi que la féminisation de l'exercice (3). Parallèlement à cela, on observe une répartition inégale des médecins selon leurs spécialités et surtout selon les zones géographiques. La conséquence principale est l'inégalité territoriale d'accès aux soins. De plus, on connaît une baisse notable des omnipraticiens. L'ensemble de ces phénomènes entraîne l'apparition de zones sous dotées en offre de soins, plus communément qualifiées de « déserts médicaux » (4).

Pour répondre à ces problématiques, les MSP ont été constituées. Elles ont pour finalité deux rôles clés : lutter contre les problématiques de désertification médicale et optimiser le parcours de soin des patients ; perdurant ainsi une offre de santé suffisante, moderne et de qualité, en améliorant les conditions d'exercices des professionnels (5). Il est à constater qu'elles ont également permis l'émergence de nouvelles pratiques au travers de la coordination entre professionnels.

1.2. Un cadre législatif structurant

1.2.1. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996

Pour la première fois, la notion de coordination de soins apparaît. Un chapitre entier est dédié à ce nouveau concept sous la forme d'actions expérimentales (6).

1.2.2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie

Elle positionne le médecin traitant au cœur de la prise en charge du patient. Au travers de cette loi, les pouvoirs publics affichent clairement leur objectif de créer pour le patient un parcours de soins coordonnés sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en médecine générale (7).

**1.2.3. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, de
financement de la sécurité sociale pour 2008**

Les MSP ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les premières MSP au sens légal du terme ont donc vu le jour il y a maintenant près de 15 ans (8).

**1.2.4. Loi Bachelot, n° 2009-879 du 21 juillet 2009,
portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à
la Santé et aux Territoire ; dite loi HPST**

Elle est le pilier législatif des MSP. Elle pose le cadre de la coordination avec l'apparition de la notion de projet de santé. Elle a également permis de créer les ARS, véritables structures encadrantes des MSP au travers de leur Projet Régional de Santé (PRS) (9).

1.2.5. Loi Fourcade, n° 2011-940 du 10 août 2011

Elle crée la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA) (10). Elle sera effective suite au *décret d'application n° 2012-407 du 23/03/2012* (11). Il s'agit d'une nouvelle forme juridique. C'est une structure d'exercice de certaines activités réalisées en commun par différents professionnels qui va permettre une rémunération différente du paiement à l'acte (Tarification À l'Activité ou T2A).

Par ailleurs, cette loi autorise le partage d'informations entre soignants, et a permis l'émergence de logiciels labélisés, sous la gouvernance de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP santé).

**1.2.6. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de
modernisation du système de santé**

Elle met l'accent sur le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé. L'idée principale est de faciliter l'accès aux soins avec une réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste traitant. Elle soutient

la diversification des modes d'exercices collectifs de premier recours pour répondre à de multiples enjeux (médicaux, sociaux, démographiques, etc.) (12).

**1.2.7. Stratégie de transformation du système de santé,
« Ma Santé 2022 », septembre 2018**

Le gouvernement veut faire du renforcement du premier recours une priorité, avec l'appui de nouveaux outils. L'objectif est de créer dans chaque territoire un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé : hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Au niveau local, sont créées les Équipes de Soins Primaires (ESP). Ces différents acteurs doivent rassembler leurs compétences ainsi que leurs moyens pour les mettre au service de la santé des patients de leur territoire, au travers de nombreuses missions. La mise en place de celles-ci sera confiée aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (13).

1.3. Les définitions

1.3.1. La Maison de Santé Pluriprofessionnelle

1.3.1.1. L'organisation

L'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique apporte la définition suivante :
« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute

personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Les MSP garantissent l'accès aux soins des usagers, à partir d'un exercice nouveau, dont le principe clé est la coordination des professionnels dans le cadre d'un projet de santé, s'inscrivant dans la stratégie et les orientations régionales définies par les ARS. Un des objectifs est de maintenir des professionnels de santé sur le terrain dans les zones sous-dotées en offre de soins et favoriser l'installation de jeunes professionnels libéraux (14).

Elle est constituée d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. En moyenne en Occitanie, on retrouve 4,4 médecins généralistes par MSP (15). Les MSP peuvent aussi intégrer des psychologues, même s'ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé au titre du code de la Santé Publique. Depuis 2011, le « P » de MSP renvoie au terme « pluriprofessionnelle » et non plus au terme « pluridisciplinaire ». L'objectif étant de souligner que la MSP implique une forte collaboration entre soignants, et non un simple regroupement de spécialités différentes.

Elles se doivent de répondre à un cahier des charges, en référence à *la circulaire du 27/07/2010, relative au lancement du plan d'équipement en maison de santé en milieu rural* (16). Il met en avant la notion de projet de santé, véritable pierre angulaire de la création d'une MSP. Ce projet de santé doit être élaboré par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Il permet une proximité à la fois physique, cognitive et organisationnelle. Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit d'un réel élément fédérateur entre les professionnels (17). Il est ensuite transmis à l'ARS pour validation. Il se décline à partir de 3 étapes :

- Un diagnostic de territoire pour évaluer les besoins en santé
- Un projet professionnel définissant l'organisation pluriprofessionnelle
- Un projet de soins à destination des patients

Cette organisation pluridisciplinaire favorise le déploiement de l'exercice coordonné, le développement de la prévention et de la télémédecine, mais aussi la prise en charge des soins non programmés. Les professionnels de santé qui y exercent s'engagent à élaborer et rédiger un projet de santé attestant de leur

exercice coordonné. Les MSP sont appelées à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, préalablement à tout versement d'une aide financière.

1.3.1.2. L'encouragement financier

Les MSP bénéficient de plusieurs types de financements, dédiés à l'investissement et au fonctionnement. Ils sont soit purement financiers soit sous forme d'aides (accompagnement, mise à disposition de moyens). Ils sont fournis par de nombreux acteurs : l'ARS principalement, mais aussi les collectivités territoriales et leurs groupements communaux, le conseil général ou régional, l'État, des fonds européens (FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural), certaines associations (URPS, FFMPS, FORMS) (15).

- Entre 2010 et 2014, l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) évalue les MSP dans le cadre de l'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). Introduits dès 2008 dans la loi de financement de la sécurité sociale, ils visent à cofinancer le fonctionnement des MSP. Il s'agit de montants affectés aux structures en vue d'améliorer les soins au sens large. Ils sont pilotés par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et mis en œuvre au niveau local par les ARS. Ils permettent de favoriser : l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information (18). En ce sens, l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services de première ligne est génératrice de gains d'efficacité en matière de dépense ambulatoire, en comparaison avec l'exercice standard (19).

- Le 20/04/2017, est signé l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les représentants d'organisations représentatives des professionnels de santé libéraux exerçant au sein de ces structures. Un arrêté instaure l'ACI relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Il encadre le financement des MSP selon des critères (socles et optionnels) déterminés. Un contrat d'une durée de 5 ans est signé entre : la MSP, sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'ARS dont

elle dépend. Ces aides financières sont donc versées en contrepartie de l'atteinte d'objectifs (20).

L'ACI devient un des modes de rémunération des MSP sous statut de SISA. L'ACI permet aux professionnels de bénéficier de rémunérations communes en respectant certains critères. Depuis leur mise en place, les MSP ont connu des évolutions et des modalités d'exercice qui se sont diversifiées. L'ACI est aujourd'hui un outil favorisant la stabilité et l'augmentation des effectifs des équipes médicales des MSP (21).

1.3.2. Des fonctions clés dans une MSP

- **La coopération** : elle provient selon son sens étymologique du latin *cum* (avec) et *operare* (agir, opérer conjointement avec quelqu'un ou quelque chose). Appliquée au domaine de la santé, dans une MSP, il s'agit de l'action de participer avec un ou plusieurs professionnels potentiellement issus de disciplines ou de secteurs d'activités différents, à la prise en charge des patients.

- **La coordination** : elle provient selon son sens étymologique du latin *cum* (avec) et *ordinare* (ordonner, organiser les parties d'un ensemble en vue d'un objectif particulier). Appliquée au domaine de la santé, dans une MSP, la coordination agit sur les activités, en facilitant, organisant et promouvant les actions avec les équipes. Elle tend à harmoniser les actions de différentes institutions à différents niveaux d'intervention. Elle ouvre sur la pluralité des intervenants, des méthodes, des contenus et des objectifs.

- **L'exercice coordonné** : il constitue un mode d'exercice organisé en équipe, pluriprofessionnelle et interdisciplinaire, ayant des objectifs communs au service d'une patientèle commune ou d'une population sur un territoire donné.

Dans le cadre d'une activité médicale, on parle donc d'exercice coordonné. Au sein d'une MSP, on parle d'exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins ambulatoires. Ce mode d'exercice est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Il participe à l'harmonisation de celles-ci dans le but de fluidifier et d'optimiser la prise en charge des patients. Il

peut être reconnu au titre du Développement Professionnel Continu (DPC), dans la mesure où il respecte les conditions réglementaires (22). Dans un premier temps, il est nécessaire d'observer et d'analyser les pratiques professionnelles. Préambule aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), qui ont pour but l'organisation du parcours de soins et l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels. Ce qui ne dédouane pas les professionnels d'approfondir des connaissances et d'acquérir de nouvelles compétences. Tout ce travail de concertation est facilité par l'utilisation d'un logiciel médical partagé dédié.

1.4. La situation en Occitanie

1.4.1. L'offre de soins, une situation contrastée

Au 01/01/2018, on dénombre 9816 médecins généralistes en Occitanie. Le nombre de médecins généralistes installés s'élève à 8114 soit 82,7 % de l'effectif total. Il y a 48,4 % de femmes pour 51,6 % d'hommes. L'activité est représentée à 62 % par un mode d'exercice libéral et à 6 % par un mode d'exercice mixte (à la fois libéral et salarié) (23, 24). La densité moyenne est de 168 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Occitanie, ce qui est supérieur à la moyenne nationale, mais en baisse par rapport aux années précédentes. Cette baisse est liée au vieillissement des omnipraticiens installés (plus de 30 % des médecins ont plus de 60 ans). De plus, on identifie de fortes disparités départementales, ainsi on dénombre 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le Tarn-et-Garonne contre 199 pour 100 000 dans les Hautes-Pyrénées (25). Ces dernières années, on observe une stagnation de la démographie médicale. A contrario, l'offre médicale semble toujours plus faible. Ceci peut être expliqué par différents facteurs : la diminution du temps de travail des mêmes médecins, la diminution de l'activité libérale régulière au profit des remplacement ou d'une activité salariée ou mixte et enfin la féminisation de la profession (26).

