

Etat des lieux de l'exercice des médecins
en Maison de Santé Pluriprofessionnelle
Région Occitanie
Enquête quantitative

Mai 2019

L. Bringer ; A. Kabantchenko ; P. Manuello ; D. Leturgie ; F. Sicot

Sommaire

1	Objectifs et méthodologie.....	4
1.1	CONTEXTE DE L'ETUDE	4
1.2	Zoom sur la Région Occitanie	8
1.3	Objectifs de l'étude.....	10
1.4	Méthodologie.....	11
1.4.1	Dispositif d'enquête	12
1.4.2	Méthode statistique	14
2	Caractérisation du fonctionnement des MSP	15
2.1	Du montage au fonctionnement de la MSP	15
2.1.1	Le montage du projet MSP	15
2.1.2	Les aides perçues au montage	18
2.2	Cadre de fonctionnement.....	20
2.2.1	Le statut juridique des MSP	20
2.2.2	Le projet de santé.....	22
2.2.1	L'accès aux soins	25
2.2.2	La contractualisation de l'ACI avec l'Assurance maladie	26
2.3	Professionnels de la MSP	30
2.3.1	L'équipe pluriprofessionnelle libérale	30
2.3.2	Les salariés des MSP	33
2.4	Types de MSP différenciés par l'enquête	33
2.4.1	Méthode	33
2.4.2	Représentation de la typologie (<i>mapping</i>).....	33
2.4.3	Quatre modèles de MSP identifiés	35
3	Satisfaction des médecins à exercer en MSP	38
3.1	Niveau de satisfaction des médecins à exercer en MSP	38
3.2	Valeur de recommandation émise par les médecins	42
3.3	Analyse de la satisfaction des médecins à exercer en MSP	43
4	Coordination clinique, travail en équipe et relations avec l'extérieur	48
4.1	La coordination clinique	50
4.2	Le travail en équipe	56
4.3	Les relations avec l'extérieur.....	62
5	Conclusion	67
6	Glossaire	70
7	Bibliographie.....	71
8	Annexes.....	73

Remerciements

Ipsos Facto et le LISST remercient pour leur accueil lors des entretiens et la mise à disposition d'information :

- Le Président de l'URPS ML Occitanie
- Les membres du Comité de pilotage et du Comité technique URPS ML
- Dr Gay, interlocuteur technique pour l'URPS ML
- L'Agence régionale de santé Occitanie
- La Caisse primaire d'assurance maladie
- Le Conseil de l'ordre des médecins
- La FORMS
- La Région Occitanie
- Mr le Maire de Fronton
- Les experts interrogés : Julie Cachard (Association SPP-IR Soins Primaires Pluri-professionnels Innovation Recherche) ; Dr Marie-Ève Rouget.

Sont également vivement remerciés pour leur participation et la qualité des réponses :

- Les MSP d'Occitanie et les médecins exerçant en MSP ayant participé à l'enquête.

1 Objectifs et méthodologie

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Une tension observée entre la transition démographique et épidémiologique et la démographie médicale.

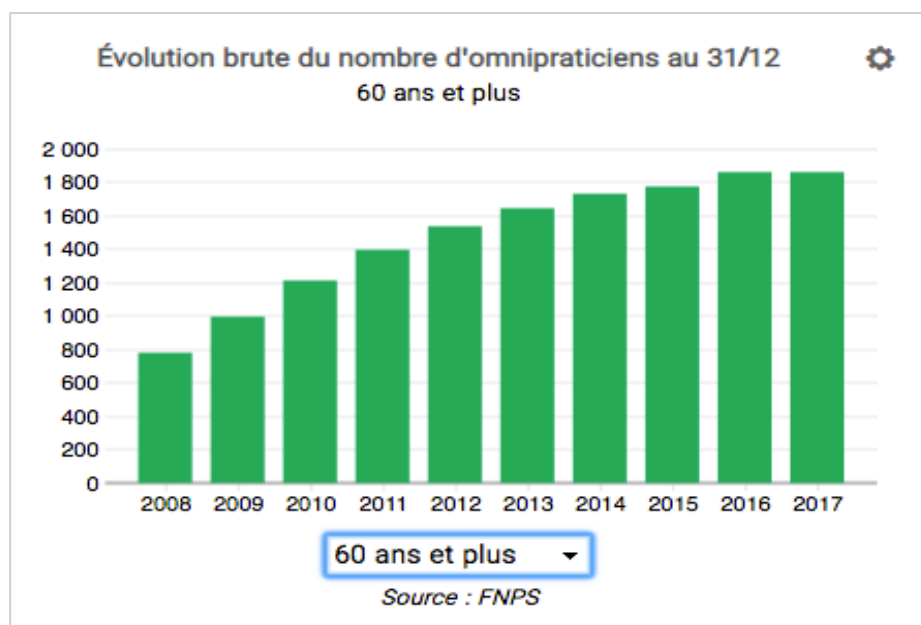
Le système de santé français fait actuellement face à plusieurs défis : vieillissement de la population, évolution de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives, poly pathologies associées à l'avancée en âge¹ couplés à une volonté croissante de vivre le plus longtemps possible au domicile.

Parallèlement, sont observées une répartition inégale des médecins entre généralistes et spécialistes et des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Plusieurs éléments concourent à cette situation :

- Instauration du numerus clausus en 1971, durci en 1977 ;
- Vieillissement des médecins libéraux installés ;
- Non régulation de l'installation ;
- Manque d'attrait des jeunes médecins pour la médecine générale et l'activité libérale ;
- Féminisation de la profession et volonté de travailler en équipe et non plus en exercice isolé.

Autant de facteurs expliquant la diminution du nombre d'omnipraticiens installés en France et l'apparition de zones sous dotées en médecins, les « déserts médicaux »².



Graphique 1 : Evolution brute du nombre d'omnipraticiens au 31/12/2017 de 60 ans et plus
Source : Insee

² D. Dupagne ; L'origine de la pénurie des médecins en France Petite histoire du numerus clausus et de la régulation de la démographie médicale 21/12/13 in Atoute.org <https://www.atoute.org/n/article311.html>

Une organisation du système de santé centrée sur les soins primaires.

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.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a confié au médecin traitant un rôle central : c'est désormais le médecin traitant qui coordonne et oriente vers des professionnels de soins secondaires spécialisés, qui centralise les informations du dossier médical personnel, qui établit le protocole de soins en cas d'affection longue durée, qui assure une prévention personnalisée,... Les soins primaires, ne sont plus seulement une porte d'entrée dans le système de soins, ils sont désormais garants de l'articulation des parcours et de leur rationalisation.

La loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, dite loi HPST, renforce la centralité des soins primaires, les encourageant à développer de nouvelles modalités d'exercice.

« Le premier recours devient la porte d'entrée du système de soins et la garantie de la qualité de la prise en charge dans le parcours de soins. (...) La loi encourage également les nouvelles formes d'exercices regroupés et pluri professionnels. »³

Priorité de la stratégie nationale de santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins passe notamment par le développement de nouvelles formes d'organisation du système de premier recours.

Pour les pouvoirs publics, une des clés de la bonne marche du système de santé est l'organisation des professionnels de ville : coordination des soins, articulation et continuité ville-hôpital, partage et périmètre des missions et des responsabilités entre les professionnels autour du patient tout en assurant la qualité des soins.

« Cette évolution [la transition épidémiologique] nécessite une transformation de l'organisation du système de premier recours, conçu actuellement pour répondre ponctuellement à la demande des patients souffrant de pathologies aiguës, vers un système plus proactif et continu, en mesure par exemple de contacter les patients pour s'assurer du suivi de leur plan de soins, et de les accompagner par l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de leur maladie (observance médicamenteuse, mode de vie, respect du parcours de soins, etc.). L'enjeu est donc le développement par les professionnels de santé de nouvelles fonctions au service de la population, afin d'améliorer la qualité des soins dispensés en les adaptant à ses besoins. »⁴

La loi LMSS (janvier 2016) quant à elle, soutient une diversification des modes d'exercices collectifs dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de premier recours pour répondre à de multiples enjeux :

- Assurer la permanence et la continuité des soins ;
- Articuler les secteurs sanitaire, médico-social et social, faciliter la coopération entre les professionnels, expérimenter de nouveaux modes de rémunération (coordination par exemple), assurer la prise en charge des maladies chroniques, de la dépendance,

³ Organisation des soins primaires, bilan et perspectives, travaux préparatoires au PRS Occitanie, avril 2017

⁴ E. Fauchier-Magnan – V. Wallon ; Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS – IGAS – Août 2018

du handicap, donner l'accès à la prévention, maintenir la démographie médicale, répondre aux volontés des jeunes médecins.

L'organisation des soins primaires vit ces dernières années une profonde modification, tant pour les professionnels de santé que pour les patients-usagers, elle reste au cœur des politiques actuelles.

Dans son plan « Ma santé 2022 », le gouvernement a annoncé en septembre 2018 vouloir faire d'une priorité le renforcement du premier recours à l'appui de nouveaux outils :

« Ma Santé 2022 propose de créer dans chaque territoire un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé, hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. doivent rassembler leurs compétences et leurs moyens, et les mettre au service de la santé des patients de leur territoire. À l'échelle d'un territoire, l'ensemble des professionnels de santé doit s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux demandes de soins non programmés, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques. La réalisation de ces missions sera confiée aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS constitueront des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organiseront pour mettre en œuvre ces missions au service de la santé de la population de leur territoire. 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital seront installés dans les territoires prioritaires, salariés par l'hôpital de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations. »

Elle vise également à libérer du temps médical grâce à l'appui d'autres professionnels de santé (redéfinition des tâches, création de la fonction d'assistant médical, IDE en pratique avancée).