1.4.2. Le Projet Régional de Santé (PRS)

Face aux problèmes de démographie médicale (baisse de la densité médicale, fortes disparités départementales), les pouvoirs publics ont décidé d'apporter des solutions. Dans les suites de la loi de modernisation du système de santé, le PRS de 2018 envisage des adaptations du système de santé (27). Il se concrétise au niveau local pour lutter contre les déserts médicaux par la mise en place du Pacte Territoire Santé (PTS). L'ARS, sous l'égide du ministère de la santé, déploie de nombreux dispositifs d'aides à l'installation adaptés aux besoins de chaque territoire de la région, souvent sous forme de mesures incitatives.

Il s'agit de mesures concrètes pour favoriser l'accès à un médecin en Occitanie (28) :

- Créer des conditions d'exercice attractives pour les professionnels de santé : la réponse des MSP
- Faire connaître et apprécier le métier de médecin généraliste : 100 % des étudiants en médecine font un stage auprès d'un médecin généraliste
- Inciter les futurs médecins à s'installer dans les zones les plus fragiles : le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)
- Apporter une garantie de revenus aux médecins qui s'installent dans les zones les plus fragiles : les contrats de Praticien Territorial de médecine générale (PTMG)
- Participer aux soins urgents dans les territoires isolés : les médecins correspondants du SAMU

1.4.3. La spécificité des MSP

Leur création puis leur organisation se sont concrétisées depuis près de 15 ans. Elles sont en progression significative depuis ces cinq dernières années ; un rapport énonce un chiffre de 233 MSP en Occitanie au 20/10/2020 (29). Il y en avait moins de 10 en 2010, et à peine plus de 100 en avril 2018.

1.5. Ouverture

Les MSP ont-elles réellement modifié le paysage médical et médicosocial du territoire ? Qu'ont-elles apporté en matière d'exercice chez les professionnels qui en sont les référents, les médecins généralistes ? Peu de littérature sur le sujet. « Entre solution miracle et effet de mode, où se placent les MSP dans le système de santé actuel ? ». Nous tenterons d'y répondre selon la problématique ci-après.

1.6. Problématique

En quoi la pratique du médecin généraliste dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle favorise le décloisonnement des modes d'exercices et le développement de la coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire ?

2. Méthode et Matériel

2.1. La recherche documentaire

Cette recherche s'est déroulée de mai 2020 à mai 2021. Les moteurs de recherche utilisés : Google Scholar, CISMef, LiSSa. Les mots clés choisis : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; MSP ; coopération interprofessionnelle ; coordination ; exercice coordonné ; soins primaires ; médecine générale ; parcours de soins ; évaluation ; Occitanie.

Les différents articles ont été retenus selon leur pertinence en termes de pratique médicale et de coordination. Il s'agit d'une démarche quasiment exhaustive devant la relative pauvreté de la bibliographie sur ce vaste sujet que constituent les MSP. Ainsi, très peu d'articles ont été éliminés.

2.2. Le type d'étude

Pour répondre à cette problématique, nous avons mené une recherche quantitative. Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, descriptive et analytique, avec recueil des données par questionnaire.

2.3. Le questionnaire

Le questionnaire a été créé à l'aide du logiciel GoogleForm, il comprend 29 questions. La plupart sont à réponse unique (21 questions) pour faciliter le recueil des données et leur interprétation. Une partie était à choix multiples (6 questions) pour apporter un peu plus de matière. Pour la majorité des questions, il y a une possibilité surajoutée de réponses ouvertes (14 questions) afin de recueillir les avis non anticipés des participants et leur laisser une certaine liberté d'expression. La première partie du questionnaire permet une présentation de la MSP et des différents acteurs qui y interagissent. Ensuite, les parties suivantes s'intéressent respectivement aux nouveaux modes d'exercices, à la coordination et enfin aux

systemes d'informations (logiciel médical partagé notamment). Le questionnaire est disponible en annexe.

2.4. La population

Il s'agit de médecins généralistes installés au sein de différentes Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, en Occitanie.

2.5. Les critères de jugement

Le critère de jugement principal fait référence au décloisonnement des modes d'exercice et au développement de la coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Le critère de jugement secondaire fait référence à la temporalité d'installation (< 2 ans ou > 2 ans voire > 5 ans) des médecins généralistes au sein des MSP. Il permet de réaliser l'analyse univariée.

2.6. L'échantillonnage

Le questionnaire a été adressé dans un premier temps à des coordonnatrices de parcours de soin travaillant notamment en MSP, rencontrées sur mes différents terrains de stage. Cela a été fait dans le but de vérifier la pertinence des questions et la clarté de leur formulation pour une compréhension optimale.

2.7. La diffusion du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués par mail aux différentes MSP d'Occitanie. Les adresses mails des contacts pour chaque MSP ont été obtenues directement auprès de l'ARS, au travers de leurs différents correspondants. Sur cette mailing-list, il y avait 211 MSP répertoriées (pour plus de 233 créées officiellement), dont 156 avec un mail valide (mais 19 doublons). Ils ont été envoyés le 15 juillet 2021

avec une relance le 09 août 2021. La période de recueil s'est ainsi déroulée du 15 juillet au 31 août 2021.

2.8. L'analyse des résultats

Nous avons obtenu 111 réponses à ce questionnaire. En prenant comme chiffre moyen de 4,4 médecins généralistes par MSP en Occitanie (15), sur 156 mails envoyés il y avait potentiellement 686 réponses envisageables. Le taux de réponse est dans notre cas de 16 %, ce qui montre un intérêt certain des médecins généralistes pour les MSP.

Une base de données informatique a été transposée depuis la plateforme GoogleForm sur le logiciel Excel et l'analyse des données effectuée depuis ce dernier. Les analyses descriptives et les recherches d'associations ont été faites sur le logiciel R, version 4.0.2 (Fondation R pour les statistiques informatiques, Vienne, Autriche).

Il y a 29 questions pour 29 variables, recodées à but d'analyse en 68 variables (pour les questions à choix multiples). L'âge est la seule variable quantitative ; toutes les autres variables sont qualitatives. L'analyse statistique a été faite dans un premier temps à visée descriptive détaillée avec des graphiques. Dans un deuxième temps, il a été effectué une analyse univariée en 2 parties : elles font la distinction dans la durée d'installation des médecins généralistes en MSP ; respectivement < 2 ans ou > 2 ans et < 2 ans, 2 – 5 ans ou > 5 ans.

Les différences entre les variables quantitatives ont été testées par l'intermédiaire du test T de Student. Les associations entre les variables qualitatives catégorielles ont été recherchées par l'intermédiaire du test du Chi2. Le seuil de la valeur p a été fixé à priori à 5 %.

A noter que ce travail d'analyse des résultats et d'analyse statistique a été délégué à une équipe de professionnels compétents en la matière (<https://statme.fr>).

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

3.1.1. Les caractéristiques de la population

Les médecins généralistes exerçant en MSP ayant répondu au questionnaire ont de 27 à 73 ans, avec une moyenne de 42,76 ans et une médiane de 40 ans (tableau 1 et figure 1). La répartition de ces médecins généralistes retrouve 71 % de femmes pour 29 % d'hommes (figure 2).

Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	Moyenne	3 ^{ème} quartile	Maximum	Écart type	Gamme
27	34	40	42.76	50	73	11.06	46

Tableau 1 : âge des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

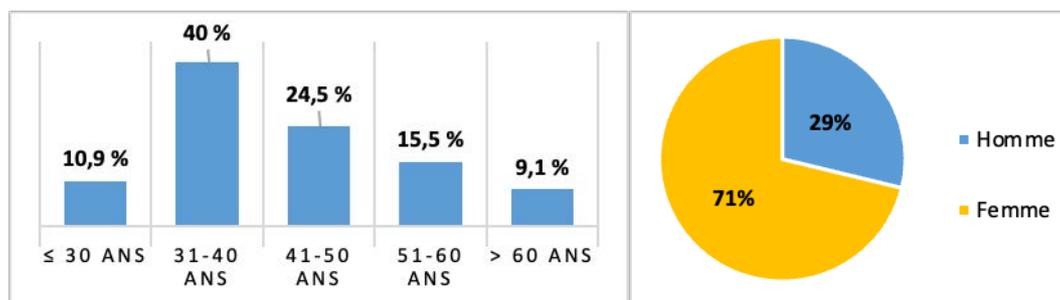


Figure 1 : répartition par tranche d'âge

Figure 2 : répartition selon le sexe

Dans cette population de médecins généralistes, près de la moitié (47 %) exercent dans une MSP depuis moins de 2 ans ; la majorité (53 %) exercent en MSP depuis plus de 2 ans et 25 % depuis plus de 5 ans (figure 3). Plus de deux tiers (68 %) des médecins généralistes installés en MSP ont participé au projet de santé lors de la constitution de celles-ci (figure 4).

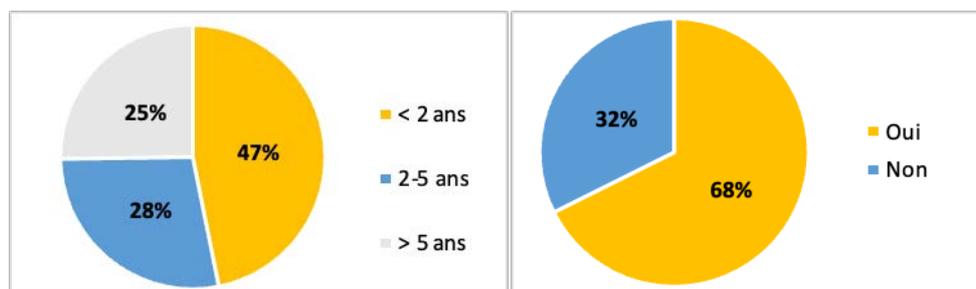


Figure 3 : durée d'exercice en MSP

Figure 4 : participation au projet de création de la MSP

3.1.2. Les caractéristiques des MSP

La répartition des médecins généralistes exerçant en MSP ayant répondu au questionnaire est assez hétérogène selon le département. Par exemple, 20 % des réponses proviennent du département de la Haute-Garonne (31), contre 2 % dans le Tarn (81) (figure 5 en annexe).

Les MSP sont réparties de manière majoritaire en zone rurale (78 %) (figure 6 en annexe) et sont réparties de manière relativement équilibrée selon leur mode d'organisation : unisite (47 %) ou multisite (53 %) (figure 7 en annexe). La majorité (57 %) des MSP représentées sont relativement « anciennes » (ouverture avant le 01/01/2019) (figure 8 en annexe).

Les MSP comprennent en large majorité plus de 10 professionnels de santé (97 %) dans leurs murs et on retrouve une proportion de 24 % de « grosses MSP » avec plus de 30 professionnels (figure 9).

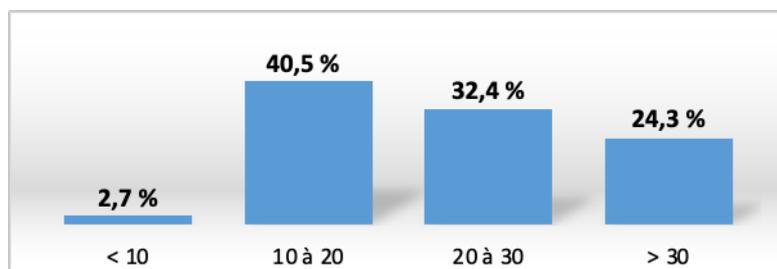


Figure 9 : nombre de professionnels au sein de la MSP

Les professions représentées sont très diversifiées. On retrouve notamment de manière quasiment systématique des infirmières (96 %). Les masseurs-kinésithérapeutes sont eux aussi très bien représentés (78 %), de même que les diététiciens, orthophonistes, pédicures-podologues ou sages-femmes (plus de 50 % des cas). Les « autres professions » sont représentées par (liste non exhaustive) : médecine chinoise, sophrologue, hypnothérapeute, chiropracteur, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), France Alzheimer, opticien, audioprothésiste, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Centre Médico-Psychologique (CMP), Service de Soins Infirmier À Domicile (SSIAD) (figure 10).

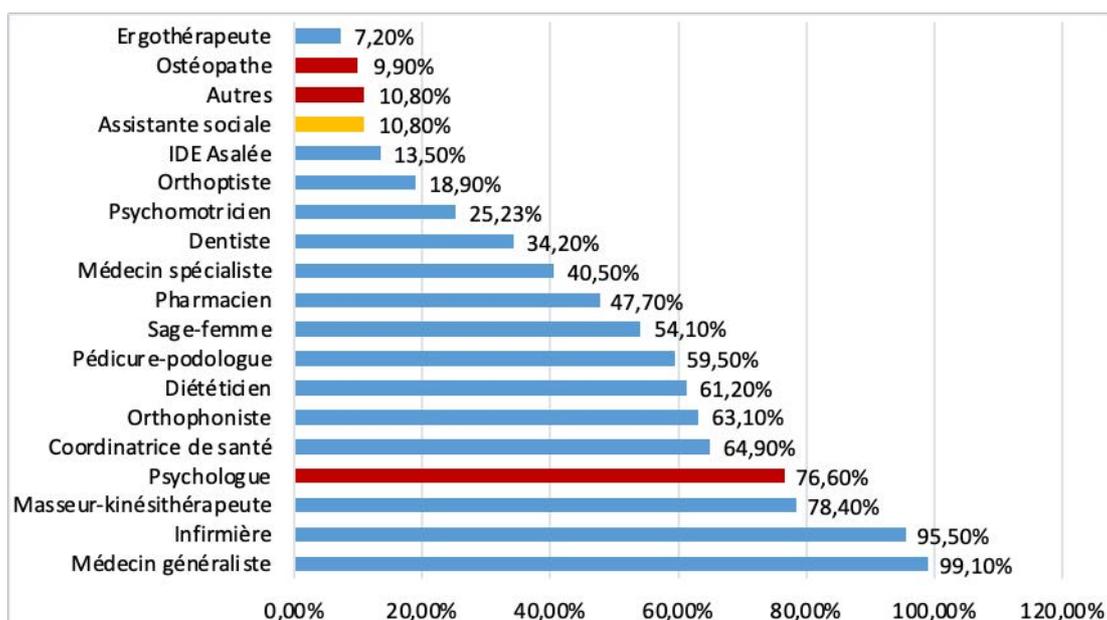


Figure 10 : professions représentées au sein de la MSP

À noter que l'on y distingue, selon la définition du code de santé publique : les professionnels de santé (professions médicales, de la pharmacie, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers) (liste disponible en annexe), les professionnels du social (assistante sociale) et les autres professions. La coordinatrice de parcours de soin est souvent un professionnel de santé même si cela n'est pas toujours le cas.

3.1.3. L'exercice coordonné

En ce qui concerne la définition de l'exercice coordonné du point de vue des médecins généralistes, la notion de partage de l'activité rentre peu en compte (36 %) pour définir l'exercice coordonné ; on retrouve en forte proportion la notion d'équipe et d'interactivité (93 %) ainsi que la communication pour une part majoritaire (65 %) (figure 11). Cette dernière n'est pas un axe de priorité pour la mise en place de l'exercice coordonné (1 %). A l'inverse de la pluriprofessionnalité des acteurs (37 %), de l'exercice en équipe (31 %) et des objectifs communs (31 %) (figure 12).

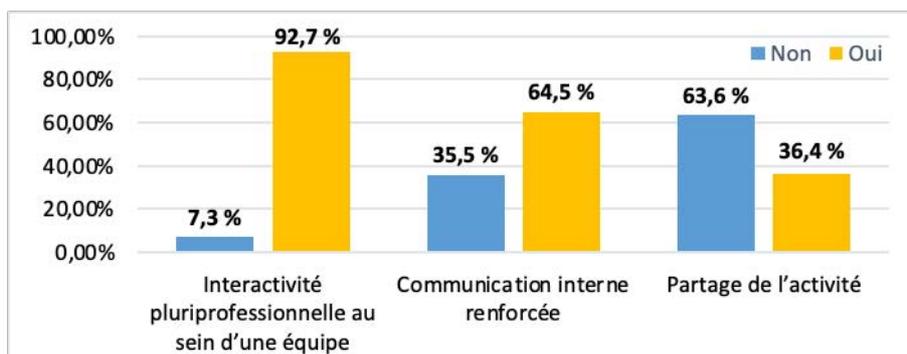


Figure 11 : les définitions de l'exercice coordonné

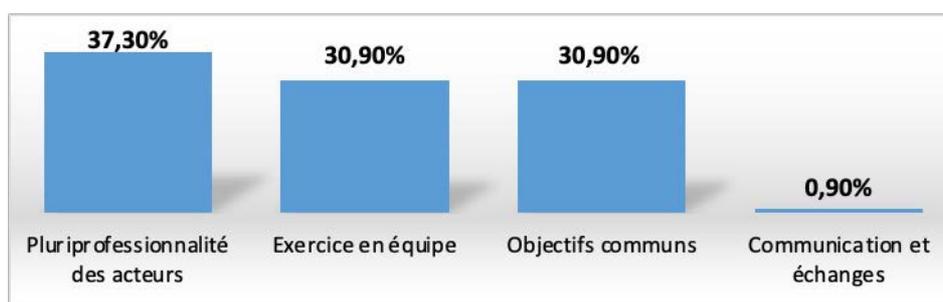


Figure 12 : la priorité dans l'exercice coordonné

En ce qui concerne les objectifs attendus exprimés par les médecins généralistes de leur activité au sein d'une MSP, ils sont nombreux et non exhaustifs. On retrouve ici l'amélioration de l'accès aux soins (75 %), l'amélioration de la prise en charge (94 %), la formation (69 %), les actions spécifiques de prévention et promotion de la santé (83 %) (figure 13).

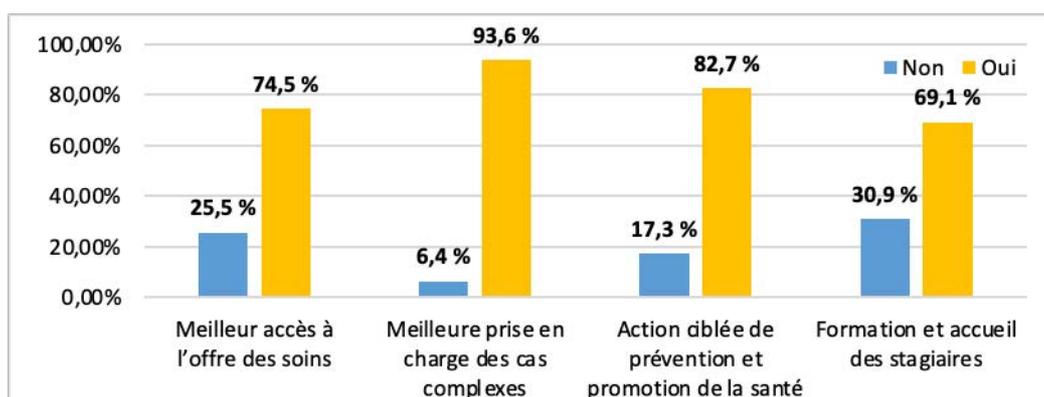


Figure 13 : les objectifs de l'activité au sein d'une MSP

3.1.4. Les nouvelles pratiques

Les RCP et protocoles pluriprofessionnels (PP) ainsi que les missions définies de santé publique (MDSP) sont réalisés respectivement à 96 %, 84 % et 87 %. Les activités d'éducation thérapeutique (ETP) et de formation interprofessionnelle (FIP) le sont respectivement à 38 % et 41 % (figure 14).

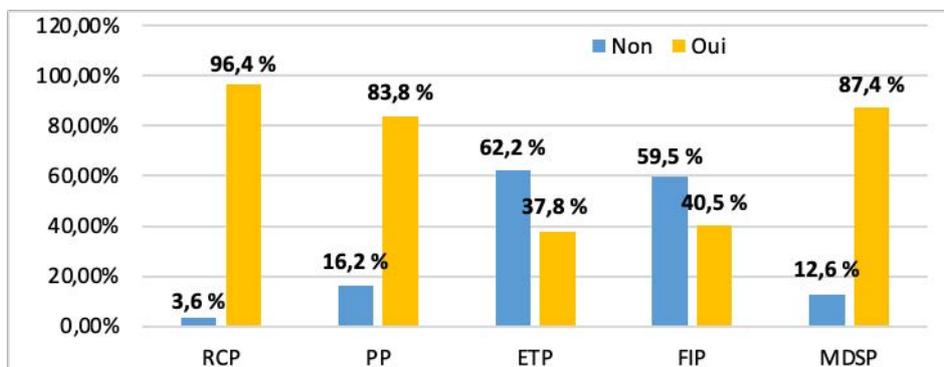


Figure 14 : part de la réalisation des nouvelles pratiques

Les professionnels de santé qui y participent sont essentiellement les médecins généralistes traitant, les infirmières, les coordinatrices de santé et les professions paramédicales (plus de 80 %). Les pharmaciens et les autres professions médicales sont moins impliqués dans ces pratiques (moins de 60 %) (figure 15).