Parallèlement, une évolution du mode d'exercice des médecins.

Ces orientations font écho aux changements culturels professionnels : « *On observerait, selon plusieurs interventions, un changement culturel chez les jeunes praticiens notamment, plus enclins à se détourner de l'exercice en cabinet isolé au profit de coopérations et de constructions collectives d'outils de suivi du patient* » (Kustosz, 2016).

Ainsi, selon la Drees « début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux. Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Plus de neuf médecins généralistes en groupe sur dix s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents. L'exercice en groupe est surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans) et, dans une moindre mesure, par les femmes. La fréquence de cet exercice varie aussi d'une région à l'autre »⁵.

⁵ Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes- Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), 2019, « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe », Études et Résultats, n°1114, DREES, mai 19. (Selon le quatrième Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens.)

Introduites par la loi Hôpital Patients Santé et Territoire (2009), les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ont été créées pour répondre à ces différents défis.

Les maisons de santé contribuent à assurer l'accès aux soins à la population, par une forme d'exercice nouveau, dont le principe clé est la coordination des professionnels et dans le cadre d'un projet de santé, s'inscrivant dans la stratégie et les orientations régionales définies par les agences régionales de santé (ARS) s'agissant de l'organisation des soins des premiers recours.

Un des objectifs est de maintenir des professionnels de santé sur le terrain dans les zones fragiles ou sous-dotées en offre de soins, en cohérence avec les orientations des ARS, et favoriser l'installation de jeunes praticiens ou professionnels libéraux.

Repère

Inscrite à l'article L.6323-3 au Code de la Santé publique, « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de [l'article L. 1411-11](#) et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article [L. 1411-12](#) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« 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 équipes des MSP sont composées d'au moins deux médecins généralistes associés à des professionnels de soins primaires médicaux et paramédicaux (pharmaciens, médecins gynécologues, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, pédicures-podologues, orthophonistes, etc.) ou même travailleurs sociaux, qui élaborent ensemble le projet de santé.

Un encouragement financier à l'installation en MSP

Les MSP bénéficient de plusieurs types de financements dédiés à l'investissement et au fonctionnement par l'ARS, les collectivités territoriales et leur groupement, l'Etat (via la dotation globale d'équipement ou la dotation de développement rural aux collectivités ou EPCI et le fonds national d'aménagement et de développement du territoire), fonds européen notamment.

Associés aux MSP, de nouveaux modes de rémunération (NMR) ont été expérimentés entre 2010 et 2014, puis définis par le règlement arbitral du 23 février 2015 afin de favoriser :

- **l'accès aux soins** : amplitude d'ouverture et permanence des soins, la possibilité d'accès à des soins non programmés et une coordination organisée par un responsable identifié ;
- **le travail en équipe**, une concertation formalisée et régulière entre médecins et autres professionnels de santé sur les cas complexes, mise en place de protocoles, coordination externe, formation des jeunes professionnels ;
- **le développement des systèmes d'information** avec le partage des dossiers informatisés des patients, l'utilisation de messagerie sécurisée, etc.

Ce règlement étant perçu comme contraignant et non adapté aux petites structures, un arrêté du 24 juillet 2017, signé par la Ministre des Solidarités et de la Santé, a porté approbation de l'accord cadre interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri professionnelles (Journal Officiel du 5 août 2017) et a validé l'accord conclu entre les Caisses et les représentants des professionnels de santé pour une durée de 5 ans.

L'accord conventionnel interprofessionnel devient un des modes de rémunération des MSP sous statut de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) à partir d'août 2017⁶ (Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012). L'ACI permet aux professionnels de bénéficier de rémunération commune en respectant un socle de critères obligatoires et facultatifs.

Depuis leur mise en place, les MSP ont connu des évolutions et des modalités d'exercice qui se sont diversifiées : mono-site, multi-sites, pratiques organisationnelles, statuts juridiques, intégration de professions nouvelles, nouveaux actes, intégration de la prévention, de programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP), etc.

Nb : La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2019 du 3 décembre 2018 a inscrit une extension de l'objet des SISA aux pratiques avancées offrant un cadre à ce nouveau mode d'exercice des infirmières. Ce qui permet désormais de salarier ces nouveaux auxiliaires médicaux en pratique avancée.

1.2 Zoom sur la Région Occitanie

Des contrastes marqués sur la région Occitanie.

Avec 9 888 médecins généralistes recensés en 2018, soit + 2,9% entre 2013 et 2018 (quel que soit le mode d'exercice)⁷, la région Occitanie fait face à une baisse de la densité des médecins généralistes (16,8 pour 10 000 habitants en 2017 - Insee), liée au vieillissement des omnipraticiens installés : 30,8% des médecins ont plus de 60 ans et 15,8% de plus de 40 ans en 2017 (Source : CNOM).

La situation est très contrastée entre les départements, estimée par l'Insee au 1er janvier 2017, on compte 13,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants dans le Tarn-et-Garonne contre 19,6 dans les Hautes-Pyrénées.

Ainsi, selon l'ARS Occitanie, en 2017, « l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans varie de 2,5 à 7,2 consultations et visites par an et par habitant selon le bassin de vie, en faveur des zones littorales notamment. Ces fortes disparités et l'anticipation de l'évolution démographique des différents professionnels justifient la densification des mesures proposées dans le pacte territoire santé pour maintenir ou tendre vers le niveau d'accès aux soins primaires nécessaire à une bonne prise en charge de la population sur l'ensemble du territoire. »⁸

⁶ En février 2018, soit 6 mois après la création de l'ACI, 48 % des MSP de France avaient souscrit l'ACI (données de l'Assurance Maladie, 2018)

⁷ Drees - EFFECTIFS DES MÉDECINS par région d'activité, secteur d'activité, spécialité, sexe et tranche d'âge

⁸ ARS Occitanie / Organisation des soins primaires |V 21 mars 2017

Si l'effectif régional de médecins généraliste augmente de 3% entre 2013 et 2018, l'effectif exerçant en cabinet individuel diminue de 12%, mais cette diminution ne bénéficie pas complètement à l'exercice en groupe, c'est l'activité de remplacements qui évolue le plus en 5 ans (+44%), suivie par l'exercice en établissements privés.

Évolution de l'effectif de médecins généralistes selon le mode d'exercice en Occitanie

Effectif médecin	2013	2018	Évolution en 5 ans
Ensemble	9603	9888	+3,0%
Hôpital public	1289	1244	-3,5%
Établissement privé	273	369	+35,2%
Centre de santé	75	91	+21,3%
Cabinet individuel	2813	2475	-12,0%
Cabinet de groupe, société	2994	3059	+2,2%
Prévention	411	442	+7,5%
Autres	965	953	-1,2%
Remplacements	783	1130	+44,3%

Source : Drees

Aussi, la stratégie engagée par l'ARS pour favoriser et maintenir l'installation des médecins se traduit à travers le Pacte territoire santé 2 (2015) : « *Les actions à poursuivre sont, notamment, le développement des stages des étudiants en cabinets de ville, le renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles, y compris les spécialistes désormais et le soutien financier apporté au travail en équipe (MSP, centres de santé, CDS)* ». ⁹

La Direction du Premier recours (ARS) décline ces mesures : aides à l'installation des médecins dans les zones prioritaires, promotion de l'exercice coordonné par exemple dans les MSP, accès aux services de permanence des soins et d'urgence.

L'organisation des soins primaires reste au cœur de la politique régionale, le PRS2 Occitanie 2022 prévoit d'appuyer la création de nouvelles MSP, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville et de faciliter le travail en équipe, principalement dans les territoires ruraux et péri urbains.

L'engagement 3 est « *d'améliorer l'organisation des services de santé pour les rendre accessibles à tous dans les territoires* » suivi de l'engagement 4 qui prévoit également le renfort de la « *coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge* ».

La déclinaison de cet engagement concerne directement les modalités d'exercice et outils des MSP : « lieux d'exercice communs, réunions de concertation pluridisciplinaires » ; « L'optimisation de la coordination des professionnels de santé est essentielle pour améliorer la prise en charge des situations complexes ».

Trois axes ont guidé l'action de l'ARS dans ce domaine :

- Accompagner et maintenir l'installation des professionnels de santé ;
- Développer toutes les formes d'exercice coordonné ;
- Renforcer les dispositifs d'appui aux professionnels de santé.