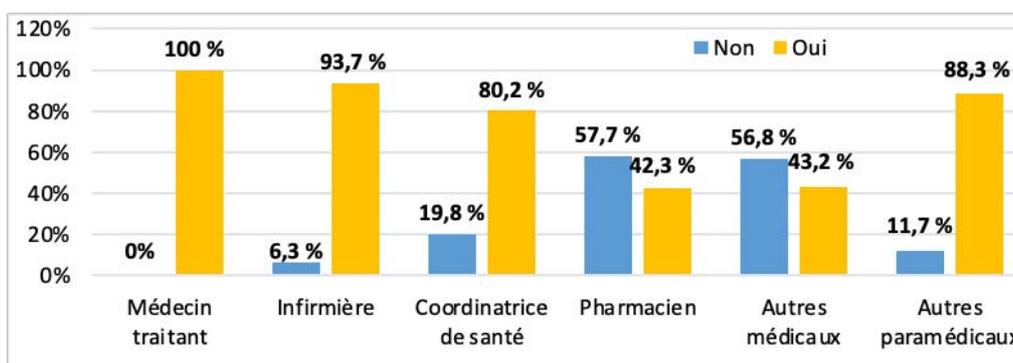


Figure 15 : part des participants aux nouvelles pratiques

Les médecins généralistes y participent selon une durée relativement variable. Dans la majorité des cas (43 %) entre une et deux heures par semaine (figure 16).

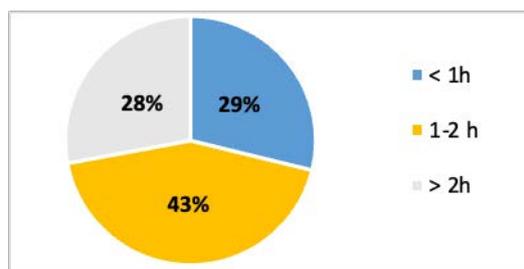


Figure 16 : durée hebdomadaire dédiée aux nouvelles pratiques

3.1.5. La coordinatrice de santé

Il s'agit d'une personne à part entière dans 83 % des cas (figure 17). En outre, dans la majorité des cas (58 %), elle est salariée de la MSP (figure 18). Dans la majorité des cas également (57 %), elle est bien présente au sein de la structure et intervient plusieurs jours par semaine, mais pas à temps plein (figure 19).

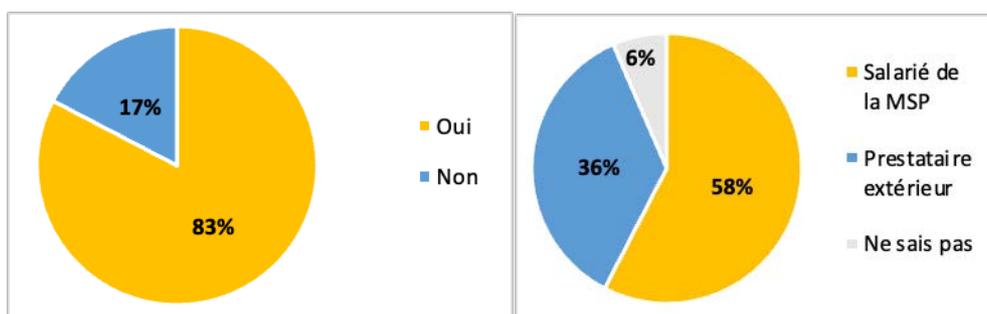


Figure 17 : singularité de la coordinatrice

Figure 18 : statut de la coordinatrice

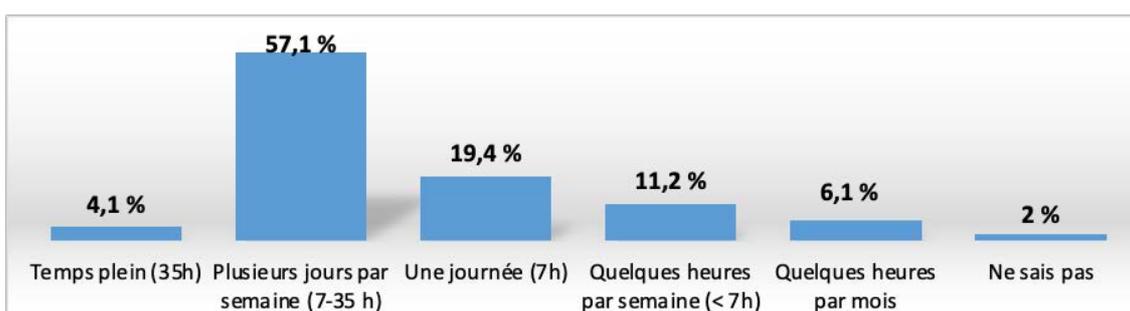


Figure 19 : horaires hebdomadaires de la coordinatrice de santé

Les activités de coordination, encadrées par la coordinatrice, peuvent être réalisées dans un lieu adapté dans près de trois quarts des cas (72 %) (figure 20).

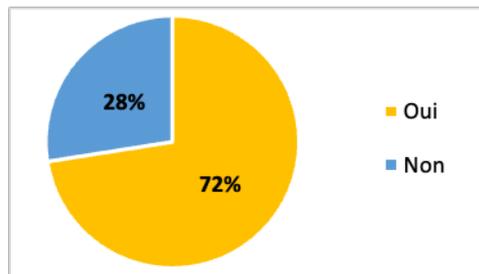


Figure 20 : le lieu dédié à ces actions de coordination

3.1.6. Le logiciel médical et la messagerie

Toutes les MSP sont pourvues d'un logiciel médical partagé. En revanche, même si dans plus de la moitié des cas (56 %) l'accès est possible pour tous les professionnels exerçant au sein de la MSP, il est parfois soumis à restriction ; professions médicales, pharmaciens, infirmières étant les plus concernés (35 %) (figure 21 en annexe).

En ce qui concerne l'objectif premier de ce logiciel, à savoir la facilitation du partage d'informations entre professionnels, on retrouve 11 % de réponses défavorables à cette question (figure 22).

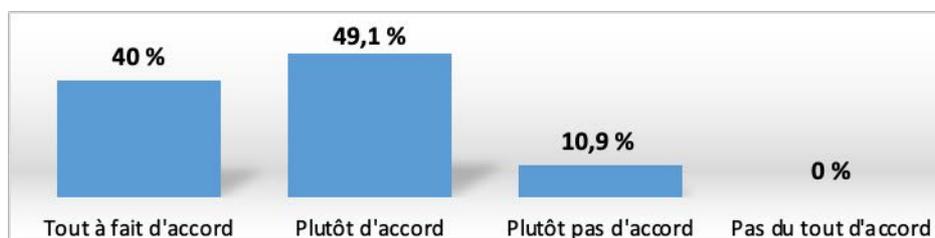


Figure 22 : le logiciel facilite le partage d'informations

Les logiciels médicaux les plus utilisés sont Weda (48 %), Mon Logiciel Médical (MLM) (16 %) et Chorus (16 %) (figure 23 en annexe).

En ce qui concerne la communication rapide au quotidien, elle se fait dans plus de trois quarts des cas (80 %) par messagerie instantanée (figure 24). De plus, dans 72 % des cas, elle est sécurisée (figure 25).

On retrouve dans un peu plus d'un tiers des cas (35 %) l'utilisation d'une messagerie spécifique (liste non exhaustive) : SPICO, IDOMED, LAN Messenger, Apicrypt, Telegram, Signal, Rainbow, Globule, Mailiz. Dans 28 % des cas, la messagerie utilisée est WhatsApp (non sécurisée) (figure 26 en annexe).

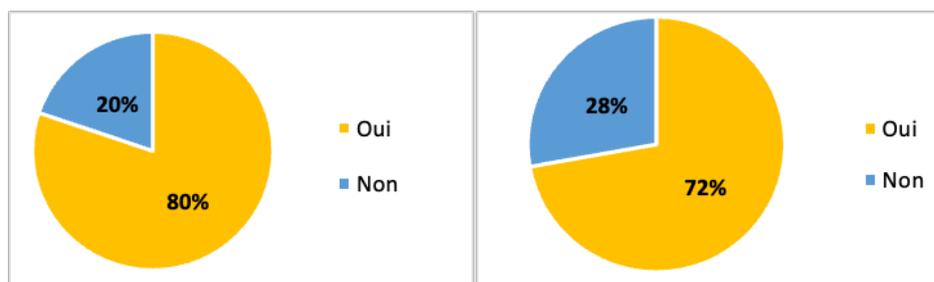


Figure 24 : la messagerie instantanée Figure 25 : la messagerie sécurisée

3.1.7. Dans un contexte d'activité inhabituelle (l'exemple de l'épidémie de Covid-19)

Dans ce cas-là, assez particulier mais néanmoins d'actualité, on retrouve 6 % de réponses négatives en ce qui concerne le rôle de la MSP dans la facilitation de l'organisation de la pratique (figure 27 en annexe).

Les vecteurs qui entrent en jeu pour cela sont essentiellement l'unité de lieu (75 %) où pouvait s'organiser l'information, le dépistage, la vaccination, le suivi, etc., et le maillage territorial (72 %). On retrouve peu d'interaction avec les instances gouvernementales (34 %) et avec les autres établissements de santé (28 %) (figure 28 en annexe).

3.2. Analyse univariée

On différencie deux groupes de médecins généralistes installés en MSP ayant répondu au questionnaire. Le premier groupe représente les médecins généralistes installés en MSP depuis moins de 2 ans ; l'autre groupe représente ceux étant installés en MSP depuis plus de 2 ans. Dans le groupe des médecins installés depuis plus de 2 ans, on identifie deux sous-groupes : le premier représente les médecins installés en MSP depuis plus de 2 ans mais moins de 5 ans ; le deuxième ceux installés depuis plus de 5 ans.

À noter qu'il s'agit d'une analyse globale pour chaque variable.