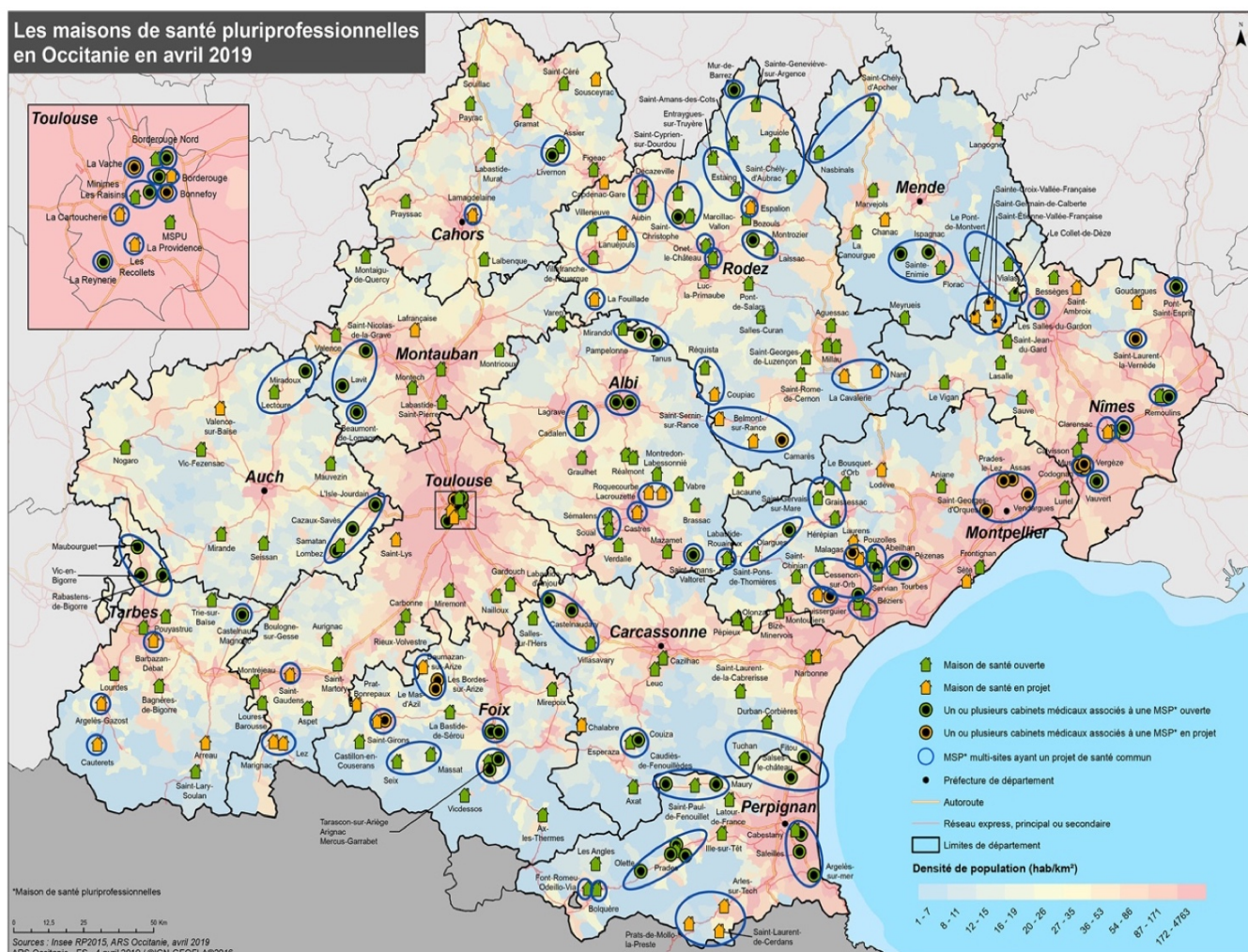
⁹ ARS Occitanie / Organisation des soins primaires | V 21 mars 2017

Une évolution croissante des MSP en Région Occitanie.

La progression du déploiement des MSP a été particulièrement rapide sur la région : de 10 MSP en 2010, l'Occitanie compte 126 MSP déclarées ouvertes au 3 décembre 2018 dont 88 qui bénéficient de l'ACI.

L'ARS Occitanie indique au 1er mai 2019 142 maisons de santé pluriprofessionnelles, 28 en cours de déploiement, 13 nouveaux projets validés.

La région Occitanie devrait ainsi compter 183 maisons de santé ouvertes d'ici 2020-2021.



Source : ARS Occitanie

1.3 Objectifs de l'étude

Un besoin d'une meilleure visibilité de l'exercice en MSP repéré par l'URPS-ML Occitanie.

Après le développement rapide des maisons de santé en Occitanie, l'URPS-Médecins Libéraux a fait le double constat d'une visibilité partielle des conditions d'exercice et de leur mise en œuvre et d'une diversité de situations locales relatives (pluridisciplinarité, financement, coopération, accueil des stagiaires ou d'étudiants, horaires, équipements, etc.). Ces différents éléments d'observation ont fait émerger le besoin d'une meilleure connaissance de ces structures, sur la base d'enjeux identifiés comme prioritaires par l'URPS-ML.

L'URPS-ML Occitanie, à travers sa Commission interne « MSP et Soins Primaires », a souhaité réaliser un état des lieux du développement des MSP, proposition validée par son Assemblée générale.

Les objectifs de l'étude sont :

- de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre concrète des MSP et restituer un panorama de la diversité des MSP ;
- d'une analyse des obstacles rencontrés afin d'identifier les points d'amélioration dans le développement des MSP ;
- de proposer une typologie des MSP à travers l'analyse fine de l'exercice en MSP ;
- de questionner la satisfaction des médecins exerçant en MSP.

1.4 Méthodologie

Un double objectif de connaissance : le fonctionnement des MSP et la mesure de la satisfaction des médecins.

La méthodologie proposée a été axée sur une enquête exhaustive conduite auprès de l'ensemble des MSP de la région en deux volets :

- Un questionnaire global descriptif de la MSP en termes de mise en œuvre et de fonctionnement au regard du cahier des charges national ;
- Un questionnaire de mesure de la satisfaction de l'exercice en MSP adressé à chaque médecin généraliste et spécialiste.

Trois phases ont été développées :

Période	Méthode
Mai - juillet 2018 Phase exploratoire	Revue de littérature (documentation de la problématique, élaboration de questionnements et premières hypothèses). Entretiens conduits auprès de différents acteurs : ARS, FORMS, Région Occitanie, Caisse primaire d'assurance maladie, Conseil régional de l'Ordre des médecins, Experts scientifiques MSP (Dr. Marie-Ève Rouget, Julie Cachard), la Mairie de Fronton, médecins exerçant en MSP.
Juillet 2018 Phase préparatoire	Mise en place du dispositif d'enquête Contact téléphonique systématique avec chaque MSP afin de : ▪ Valider l'ouverture et le fonctionnement effectif de la MSP ▪ Etablir un premier contact (et, <i>in fine</i>, optimiser le taux de réponse) ▪ Identifier les médecins généralistes et spécialistes et collecter l'adresse des médecins à enquêter (courriel) ▪ Identifier la personne à même de renseigner la partie descriptive du questionnaire (secrétaire, coordinateur, paramédical) Lettre de mission de l'URPS à chaque MSP afin de légitimer la démarche
Sept.Déc. 2018	Construction des deux questionnaires

Période	Méthode
Phase d'enquête	1/ à l'attention des médecins généralistes et spécialistes exerçant au sein d'une MSP d'Occitanie, ayant pour objectif la mesure de la satisfaction à exercer en MSP ; 2/ à l'attention des structures, devant permettre la réalisation du panorama des MSP et l'identification des facteurs de réussite et des freins au fonctionnement. Ce questionnaire pouvait être rempli par un médecin, un autre professionnel de santé, un coordinateur, ou de manière collégiale. Mise en ligne
Déc. à mars 2019	Analyse des questionnaires (à plat et multivariée) Élaboration de la typologie MSP
Phase d'analyse	Présentation des résultats

Deux instances ont soutenu la réalisation de l'étude :

- Le comité technique ;
- Le comité de pilotage.

1.4.1 Dispositif d'enquête

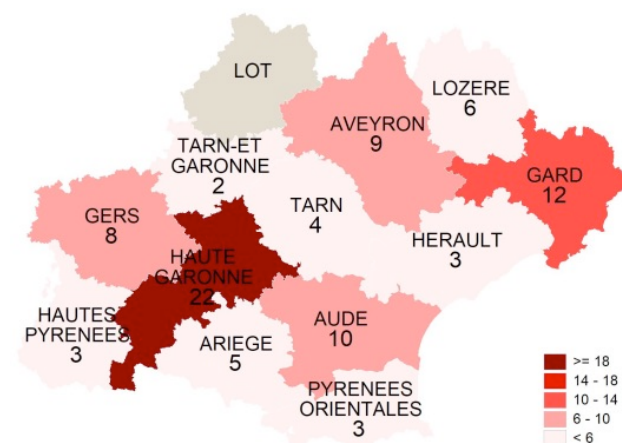
Le taux de retour des questionnaires s'établit à :

- 40% pour les médecins, soit 87 questionnaires exploitables ;
- 36% pour les structures soit 30 questionnaires exploitables.

Si les retours ne permettent pas une analyse de l'ensemble des MSP ouvertes d'Occitanie, la qualité et le taux de remplissage des questionnaires permettent de déterminer des éléments socles et d'établir une typologie utile pour comprendre les différents modes de fonctionnement des MSP.

En parallèle, l'enquête auprès des médecins a comme objectif de comprendre l'intérêt et les modes d'appropriation de l'exercice en MSP.

1.4.1.1 Profil des médecins ayant répondu à l'enquête



La répartition territoriale des praticiens ayant participé à l'étude indique une couverture de l'ensemble de la région Occitanie. Seul le département du Lot n'est pas représenté dans l'échantillon des répondants.

Graphique 2 : Répartition des médecins ayant répondu à l'enquête

Les praticiens ayant participé à l'enquête sont essentiellement des médecins généralistes (94 %). Les spécialités représentées sont la dermatologie et la gynécologie.

En termes de profil sociodémographique, l'échantillon des répondants indique une bonne représentation des médecins en âge, sexe et situation familiale.

Répartition hommes/femmes

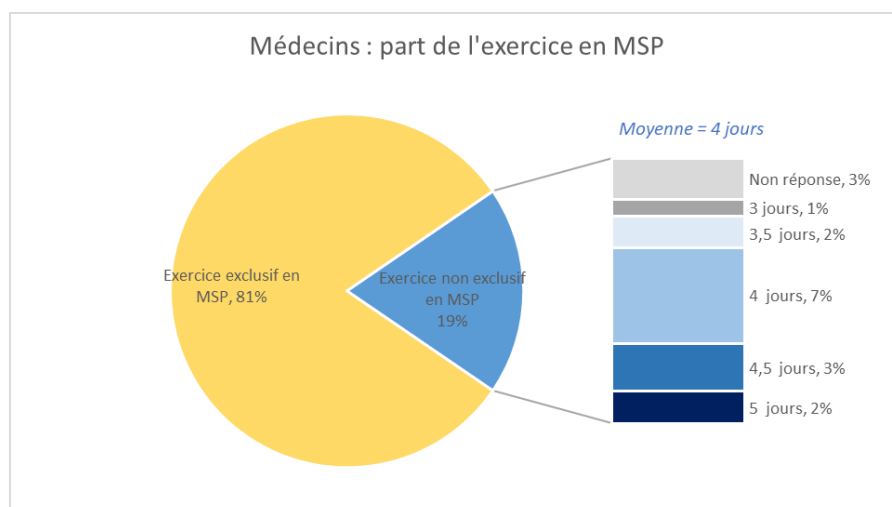
NC : 13%	 40%	 47%
----------	---	---

Situation familiale

NC : 1%	 7%	 24%	 5%	 63%
---------	--	---	--	---

Répartition par âge

Moins de 34 ans 22%	35-54 ans 36%	Plus de 55 ans 42%
------------------------	------------------	-----------------------



81% des médecins interrogés ont un exercice exclusif en MSP, 19% un exercice partagé, avec une durée hebdomadaire majoritairement de 4 jours.

Graphique 3 : Part et durée de l'exercice hebdomadaire en MSP

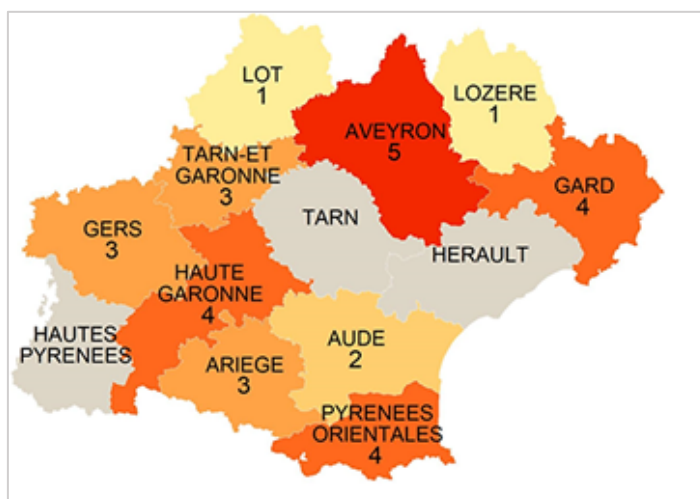
L'antériorité de l'exercice est de manière logique liée à l'âge des médecins.

Sur l'ensemble de l'échantillon de médecins, l'antériorité d'exercice avant l'arrivée dans la MSP est de 15 années en moyenne. Il est de 9,5 ans chez les médecins âgés de 35 à 54 ans et de moins d'1 an chez les praticiens de moins de 34 ans.

1.4.1.2 Profil des MSP ayant répondu à l'enquête

L'échantillon de MSP ayant répondu permet de représenter les différents types de territoires de la région Occitanie (Rural, Périurbain et urbain).

Trois départements ne sont pas représentés : l'Hérault, le Tarn et les Hautes-Pyrénées : aucune des 21 MSP sollicitées dans ces territoires n'a renvoyé de questionnaire.



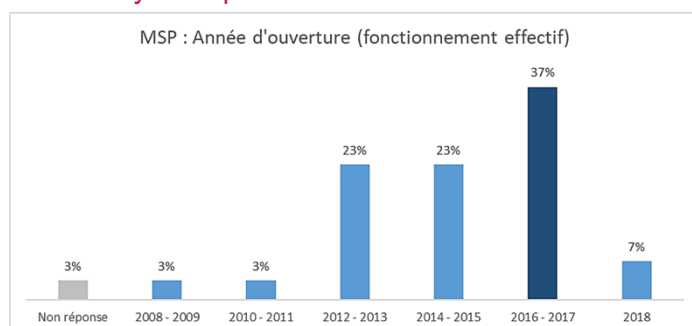
Graphique 4 : Répartition des MSP répondantes par département- Base MSP

Les MSP sont essentiellement implantées en territoire rural (73%).

17% sont installées en territoire semi-urbain ou péri-urbain et 10% en territoire urbain.

Parmi les structures de notre échantillon, **20 % sont multi-sites**. Il s'agit de MSP créées après 2014.

Les MSP ayant répondu sont créées entre 2008 et 2018.



Seulement 6 % ont ouvert avant 2011, près de la moitié (46 %) entre 2012 et 2015 et 44% entre 2016 et 2018.

Graphique 5 : Année d'ouverture de la MSP- Base MSP

Nb : Dans plus d'un tiers des MSP la réponse a été construite de manière collégiale, associant coordinateur, professionnels de santé, gérant ou secrétaire.

1.4.2 Méthode statistique

Les objectifs de la typologie sont de distinguer des familles de MSP reflétant la diversité des modalités de déploiement, d'organisation et de fonctionnement. La typologie a été construite en utilisant la méthode d'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC).

Le positionnement relatif des MSP qui en découle est ainsi basé sur des éléments objectifs descriptifs caractérisant chaque MSP. Les éléments de satisfaction des médecins sont analysés à plat et statistiquement (cf. matrice de satisfaction).

2 Caractérisation du fonctionnement des MSP

2.1 Du montage au fonctionnement de la MSP

2.1.1 Le montage du projet MSP

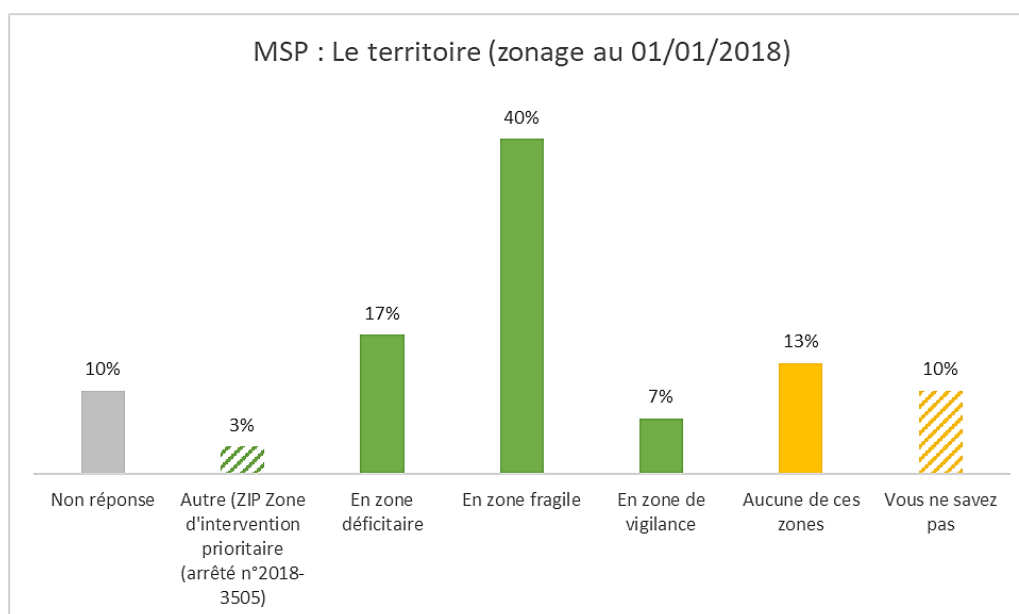
Deux tiers des MSP de l'échantillon ont été créées en continuité d'un centre ou un cabinet médical préexistant.

Si cette situation concerne 100 % des MSP créées avant 2011, cette part diminue pour atteindre 70 % des MSP créées entre 2012 et 2015 et 55 % de celles ouvertes entre 2016 et 2017.

Ainsi, on observe une tendance à la création d'un projet de MSP *ad hoc*.

63 % des MSP enquêtées sont installées dans un territoire concerné par les aides au maintien et à l'installation des médecins.

40% se situent en zone fragile.

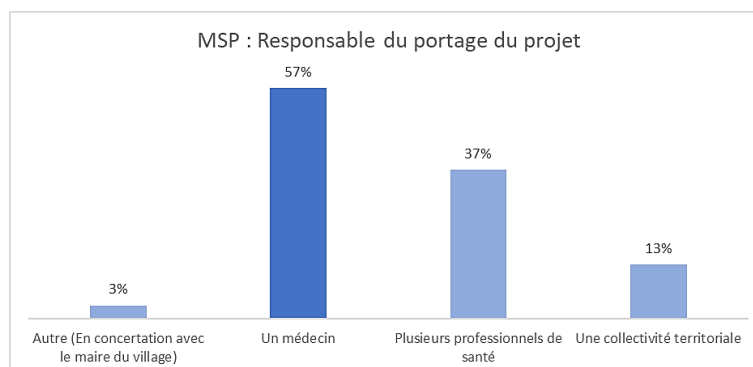


Graphique 6 : Zonage des Territoires MSP répondantes – Base MSP

Nb : Un nouveau zonage relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin a été défini par l'arrêté n° 2018-1463 du 26 avril 2018.

Ce classement a été réalisé selon une méthodologie nationale arrêtée par le décret du 25 avril 2017 et l'arrêté du 13 novembre 2017. La maille territoriale de référence prévue par cette méthodologie, est le « Territoire de Vie-Santé (TVS) ». L'indicateur utilisé, dit APL (Accessibilité Potentielle Localisée), exprime un nombre de consultations accessibles par habitant.