3.2.1. La MSP et les professionnels qui y interagissent

On observe une différence significative en ce qui concerne le mode d'organisation (unisite ou multisite) des médecins généralistes exerçant en MSP, selon leur durée d'installation au sein de ces dernières (tableau 2).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Unisite	13	19	20	0.0005
Multisite	39	12	8	

Tableau 2 : mode d'organisation des MSP, selon la durée d'installation

On observe une différence significative en ce qui concerne le nombre de professionnels de santé exerçant au sein des MSP, selon qu'ils sont installés de manière plus ou moins récente au sein de celles-ci (tableau 3).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
< 10	1	2	0	0.0035
10 – 20	12	17	16	
20 – 30	25	4	7	
> 30	13	8	5	

Tableau 3 : nombre de professionnels dans la MSP, selon la durée d'installation

On observe une différence significative en ce qui concerne la date d'ouverture des MSP, selon la durée d'installation des médecins généralistes au sein de celles-ci (tableau 4).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Avant 01/01/2019	11	25	27	0.0005
Après 01/01/2019	36	6	1	
Ne sais pas	5	0	0	

Tableau 4 : date d'ouverture de la MSP, selon la durée d'installation

On observe une différence significative en ce qui concerne la participation ou non au projet de constitution de la MSP, selon la durée d'installation des médecins généralistes en leur sein (tableau 5).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Non	23	8	5	0.032
Oui	29	23	23	

Tableau 5 : participation au projet de la MSP, selon la durée d'installation

3.2.2. La coordination et les nouvelles pratiques

On observe une différence significative selon la durée d'installation des médecins généralistes en MSP, en ce qui concerne la définition de l'exercice coordonné et notamment le renforcement de la communication interne (tableau 6). En revanche, cette différence n'est plus retrouvée lorsque l'on intègre le sous-groupe de médecins généralistes exerçant depuis le plus longtemps (plus de 5 ans) dans l'analyse (tableau 6 bis en annexe).

	< 2 ans	> 2 ans	p
Interactivité pluriprofessionnelle au sein d'une équipe			0.49
Non	3	6	
Oui	49	52	
Communication interne renforcée			0.049
Non	23	15	
Oui	29	43	
Partage de l'activité			0.071
Non	38	32	
Oui	14	26	

Tableau 6 : définitions de l'exercice coordonné, selon la durée d'installation

On observe une différence significative selon la durée d'installation des médecins généralistes au sein des MSP, en ce qui concerne la participation à de nouvelles pratiques (protocoles pluriprofessionnels et ETP notamment) (tableau 7).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
RCP				0.29
Non	2	0	2	
Oui	50	31	26	
Protocoles pluriprofessionnels				0.019
Non	14	4	1	
Oui	38	27	27	
Éducation thérapeutique				0.020
Non	39	18	12	
Oui	13	13	16	
Formation interprofessionnelle	a			
Non	34	19	13	0.26
Oui	18	12	15	
Missions définies de santé publique				
Non	7	4	3	1
Oui	45	27	25	

Tableau 7 : nouvelles pratiques, selon la durée d'installation

Les médecins généralistes installés récemment en MSP consacrent, de manière significative, moins de temps à ces nouvelles pratiques, en comparaison avec ceux installés depuis plus longtemps (tableau 8).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
< 1 heure	22	7	4	0.038
1 – 2 heures	22	12	14	
> 2 heures	9	12	10	

Tableau 8 : durée hebdomadaire consacrée, selon la durée d'installation

On observe une différence significative en ce qui concerne l'inclusion des pharmaciens à la participation à ces nouvelles pratiques, selon la durée d'installation plus ou moins récente en MSP (tableau 9 en annexe).

3.2.3. La MSP et ses apports

En comparaison entre les 2 groupes, on retrouve une différence significative en ce qui concerne l'accueil et la formation de stagiaires (internes, externes, autres statuts, autres professions) (tableau 10).

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Meilleur accès à l'offre de soins (pour les patients)				0.32
Non	14	9	4	
Oui	38	21	24	
Meilleure prise en charge des situations complexes				0.68
Non	3	3	1	
Oui	49	27	27	
Mise en place d'actions ciblées de prévention et de promotion de la santé				0.86
Non	10	6	4	
Oui	42	24	24	
Activité de formation et accueil de stagiaires (externe, internes, autres étudiants)				0.024
Non	23	5	7	
Oui	29	25	21	

Tableau 10 : objectifs de l'activité en MSP, selon la durée d'installation

On observe, et cela de manière significative, une différence dans la perception (vecteurs) des avantages de la MSP face à la crise épidémique du Covid-19, selon que les médecins généralistes y sont installés depuis plus ou moins longtemps (tableau 11 en annexe). Cependant, les variables dont les réponses sont significativement différentes ne sont pas les mêmes selon que l'on inclut ou non les sous-groupes (tableau 11 bis en annexe).

En ce qui concerne le reste des variables, l'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les groupes ou sous-groupes.

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

En ce qui concerne l'accessibilité au questionnaire. Nous avons été confrontés à deux niveaux de difficultés, non seulement pour obtenir les coordonnées des MSP mais aussi pour les contacter. En effet, sur les 233 MSP officiellement « ouvertes » en Occitanie fin 2020, la liste obtenue auprès de l'ARS Occitanie contenait les coordonnées de 211 MSP. Sur cette liste il y avait 175 coordonnées exploitables sous format d'adresses mails, dont 19 doublons. Il y avait finalement 156 mails de MSP différentes. Par ailleurs, le contact obtenu était souvent celui de la coordinatrice de santé, parfois celui d'une autre personne référente ; et non pas celui d'un médecin généraliste, qui constitue la population d'étude. Nous étions donc confrontés à un souci de diffusion du questionnaire auprès des médecins généralistes. En ce sens, il faut déjà imaginer un minimum de coordination et de communication entre ces différents acteurs pour que les médecins généralistes aient accès au questionnaire.

La seconde difficulté concerne la méthodologie même de ce travail. En effet, le recueil quantitatif mais surtout transversal et parfois rétrospectif des données ne permet pas d'avoir une puissance suffisante en termes d'analyse pour extrapoler ces résultats en situation de vie réelle. Cependant, une méthodologie prospective semble difficile à appréhender pour ce sujet. En effet, nous sommes confrontés à une insuffisante antériorité de l'existence des MSP (elles ont été créées légalement en 2007 mais leur ouverture pratique et significative est effective depuis environ 5 ans). Il n'y a donc pas beaucoup de recul, ni même de projection possible.

4.2. Forces de l'étude

Tout d'abord, une des forces réside dans le choix d'avoir effectué un échantillonnage préalable à la diffusion massive du questionnaire. Ceci a permis d'obtenir l'avis de professionnels avisés en matière de MSP (coordinatrices de santé ; n'entrant pas dans la population d'étude). Le but : vérifier la pertinence et la qualité du questionnaire en permettant une exploitation optimale des données.

On a obtenu un nombre de réponses relativement important et donc un échantillon de taille satisfaisante ($n = 111$). Le taux de participation est correct : si l'on considère qu'il y a 4,4 médecins généralistes par MSP en Occitanie en moyenne (17), il y avait 686 répondeurs potentiels (156 mails envoyés), soit un taux de réponse d'un peu plus de 16 %.

De plus, en ce qui concerne l'analyse univariée, nous avons obtenus un taux de corrélation correct avec une bonne puissance statistique ($p\text{-value} < 0,05$) pour certaines variables.

Le caractère original de cette étude. En effet, on retrouve à ce jour peu de travaux sur les MSP et surtout peu de données sur la spécificité de l'exercice coordonné en leur sein. La littérature est relativement pauvre sur le sujet ; en partie due au fait du caractère récent de leur création et donc de l'absence de recul suffisant.

4.3. Analyse et discussion des principaux résultats

4.3.1. Analyse descriptive

4.3.1.1. Les caractéristiques de la population et des MSP

La population de médecins généralistes exerçant en MSP ayant répondu au questionnaire est relativement jeune et constituée majoritairement de femmes. La féminisation de la profession est connue depuis quelques années maintenant, mais selon une distribution proche de 50 % sur les effectifs en Occitanie. Dans notre cas, la part féminine est de 70 % ; ce chiffre semble un peu excessif. Ont-elles simplement plus répondu que les hommes ? Leur temporalité d'installation (moins de 2 ans, entre 2 et 5 ans, plus de 5 ans) au sein de leur MSP est relativement bien équilibrée. On observe tout de même la majorité des installations ces dernières années voire même peut-être ces derniers mois. Ils ont en grande majorité participé au projet de constitution de leur MSP ce qui souligne leur intérêt et leur rôle prépondérant.

Les MSP sont essentiellement rurales, ce qui était un des objectifs pour lutter contre les déserts médicaux mais sont aussi bien organisées de manière unisite que multisite. Le taux de réponse est très hétérogène selon le département de situation des MSP ; peut-on y voir un lien avec l'inégalité territoriale d'accès aux soins ? On retrouve 43 % de MSP « très récentes », ouvertes depuis le 01/01/2019 ; ce qui laissait à peine 18 mois de recul à certains médecins généralistes dans leurs réponses au questionnaire (recueil été 2021). Il y a très peu de MSP avec moins de 10 professionnels et même un quart des MSP avec plus de 30 professionnels ; leur attractivité est réelle. Les professions représentées ont des trajectoires professionnelles diverses, mais on retrouve essentiellement : médecin généraliste, infirmière, masseur-kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, pédicure-podologue et sage-femme.

4.3.1.2. La coordination et les nouvelles pratiques

La définition de l'exercice coordonné se concentre surtout sur la notion d'équipe et d'interactivité, avec une pluriprofessionnalité des acteurs ayant des objectifs communs : améliorer l'offre de soins, mieux appréhender les situations complexes, organiser les actions de prévention et de promotion de la santé et accueillir des stagiaires dans un but de formation. En revanche, la communication garde une place limitée dans la définition de l'exercice coordonné ; elle est nécessaire à celui-ci mais n'est pas prioritaire. Certainement qu'elle était déjà effective d'une manière ou d'une autre. Enfin, le partage d'activité ne semble pas être un pilier de l'exercice coordonné alors qu'il est essentiel au décloisonnement ; mais peut-être que cette notion a été mal perçue dans le questionnaire (mise en commun de patientèle, mise en commun du chiffre d'affaires, autres). Il est certain que cet exercice isolé reste pour certains médecins généralistes une habitude de pratique qui demandera des changements culturels pour évoluer.

Concernant les nouvelles pratiques, les RCP, protocoles pluriprofessionnels et missions de santé publique sont réalisées à plus de 80 % des cas. En revanche, les activités d'ETP et de formations interprofessionnelles sont réalisées dans à peine 40 % des cas. On peut envisager une explication avec la nécessité de se former

pour l'ETP ; ce qui demande du temps et des moyens. Les participants à ces activités sont essentiellement les médecins généralistes, les infirmières, la coordinatrice. Les pharmaciens et les autres « médicaux » sont peu impliqués dans ces travaux. Les paramédicaux y participent également beaucoup mais on ne peut pas distinguer de profession spécifique. Le médecin traitant est au cœur de ce système, son rôle est désormais orienté vers la délégation de certaines tâches envers tous ces professionnels. Ces activités représentent 1 à 2 heures par semaine dans près de la moitié des cas (43 %) ; en revanche, nous ne savons pas comment est organisée cette durée dédiée aux nouvelles activités.