6 fois sur 10, le responsable initial du projet est un médecin en exercice au sein de la MSP. La part de projets portés directement ou impliquant une collectivité territoriale est de 13 % et concerne des territoires ruraux.



Graphique 7 : Responsable initial du projet – Base MSP

77% des médecins enquêtés ont participé au montage du projet.

L'antériorité d'exercice comme médecin n'apparaît pas comme un facteur déterminant de la participation ou pas au montage de la structure.

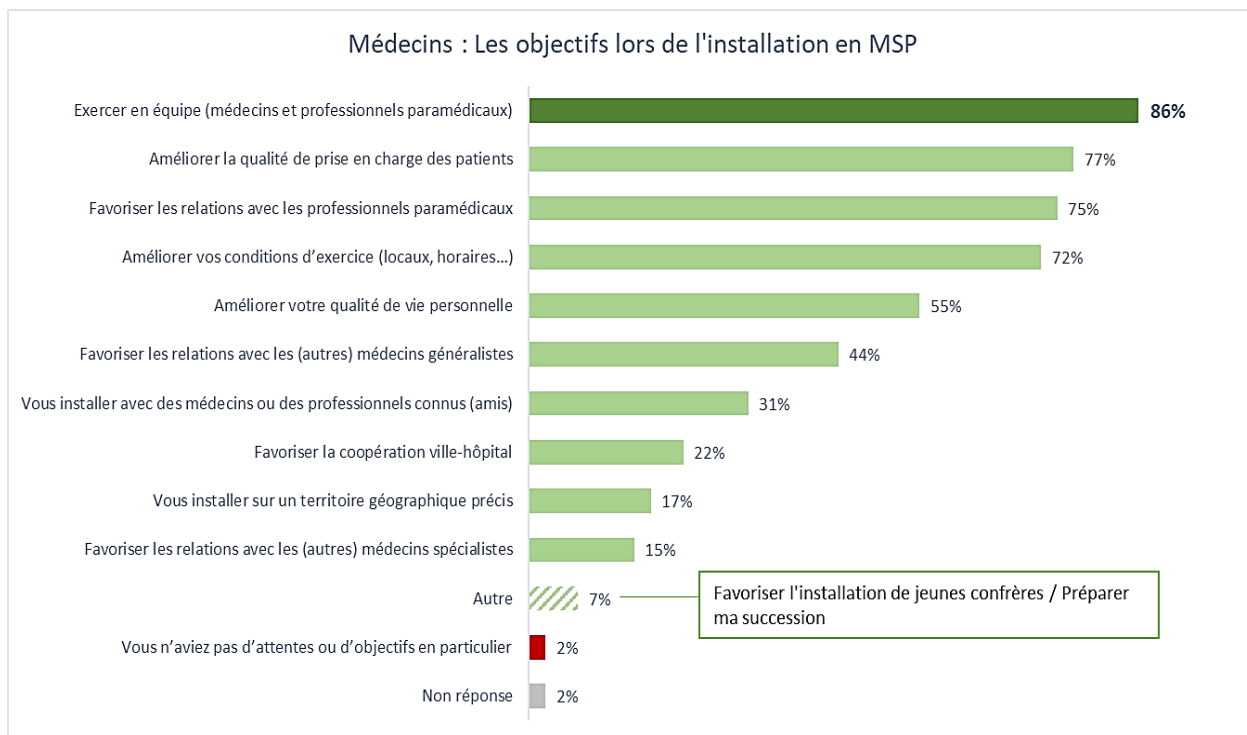
Les objectifs d'installation en MSP et le positionnement du médecin par rapport au montage sont liés de manière très significative : le travail en équipe apparaît comme le premier objectif cité pour tous les médecins ayant participé au montage.

Ce facteur de motivation est partagé par près de 9 médecins sur 10.

coordination administrative ou les relations avec les partenaires pour les autres médecins.

Dans un second temps, la décision d'intégrer une MSP est portée par l'amélioration de la prise en charge des patients, les relations avec les professionnels paramédicaux et une recherche d'amélioration des conditions d'exercice (respectivement 77 %, 75 % et 72 % des praticiens).

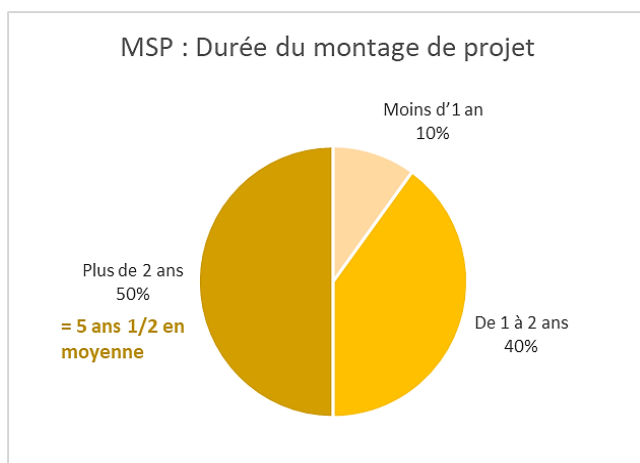
Pour les 23%, n'ayant pas participé au montage du projet, l'amélioration de la qualité de vie personnelle est également citée comme facteur de motivation à rejoindre une MSP.



Graphique 8 : Responsable initial du projet – Base Médecins

La durée de montage du projet MSP a été supérieure à 1 an pour 90 % d'entre elles, dont plus de deux ans pour la moitié d'entre elles.

De grandes disparités existent selon les MSP : en effet, pour 40 % cette durée de montage est comprise entre 1 et 2 ans tandis que pour 50 % le montage a duré 5 ans ½ en moyenne.



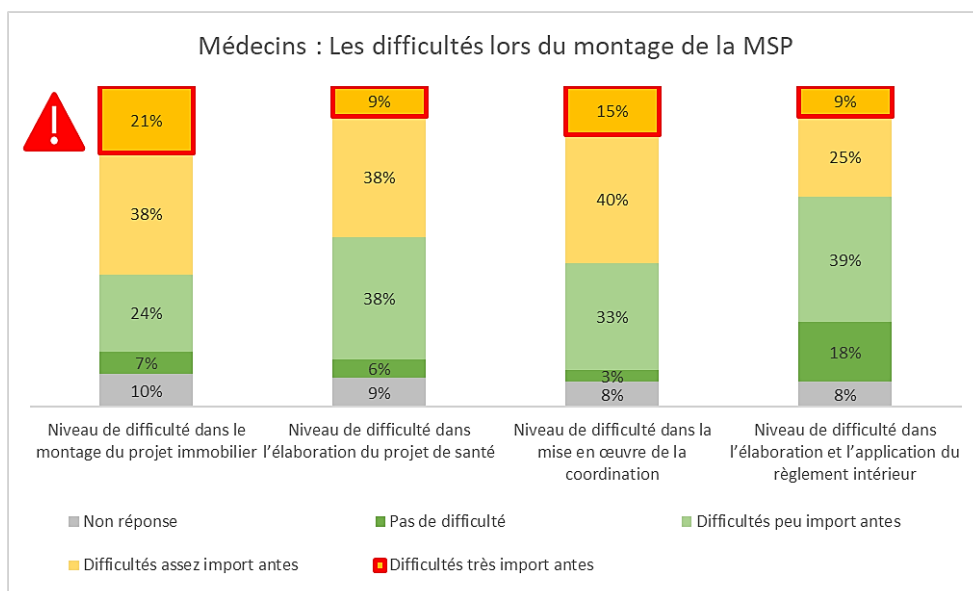
Graphique 9 : Durée de montage de projet – Base MSP

La durée de montage de la MSP est de moins de 2 ans pour 50 % des MSP créées en continuité d'un cabinet médical contre 43 % pour les MSP créées *ad hoc*.

Le type de territoire d'implantation (rural ou urbain ; zone déficitaire, fragile ou dite de vigilance ; taille de la population vivant sur le territoire...) et la qualité du leader de projet ne sont pas repérés comme facteurs influant la durée du montage du projet.

49 % des médecins enquêtés relèvent des difficultés assez importantes voire très importantes lors du montage de la MSP.

Dans ce sens, le montage du projet immobilier et la mise en œuvre de la coordination apparaissent comme les éléments les plus compliqués à organiser pour les médecins (59 % et 55 %), suivis de l'élaboration du projet de santé (47 %).



Concernant le montage du projet immobilier, 21 % des médecins se sont heurtés à des difficultés très importantes.

Graphique 10 : Difficultés perçues dans le montage du projet – Base médecins

La complexité des dossiers à monter – une des difficultés majeures du montage du projet - a pu être dépassée lorsque des organisations professionnelles telles que la FORMS ou la FFMSPP sont intervenues.

Les médecins considèrent que la première difficulté est de constituer une équipe, de trouver des professionnels de soins motivés et disponibles.

Sur 82 réponses, 36 concernent comme difficulté à constituer une équipe qui partage des valeurs et une entente l'équipe et ses qualités (valeurs, entente...).

La deuxième difficulté est le temps que requiert le montage de la structure.

La troisième difficulté, les relations avec les élus locaux estimés peu aidants ou ne connaissant pas suffisamment les démarches à accomplir ou la réalité du travail des professionnels de santé.