La coordinatrice de santé est très souvent une personne à part entière ; c'est à dire que sa fonction n'est pas réalisée par un professionnel de santé de la MSP ayant une autre activité et ceci est très important car il souligne la spécificité de ce métier ; qu'elle exerce par délégation des médecins généralistes. De plus, elle est salariée de la MSP dans plus de la moitié des cas, donc très impliquée dans le déroulement des activités de la MSP ; lorsque cela n'est pas le cas, il s'agit d'un prestataire extérieur à la MSP. La coordinatrice salariée intervient plusieurs jours par semaine (moins de 35 heures) et peut utiliser un lieu dédié à la coordination (salle de réunion, salle de repos, autres) ; il s'agit là d'un nouveau métier à part entière qui contribue au bon fonctionnement de la structure et à la pérennité de sa spécificité.

4.3.1.3. La communication et le partage d'information

Toutes les MSP sont pourvues d'un logiciel médical partagé, qui est obligatoire. Son accès est parfois soumis à restriction, dans le but probable de maintenir le secret professionnel. Dans seulement 10 % des cas, il semble complexifier le partage d'information entre les professionnels, peut-être de par sa complexité relative lors de la prise en main.

La communication via une messagerie « instantanée » est effective dans 80 % des cas. Dans trois quarts des cas elle est dite « sécurisée » en utilisant notamment un logiciel spécifique. Le reste des échanges entre les professionnels se fait donc

probablement de manière plus informelle (messagerie du quotidien personnelle et non sécurisée, voire par discussion en direct sur un temps non dédié).

4.3.2. Analyse univariée

4.3.2.1. La MSP et ses professionnels

Tout d'abord, on observe qu'une installation récente dans une MSP semble être fait de manière significative dans une MSP récente. On peut en déduire que les médecins généralistes sont bien à la base du projet de création d'une MSP. De plus, une installation récente semble être dans une « grosse » MSP (taille définie selon le nombre de professionnels) et dans une MSP multisite. Les MSP plus récentes accueillent des médecins généralistes depuis peu de temps, sont organisées plutôt en multisite et accueillent beaucoup de professionnels.

D'un autre côté, le cas d'une installation récente est significativement corrélé à une moindre participation au projet de constitution de la MSP ; les installations récentes se font donc aussi probablement dans des MSP déjà en fonctionnement.

Ces deux observations peuvent sembler paradoxales ; les médecins généralistes s'installeraient à la fois dans des MSP récentes et des MSP déjà en fonctionnement. D'un autre point de vue, on peut envisager qu'il y a beaucoup d'installations de médecins généralistes au sein de MSP ces dernières années ; aussi bien dans des MSP récentes que dans des MSP en fonctionnement.

4.3.2.2. La coordination et les nouvelles pratiques

L'installation récente semble être corrélée de manière significative à un moindre intérêt pour la communication. En effet, elle ne semble pas être un critère franc de coordination. Une des raisons invoquées est que cette communication entre professionnels, quel que soit sa forme, était déjà effective auparavant, d'une manière ou d'une autre, en dehors de la MSP.

Par ailleurs, cette même installation récente laisse observer qu'il y a moins de participation aux nouvelles activités (notamment en ce qui concerne l'ETP et les

protocoles pluriprofessionnels) et que de la même manière, moins de temps y est consacré chaque semaine. De plus, on retrouve moins de participants (pharmaciens notamment) dans les MSP récentes.

On peut aisément déduire que la coordination et les actions qui en découlent demande un certain temps pour se mettre en place, peut-être plusieurs années. Probablement que ces changements dans les habitudes de pratiques des médecins généralistes sont sources de difficultés pour ces derniers, car elles demandent de l'adaptation, de la formation mais surtout beaucoup d'implication.

On met en évidence, au travers de cette analyse univariée, des différences significatives qui mettent en valeur de potentielles différences en termes de pratiques chez les médecins généralistes d'Occitanie exerçant en MSP, sur certaines variables, selon leur durée d'installation plus ou moins ancienne au sein de celles-ci ; en effet, la durée d'installation au sein d'une MSP semble modifier les habitudes de pratiques des médecins généralistes qui y exercent.

4.4. Perspectives

La pandémie actuelle a révélé de nombreux dysfonctionnements de notre système de santé. Elle a aussi mis en avant le rôle important des MSP, plus précisément sur le champ de la coordination. Leur réactivité n'est plus à démontrer et nous devons veiller à ce qu'elle demeure.

Aujourd'hui les MSP connaissent un déploiement significatif. Parallèlement on observe la mise en place des CPTS. Ces structures devront garder leurs spécificités et s'articuler entre elles, pour répondre à un nécessaire maillage territorial intersectoriel (sanitaire, social et médico-social), balayant définitivement l'organisation « en silos » qui n'a que trop persisté dans les organisations (le sanitaire n'y échappant pas).

Ces nouvelles formes d'interventions seront aussi incitatives à la création et au développement de nouveaux métiers, dans le soin, mais aussi le management, l'évaluation et la qualité.

4.5. Conclusion

Ce travail de recherche empirique est riche en enseignements. En ce qui concerne l'objectif principal sur la question du « décloisonnement des modes d'exercices » et le « développement de la coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire », il est atteint. L'étude met en évidence une transformation dans les pratiques. Au sein des organisations, il y a une prise de conscience de la nécessité de travailler avec d'autres. On observe l'émergence d'un intérêt à la pluralité des acteurs autour d'un objectif commun, pour une meilleure prise en soin du patient. En ce qui concerne l'objectif secondaire, « la durée d'installation », il a un intérêt certain. Il confirme le nécessaire temps de maturation d'une équipe pour intégrer le changement, pour transformer son organisation, pour agir et interagir avec d'autres et ainsi s'adapter pour répondre à la demande croissante de soins et en faciliter l'accès.

Ces nouvelles formes d'interventions que constituent les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles impliquent un véritable changement, on parle de changement de paradigme. Cela demande du temps, d'autant que la pratique en MSP est un véritable bouleversement culturel. Les MSP contribuent aujourd'hui au renouveau de la pratique de la médecine générale. De par leur attractivité, on peut supposer qu'elles faciliteront l'intégration de nouveaux professionnels motivés et engagés dans un projet de santé à l'échelon local, au bénéfice des patients et du territoire.

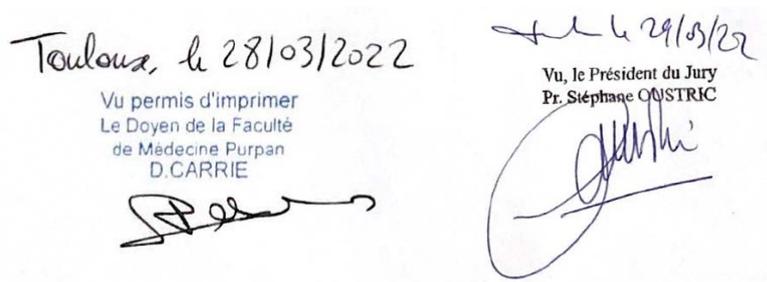
Cette étude démontre l'intérêt d'un exercice coordonné. Elle constitue une première étape d'une recherche qui méritera d'être approfondie et enrichie de nouvelles études et nouvelles expériences.

Cette étude m'a permis de découvrir et de comprendre l'intérêt d'un exercice coordonné, d'avoir une vision dynamique de la coordination. À ce jour, ce mode d'exercice est celui que j'envisage pour mon avenir professionnel.

Toulouse, le 28/03/2022

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

Vu, le 29/03/22
Pr. Stéphane OUSTRIC



5. Bibliographie

1. France. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Points clés, organisation des parcours [En ligne]. Mars 2015 [Consulté le 26/05/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
2. France. ARS Occitanie. Organisation des soins primaires, bilan et perspectives, travaux préparatoires au PRS Occitanie [En ligne], Avril 2017 [Consulté le 12/06/2020]. Disponible sur : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_organisation_des_soins_primaires_bd.pdf
3. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et souvent plus salariée. DREES, études et résultats. Mai 2017. No 1011. 6p.
4. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'espace géographique. 2018 ; 47 (4) : 362-380.
5. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé. IRDES. Octobre 2009. No 147.
6. France. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. [Consulté le 25/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000192992/2020-10-01/>
7. France. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [Consulté le 27/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/2020-10-01/>
8. France. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. [Consulté le 25/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000017726554/2020-10-01/>
9. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 23/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/2020-10-01/>
10. France. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 27/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033/2020-10-01/>
11. France. Décret n° 2012-406 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. [Consulté le 26/05/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025561913/2020-10-01/>

12. France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [Consulté le 13/08/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/2020-10-01/>
13. France. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [En ligne], septembre 2018 [Consulté le 13/08/2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
14. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique. 2017 ; 164 (4) : 887-902.
15. Bringer L, Kabatchenko A, Manuello P, Leturgie D, Sicot F. État des lieux de l'exercice des médecins en maison de santé pluriprofessionnelles – région Occitanie – une étude quantitative. URPS médecins libéraux Occitanie. Mai 2019 ; 74p.
16. France. Ministère des solidarités et de la santé. Circulaire relative au lancement du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [En ligne], 27 juillet 2010 [Consulté le 08/06/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
17. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé – Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération. Questions d'économies de la santé. IRDES. Juillet-Août 2014 ; No 200. 8p.
18. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins – Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération. Questions d'économies de la santé. IRDES. Juillet-Août 2013 ; No 189. 6p.
19. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépense – Résultats de l'évaluation des sites participant à L'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération. Questions d'économies de la santé. IRDES. Juin 2015 ; No 210. 6p.
20. France. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [En ligne], 20 avril 2017 [Consulté le 08/06/2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf
21. Boulanger M. Facteurs pronostiques de réussite des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Occitanie – Une étude quantitative [Thèse]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2020, 51 p.
22. France. HAS. Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins ambulatoires. Développement professionnel continu. Juin 2018.