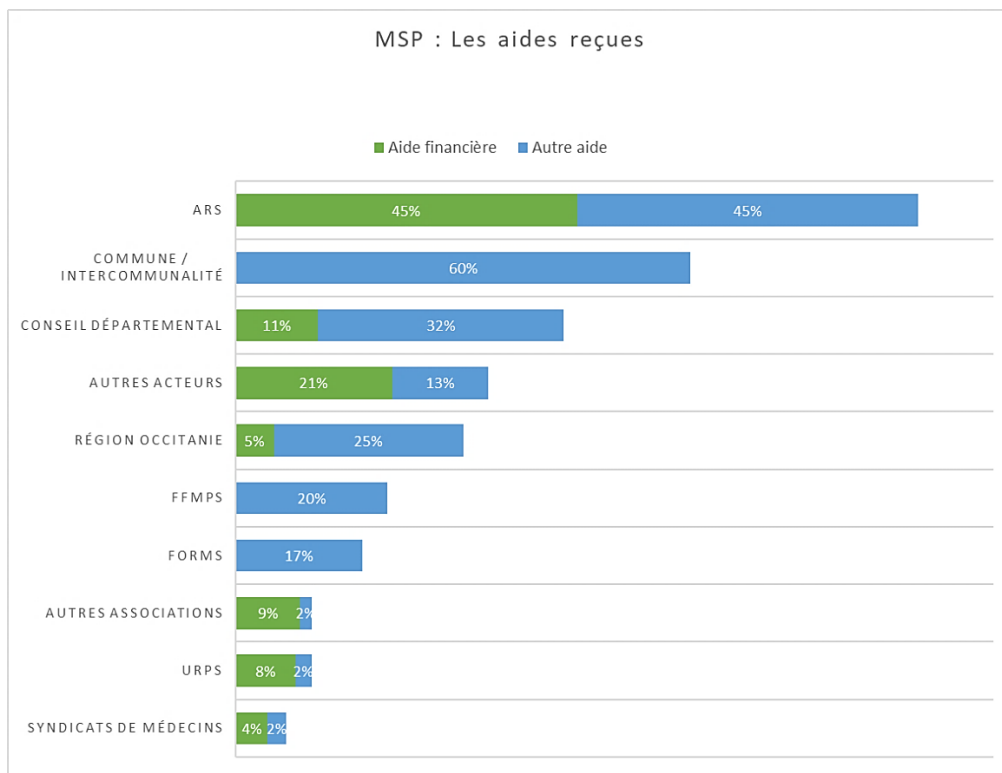
2.1.2 Les aides perçues au montage

93 % des MSP enquêtées déclarent avoir reçu une aide au moment du montage de la structure, qu'elle soit financière ou se traduise par un accompagnement.

Les aides de l'ARS, financières mais également en termes d'accompagnement, ont concerné 90 % des MSP, elles apparaissent comme étant les plus sollicitées.

60 % des MSP ont par ailleurs reçu l'aide d'une commune ou intercommunalité, celle-ci se traduisant essentiellement par la mise à disposition de moyens (locaux).

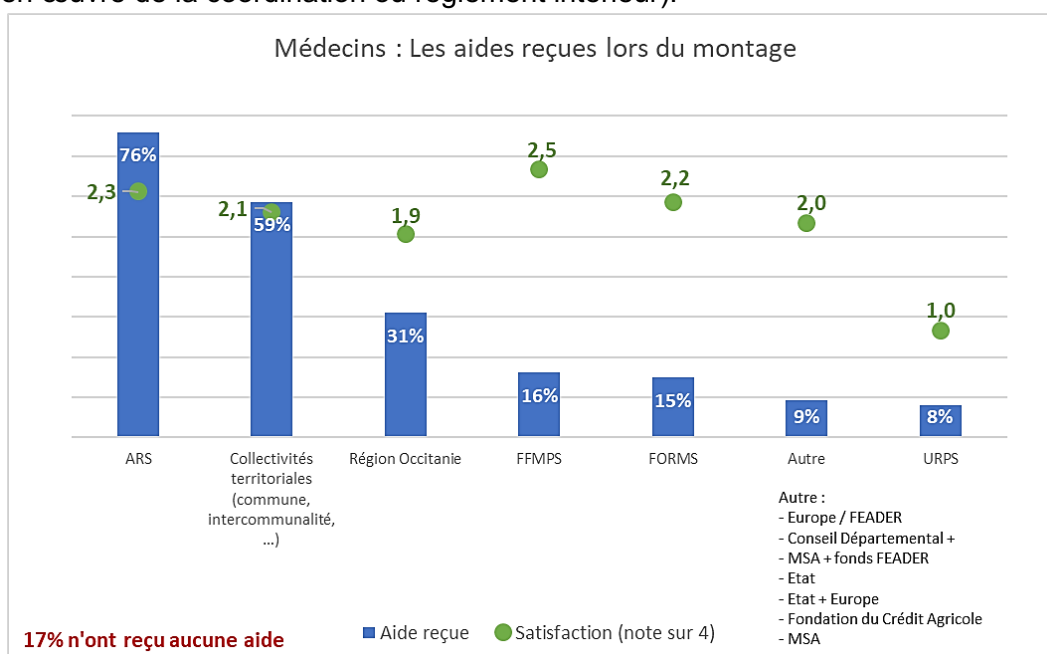
Ainsi, pour 60 % des MSP les locaux appartiennent à une collectivité territoriale, commune ou intercommunalité, et pour seulement 23 % des MSP ce sont les professionnels de santé qui sont propriétaires des locaux (en SCI).



Graphique 11 : Les aides perçues au montage – Base MSP

Concomitamment, 8 médecins sur 10 interrogés déclarent avoir reçu au moins une aide au moment du montage, essentiellement de l'ARS (76 %), voire d'une collectivité territoriale (59 %) ou de la Région (31 %).

Ces aides semblent satisfaisantes sans répondre complètement aux besoins des médecins : les notes attribuées sont en effet comprises entre 1,9 et 2,3/4 pour ces trois principaux appuis. Le fait que les médecins perçoivent une aide ou non n'influe pas sur le niveau de difficulté ressenti concernant le montage de la MSP (projet immobilier, élaboration du projet de santé, mise en œuvre de la coordination ou règlement intérieur).



Graphique 12 : Les aides perçues au montage – Base Médecins

2.2 Cadre de fonctionnement

2.2.1 Le statut juridique des MSP

80 % des MSP enquêtées ont, à date, un statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

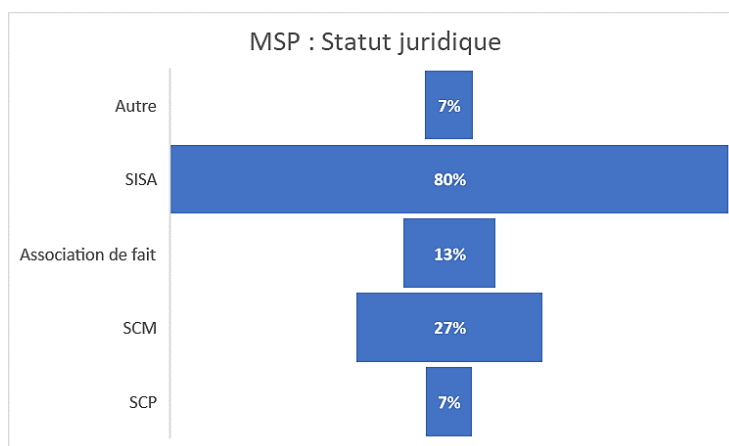
Ce taux est semblable à celui observé au niveau de la région.

30% sont en société civile de moyens (SCM) et/ou société civile professionnelle (SCP), la SCM est la structure juridique la plus fréquente avant que la SISA ne voie le jour, en 2011.

Certaines combinent plusieurs statuts.

La société civile de moyens (SCM), structure juridique très représentée dans les MSP avant que la SISA ne soit créée, peut par exemple être combinée avec une société civile professionnelle (SCP). Une SCP d'infirmières et une SCM de chirurgiens-dentistes peuvent être partenaires d'une même maison de santé.

Par ailleurs, quelques professionnels ont acheté les locaux de la maison de santé, ce qui nécessite la création d'une société civile immobilière (SCI). Dans ce cas, celle-ci coexiste avec d'autres structures, comme une SCM par exemple. La SCI est propriétaire des locaux, qu'elle loue à la structure d'exercice ou à la SCM.



Graphique 13 : Statut juridique – Base MSP

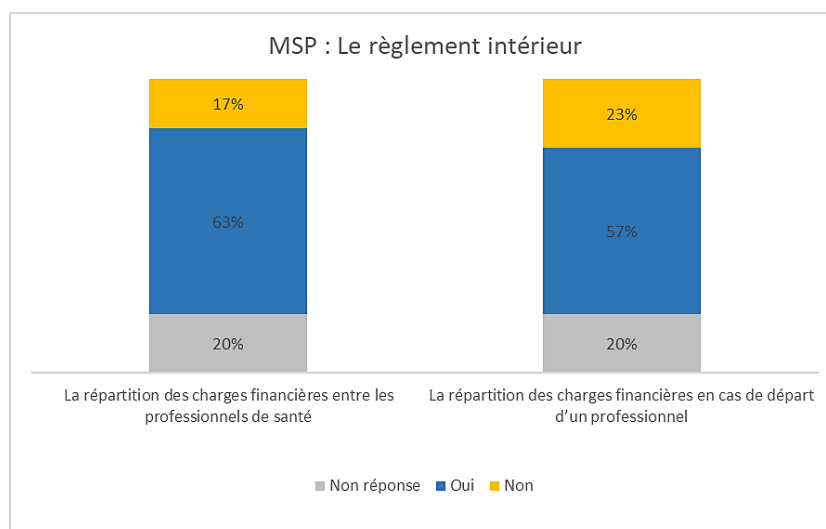
Les 80% de MSP ayant opté pour la SISA sont des structures récentes.