23. France. DREES. Démographie des professionnels de santé – Études et statistiques. [Consulté le 13/02/2021]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
24. France. CNOM. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [En ligne]. Situation au 01 avril 2018 [Consulté le 13/02/2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
25. France. INSEE. Professionnels de santé au 01 janvier 2018 – Comparaisons régionales et départementales [Consulté le 12/02/2021]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_regions2016
26. France. Le bulletin de l'URPS des médecins libéraux. Médecin d'Occitanie. Janv 2018 ; No 4 : 10-17.
27. France. ARS. Synthèse du projet régional de santé Occitanie 2022 : tous mobilisés pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie.[Consulté le 17/03/2021]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/32422/download?inline>
28. France. ARS. Communiqué de presse du 15 mars 2017. Des mesures concrètes pour favoriser l'accès à un médecin en Occitanie. [Consulté le 17/03/2021]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/12021/download?inline>
29. France. ARS. Communiqué de presse du 20 octobre 2020. 14 nouvelles maisons de santé en Occitanie.[Consulté le 22/04/2021]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/65195/download?inline>

6. Annexes

6.1. Professionnels de santé

Annexe. Professionnels de santé

Les professions de santé sont définies par le code de la santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Y sont exclusivement définis :

- Les professions médicales :
 - Profession de médecin,
 - Profession de chirurgien-dentiste ou odontologiste : professionnels des dents et de la cavité buccale, avec une spécialité officielle : orthodontistes (orthopédie dento-faciale),
 - Profession de sages-femmes.
- Les professions de la pharmacie :
 - Profession de pharmacien,
 - Professions de préparateur en pharmacie et de préparateur en pharmacie hospitalière.
- Les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers :
 - Profession d'infirmier ou d'infirmière,
 - Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue,
 - Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien,
 - Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste,
 - Professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical,
 - Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées,
 - Profession de diététicien,
 - Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

France. ARS. Professionnels de santé (annexe). [Consulté le 20/05/2020]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf

6.2. Questionnaire

QRU : Question à Réponse Unique

QCM : Question à Choix Multiples

QROC : Question à Réponse Ouverte et Courte

A) Présentation

1) Vous êtes ? (QRU)

Une femme

Un homme

2) Quel est votre âge ? (QROC)

3) Depuis combien de temps exercez-vous en MSP ? (QRU)

Moins de 2 ans

Plus de 2 ans

Plus de 5 ans

4) Dans quel département se situe votre MSP (QRU)

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)

5) Dans quelle zone géographique se situe votre MSP ? (QRU)

Rural

Urbain

6) Quel est le mode d'organisation de votre MSP ? (QRU)

Unisite

Multisite

7) Combien y-a-t-il de professionnels au sein de votre MSP ? (QRU)

Moins de 10

Entre 10 et 20

Entre 20 et 30

Plus de 30

8) Quelles sont les professions représentées au sein de votre MSP ? (QCM)

Médecin généraliste

Infirmière

Dentiste

Médecin spécialiste

Pharmacien

Sage-femme

Masseur-kinésithérapeute

Pédicure-podologue

Orthoptiste

Orthophoniste

Psychomotricien

Psychologue

Diététicien

Assistante sociale

Coordinatrice de santé

Autre (QROC)

9) Quelle est la date d'ouverture de votre MSP ? (QRU)

Avant le 01/01/2019

À partir du 01/01/2019

Ne sais pas

10) Avez-vous participé au projet de constitution de la MSP ? (QRU)

Oui

Non

B) Un nouveau mode d'exercice au sein de la MSP

11) Comment définissez-vous l'exercice coordonné ? (QCM)

Un partage de l'activité

Une interactivité pluriprofessionnelle au sein d'une équipe

Une communication interne renforcée

Autre (QROC)

12) Qu'est-ce qui vous semble prioritaire dans l'exercice coordonné ? (QRU)

Un mode d'exercice organisé en équipe

Une pluriprofessionnalité des acteurs

Des objectifs communs

Autre (QROC)

13) Quelles sont les nouvelles pratiques auxquelles vous participez au sein de la MSP ? (QCM)

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Protocole pluriprofessionnel

Éducation thérapeutique (ETP)

Formation interprofessionnelle

Missions définies de santé publique (vaccination, fragilité, autre)

14) Combien d'heures consacrez-vous à ces nouvelles pratiques par semaine ? (QRU)

Moins de 1 h

Entre 1 et 2 h

Plus de 2 h

15) Quelles sont les professions qui y participent ? (QCM)

Médecin généraliste traitant

Infirmière

Coordinatrice de santé

Pharmacien

Autre profession médicale (généraliste non traitant, spécialiste, dentiste, sage -femme)

Autre profession paramédicale (kinésithérapeute, podologue, orthophoniste, assistante sociale)

16) Quels sont les objectifs attendus de votre activité au sein de la MSP ? (QCM)

Meilleur accès à l'offre de soins (pour les patients)

Meilleure prise en charge des situations complexes

Mise en place d'actions ciblées de prévention et de promotion de la santé (dépistage, addictologie, obésité, autres)

Activité de formation et accueil de stagiaires (externe, internes, autres étudiants)
Autre (QROC)

C) La coordination

17) Y-a-t-il une coordinatrice de santé à part entière ? (QRU)

Oui

Non

18) Si oui, quel est son statut ? (QRU)

Salariée de la MSP

Prestataire ou consultant extérieur

Ne sais pas

19) Quels sont ses horaires hebdomadaires pour assurer cette fonction ? (QRU)

Temps plein (35h)

Plusieurs jours par semaine (7-35h)

Une journée (7h)

Quelques heures par semaine (< 7h)

Quelques heures par mois

Autre (QROC)

20) Y-a-t-il un lieu dédié à la coordination ? (QRU)

Oui

Non

D) Le système d'information (logiciel médical partagé)

21) En possédez-vous un ? (QRU)

Oui

Non

22) Qui y a accès ? (QRU)

Tous les professionnels de la MSP

Accès élargi (infirmière, pharmacien, professions médicales) mais pas pour tous

Accès restreint (professions médicales seulement)

Autre (QROC)

23) Le partage d'information est-il facilité/structuré ? (QRU)

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

24) Quel est le logiciel utilisé ? (QROC)

25) Utilisez-vous une messagerie « instantanée » au quotidien ? (QRU)

Oui

Non

26) Si oui, est-elle sécurisée ? (QRU)

Oui

Non

27) Laquelle utilisez-vous en priorité ? (QRU)

WhatsApp

SPICO

SMS

Fax

Mail

Autre (QROC)

E) Dans un contexte d'activité importante (épidémie de Covid-19 par exemple)

28) Pensez-vous que l'exercice au sein d'une MSP facilite l'organisation de votre pratique ? (QRU)

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

29) Quels en sont les vecteurs ? (QCM)

Unité de lieux (dépistage, vaccination, information, orientation)

Organisation territoriale et collaboration interprofessionnelle

Relations facilitées avec certaines instances (Ordre, ARS)

Relations avec les autres établissements de la communauté territoriale (relation ville-hôpital)

Autre (QROC)