Des MSP plus anciennes ont évolué vers ce statut après avoir quelques années de fonctionnement, d'autant que ce statut conditionne l'accès à l'ACI.

2.2.1.1 L'administration de la MSP

Le règlement intérieur constitue un cadre de fonctionnement précis pour 73% des MSP.

Plus précisément, il permet de décrire la répartition des charges financières entre les professionnels pour 63 % ainsi que cette répartition en cas du départ de l'un d'entre eux (57 %).

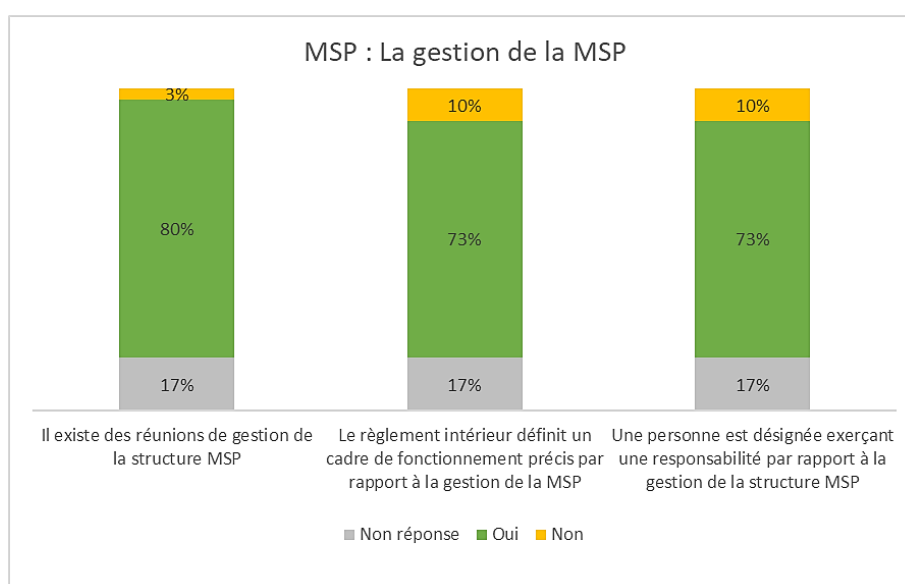


Graphique 14 : Le règlement intérieur – Base MSP

Les **outils de gestion administrative** sont en place pour une grande majorité de MSP : réunions de gestion, cadre de fonctionnement défini dans le règlement intérieur, identification d'un gestionnaire de la structure.

Un tiers des MSP ont mis en place de façon conjointe ces trois éléments.

A l'inverse, 17% n'ont déployé aucun de ces outils.



Graphique 15 : Outils de gestion de la MSP

La personne identifiée comme exerçant une responsabilité de gestion de la structure est dans 60 % des MSP **un médecin ou un autre professionnel de santé**.

Les prestataires de service représentent seulement 9 % des gestionnaires administratifs : il s'agit de MSP récentes (créées après 2016), déployées en mono ou multisites, en territoire rural ou semi-urbain, comptant moins de 5 médecins généralistes et aucun salarié.

La définition du règlement apparaît comme une condition socle pour assurer l'entente entre professionnels.

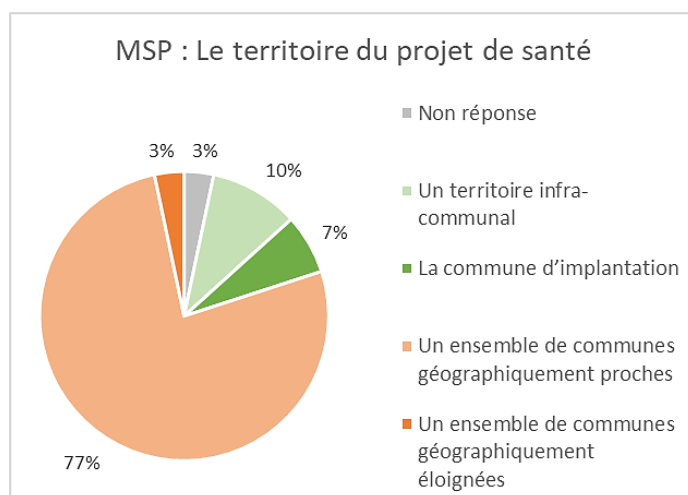
L'augmentation de la taille de la MSP en nombre de professionnels nécessite un accroissement de la fonction de coordination : l'organisation de l'équipe tout comme la répartition des charges financières constituant des difficultés lorsqu'il y a augmentation de la taille de la structure. (cf. chapitre 3)

2.2.2 Le projet de santé

En moyenne, une année et demie est nécessaire entre l'élaboration du projet de santé et l'ouverture effective de la MSP.

Pour les deux-tiers des MSP ayant ouvert il y a moins de 5 ans, le projet de santé n'a pas été actualisé.

En revanche, concernant les MSP plus anciennes, 45 % ont mené ce travail d'actualisation.



Graphique 16 : Territoire du projet de santé - Base MSP

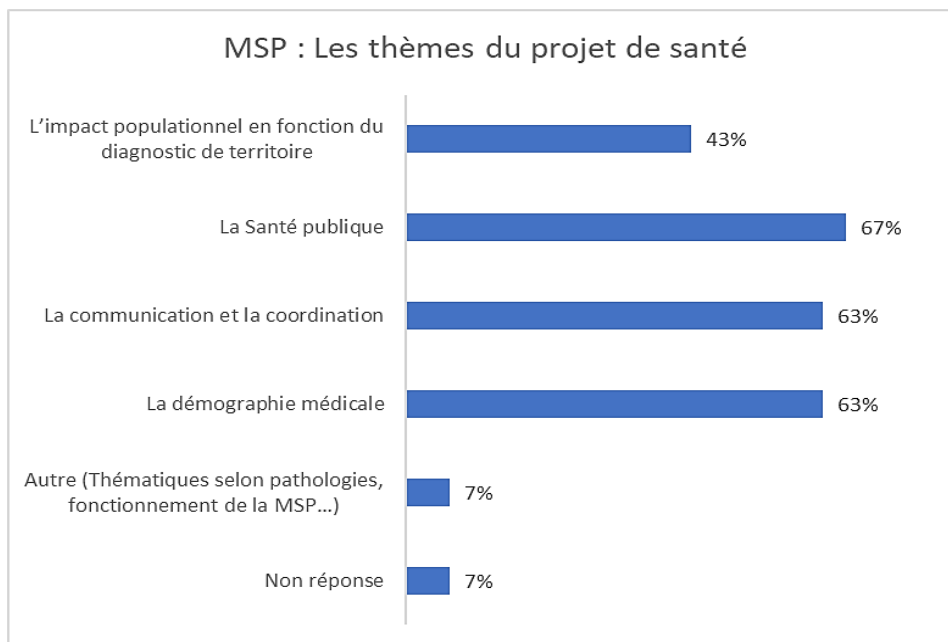
Le territoire concerné par le projet de santé de la MSP est le plus souvent un ensemble de communes géographiquement proches (77 % des cas).

Les territoires couverts plus restreints (commune d'implantation, voire territoire infra-communal) représentent 17 % des MSP.

A l'inverse, les MSP dont le projet de santé couvre un ensemble de communes géographiquement éloignées apparaît marginal (3 %).

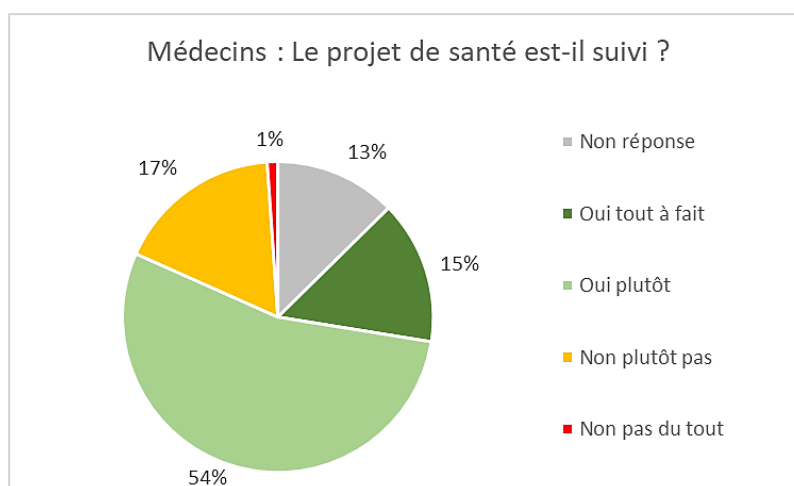
Le projet de santé aborde systématiquement **plusieurs thèmes**, les trois principaux étant :

- la démographie médicale ;
- la communication et la coordination ;
- les actions de santé publique.



Graphique 17 : Thèmes du projet de santé- Base MSP

Pour 64 % des médecins, le projet de santé constitue un cadre suffisant pour la MSP. A l'inverse, 23 % le jugent insuffisant et 13% ne se positionnent pas sur cette question. Cette perception est liée significativement au suivi du projet de santé. 80% des médecins estimant qu'il y a un bon suivi du projet de santé dans leur MSP pensent que ce projet constitue un cadre suffisant à l'exercice de la MSP.



Graphique 18 : Suivi du projet de santé – Base médecins

Au sein des MSP, l'**animation du projet de santé** est assurée à 44% par un professionnel de santé (35% un médecin).

26% dispose d'un coordinateur qui compte parmi ses missions l'animation du projet de santé. L'animation est collégiale dans 9% des MSP enquêtées.

L'animation du projet de santé relève le plus souvent de la responsabilité d'une seule personne au sein de la MSP¹⁰.