6.3. Tableaux et figures

6.3.1. Figures

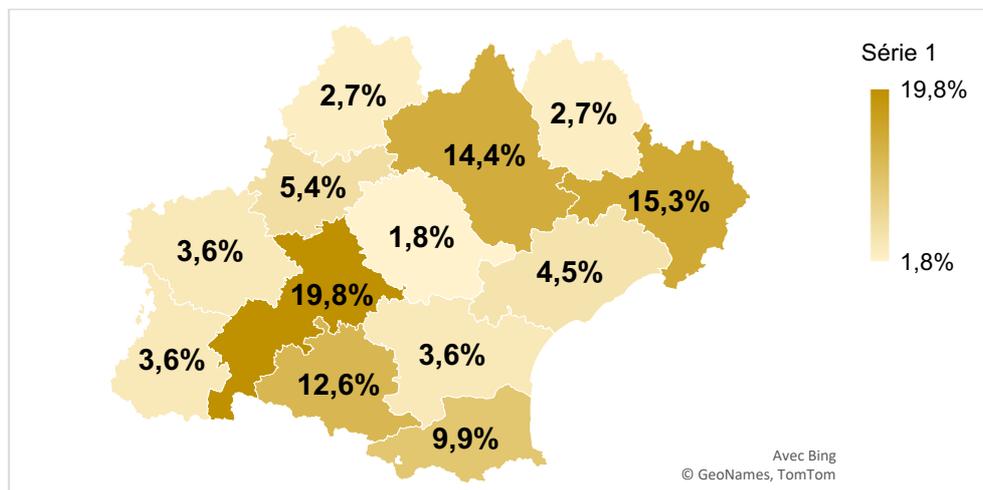


Figure 5 : taux de participation par département en Occitanie

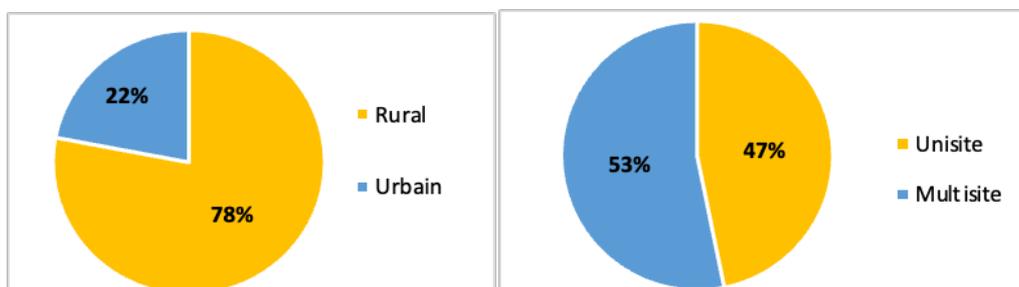


Figure 6 : répartition géographique

Figure 7 : mode d'organisation

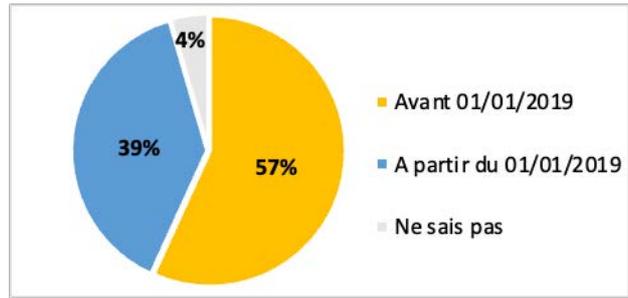


Figure 8 : date d'ouverture de la MSP

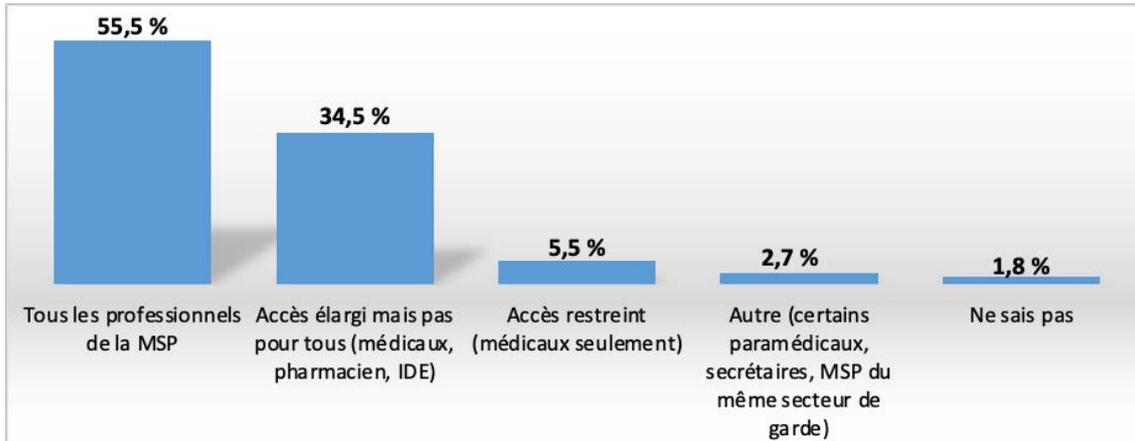


Figure 21 : accessibilité au logiciel médical partagé

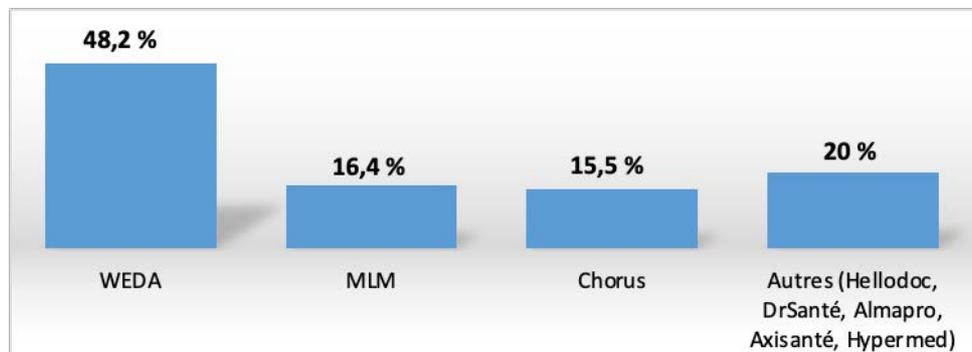


Figure 23 : les logiciels utilisés

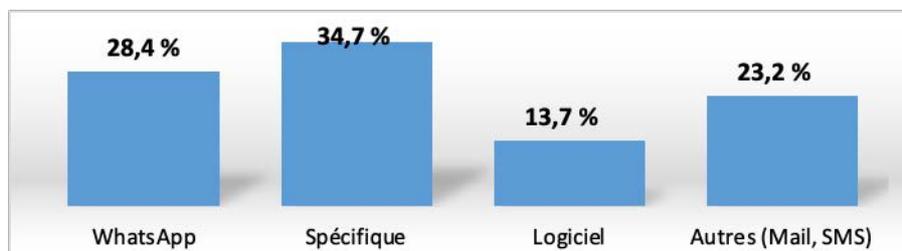


Figure 26 : les messageries utilisées

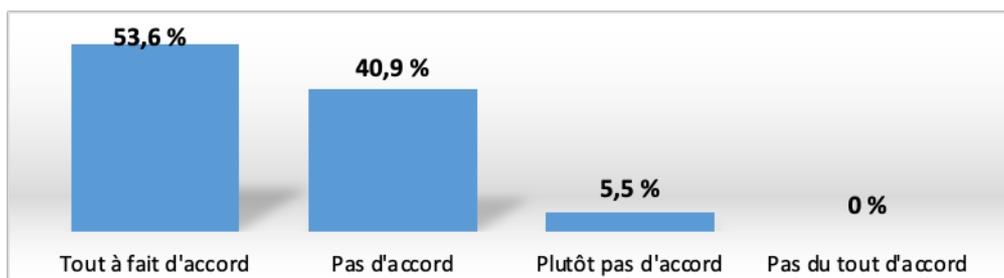


Figure 27 : la MSP facilite l'organisation de la pratique

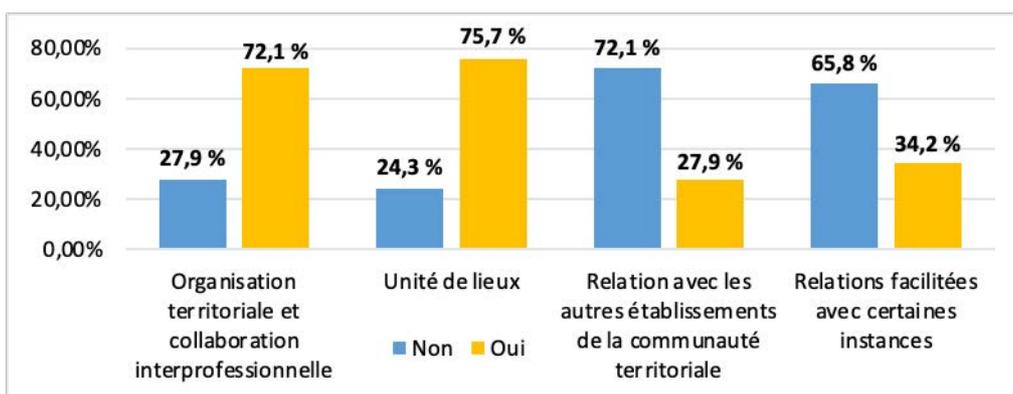


Figure 28 : les vecteurs de cette organisation

6.3.2. Tableaux

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Interactivité pluriprofessionnelle au sein d'une équipe				0.73
Non	3	3	3	
Oui	49	27	25	
Communication interne renforcée				0.14
Non	23	8	7	
Oui	29	22	21	
Partage de l'activité				0.12
Non	38	15	17	
Oui	14	15	11	

Tableau 6 bis : définition de l'exercice coordonné, selon la durée d'installation

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Médecin traitant				*
Non	0	0	0	
Oui	52	31	28	
Infirmière				0.29
Non	5	0	2	
Oui	47	31	26	
Coordinatrice de santé				0.69
Non	10	5	7	
Oui	42	26	21	
Pharmacien				0.049
Non	24	23	17	
Oui	28	8	11	
Autre professions médicales				0.66
Non	32	16	15	
Oui	20	15	13	
Autres professions paramédicales				0.15
	4	7	3	
	48	24	25	

Tableau 9 : professions impliquées, selon la durée d'installation

	< 2 ans	> 2 ans	p
Organisation territoriale et collaboration interprofessionnelle			0.53
Non	13	18	
Oui	39	41	
Unité de lieux (dépistage, vaccination, information, orientation)			0.023
Non	18	9	
Oui	34	50	
Relations avec les autres établissements de la communauté territoriale (relation ville-hôpital)			0.0069
Non	44	36	
Oui	8	23	
Relations facilitées avec certaines instances (Ordre, ARS)			0.085
Non	41	32	
Oui	11	27	

Tableau 11 : avantage de l'activité en MSP, selon la durée d'installation

	< 2 ans	2 – 5 ans	> 5 ans	p
Organisation territoriale et collaboration interprofessionnelle				0.54
Non	13	11	7	
Oui	39	20	21	
Unité de lieux (dépistage, vaccination, information, orientation)				0.06
Non	18	5	4	
Oui	34	26	24	
Relations avec les autres établissements de la communauté territoriale (relation ville-hôpital)				0.028
Non	44	19	17	
Oui	8	12	11	
Relations facilitées avec certaines instances (Ordre, ARS)				0.017
Non	41	18	14	
Oui	11	13	14	

Tableau 11 bis : avantage de l'activité en MSP, selon la durée d'installation

Titre : La pratique du médecin généraliste dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle : enjeux de décloisonnement des modes d'exercices et de développement de la coopération interdisciplinaire.

Introduction : Face à la nécessité de changement du système de santé Français, les MSP ont vu le jour pour lutter contre les déserts médicaux et pour optimiser le parcours de soins des usagers. Elles modifient les habitudes de pratiques des professionnels qui y interagissent ; et tout particulièrement celles des médecins généralistes.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'un travail de recherche quantitatif ; cette étude épidémiologique, transversale et observationnelle, descriptive et analytique repose sur un questionnaire, diffusé aux médecins généralistes exerçants en MSP en Occitanie, selon une liste de contacts obtenue auprès de l'ARS. L'objectif principal était de démontrer la coopération des différents acteurs et le remodelage des activités médicales pratiquées. De plus, les données ont permis de réaliser une analyse univariée qui questionne les habitudes de pratiques des médecins généralistes selon leur durée d'installation plus ou moins récente dans la MSP.

Résultats : Le taux de réponse de 16 % (n = 111) à ce questionnaire a permis de mettre en évidence certains faits. Beaucoup de professionnels interagissent au sein des MSP, issus de professions diverses. La coopération entre eux est illustrée au travers de la pratique de nouvelles activités, dans un lieu dédié. Par ailleurs, il semble que la durée d'installation des médecins généralistes au sein de leur MSP influence les modalités de leur activité quotidienne.

Conclusion : Les MSP font désormais partie intégrante du paysage médico-social de la médecine de premier recours. De par la diversité de leurs activités et l'interactivité de leurs acteurs, elles permettent de répondre aux nombreux problèmes du système de santé actuel.

Mots clés : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; MSP ; coordination ; soins primaires ; soins ambulatoires ; médecine générale.

Title: Exercising as a general practitioner in a Multiprofessional Healthcare Center: issues of decompartmentalisation of the modes of exercise and development of interdisciplinary cooperation.

Introduction: Faced with the need for change in the French healthcare system, MHCs were created to fight against medical deserts and optimise the care pathway for users. They modify the habits of the professionals' practice who interact with them; especially general practitioners.

Material and Method: This is a quantitative research work; This epidemiological, cross-sectional and observational, descriptive and analytical study is based on a questionnaire, distributed to general practitioners practicing in MHCs in Occitania, according to a list of contacts obtained from the RHA. The main objective was to demonstrate the cooperation of the various actors and the remodeling of the medical activities practiced. In addition, the data made it possible to carry out a univariate analysis which questions the general practitioners' habits of practice according to their more or less recent duration of installation in the MHC.

Results: The 16% response rate (n = 111) to this questionnaire made it possible to highlight certain facts. Many professionals interact within MHCs, coming from various professions. The cooperation between them is illustrated through the practice of new activities, in a dedicated place. Moreover, it seems that the duration of the installation of general practitioners within their MHCs influences the modalities of their daily activity.

Conclusion: MHC are now an integral part of the medico-social landscape in primary care medicine. Due to the diversity of their activities and the interactivity of their actors, they make it possible to respond to the many problems of the current healthcare system.

Keywords: Multiprofessional Healthcare Center; MHC; coordination; primary care; outpatient care; general medicine.

Discipline : Médecine Générale