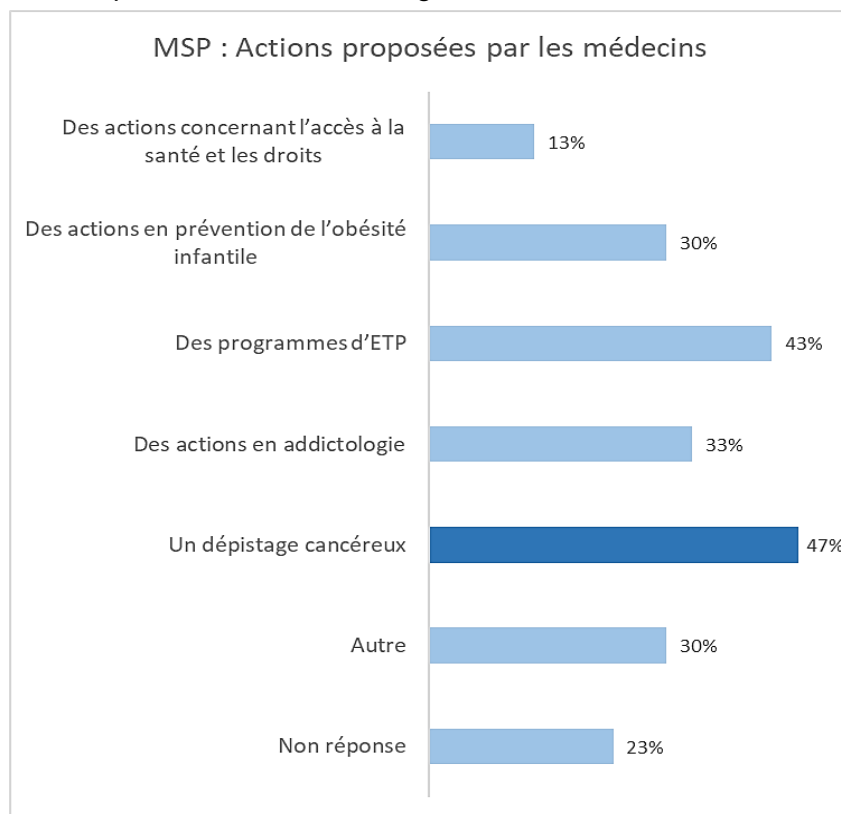
¹⁰ Seule une enquête qualitative permettrait d'analyser les pratiques d'animation d'un projet de santé, les modalités concrètes d'animation déployées par ces professionnels.

Statistiquement, l'animation et le suivi du projet de santé sont des éléments qui entraînent une faible satisfaction alors que l'élaboration du projet est un élément qui est une composante forte de la satisfaction.

Les actions de santé publique dans le projet de santé

En termes d'actions proposées, trois thématiques de santé publique sont investies par au moins un tiers des MSP interrogées :

- le dépistage cancéreux ;
- les programmes d'éducation thérapeutique du patient ;
- des actions de prévention en addictologie.

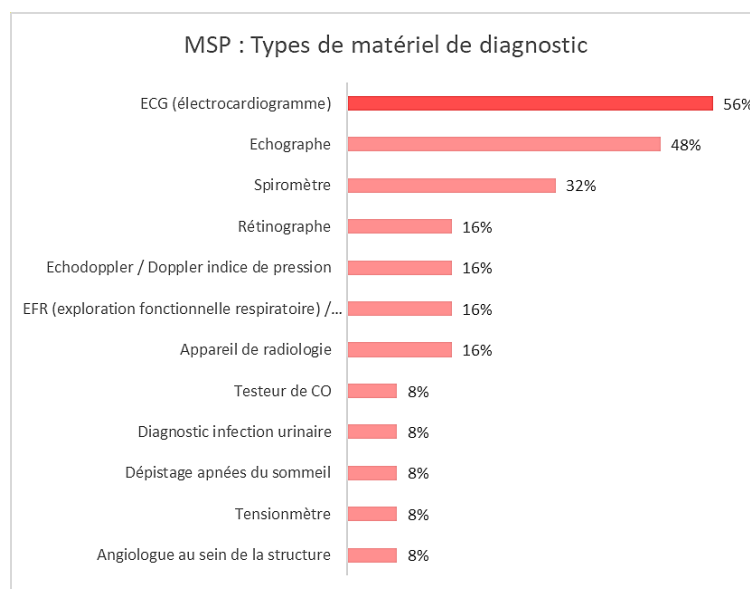


Graphique 19 : Actions de santé publique – Base MSP

Un ensemble de **thématiques complémentaires** sont abordées par les médecins : la promotion de la vaccination et le dépistage des fragilités chez la personne âgée sont cités de manière significative.

Plus marginalement, sont évoquées comme axes de la MSP des actions ciblant des populations (ex : touristes et travailleurs saisonniers, femmes enceintes, périnatalité), des actions de prévention (ex : sport adapté, l'activité physique pour des pathologies chroniques. bien vieillir, soirées mémoire), des actes ciblés (ex : IVG médicamenteuse à domicile) et des actions organisationnelles (sortie d'hospitalisation, gestion des urgences, un projet de télémédecine).

En termes d'équipement, plus d'une MSP sur deux disposent d'un électrocardiogramme et près d'une sur deux d'un échographe.



Graphique 20 : Matériel diagnostic disponible - Base MSP

Par ailleurs, 13 % des MSP ont signé des protocoles avec l'ARS concernant les délégations de tâches.

Il s'agit de MSP créées après 2014, plutôt implantées en territoire urbain, qui ont signé des protocoles pluri-professionnels.

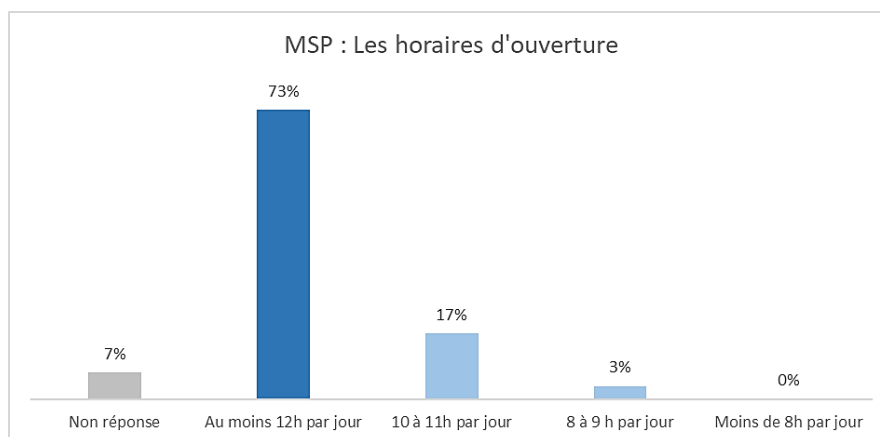
2.2.1 L'accès aux soins

Près des trois quarts des MSP sont ouvertes aux usagers au moins 12 heures par jour et 90 % au moins 10 heures par jour.

Elles sont nombreuses à être ouvertes le samedi matin durant au moins 4 heures.

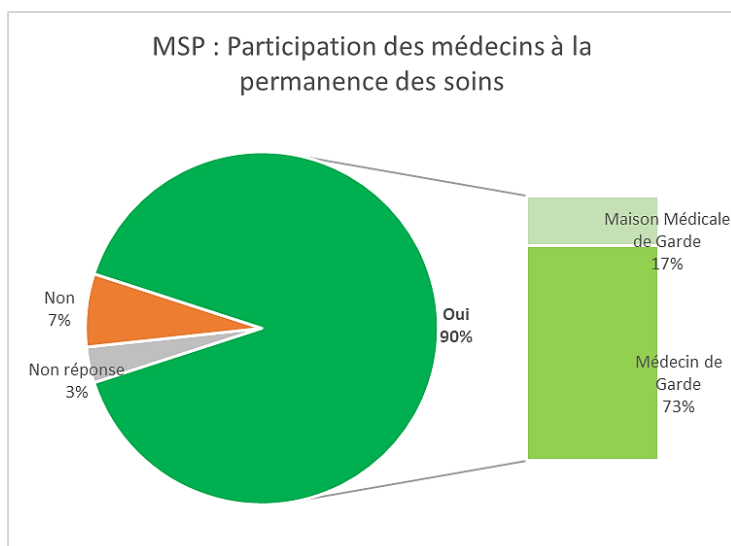
Les quelques structures n'assurant pas cette ouverture de fin de semaine sont des MSP plus anciennes (créées entre 2012 et 2014), implantées en territoire rural et dont le porteur de projet a été une collectivité territoriale.

Pour autant, ces MSP comptent en moyenne 5 médecins généralistes.



Graphique 21: Amplitudes horaires MSP répondantes

90 % des MSP interrogées assurent un accès à des soins non programmés



La majorité des répondants mentionnent l'existence de créneaux au sein de la MSP pour les soins non programmés et les « urgences réelles ou ressenties ».

Graphique 22 : Permanence des soins – Enquête MSP

Certaines MSP ont mis en place des astreintes par roulement quotidien pour le ou les médecins qui reçoivent sans rendez-vous.

Dans un seul cas, cette permanence est assurée par les infirmières de la MSP.

Quelques structures ont quant à elles opté pour l'accueil du patient dans une salle dédiée, avec par exemple un premier accueil assuré par le secrétariat avant l'arrivée du médecin.

De façon minoritaire, l'accès aux soins non programmés est assuré de manière non organisée : sur la base du volontariat des médecins, ou en gestion « au cas par cas » avec une prise en charge « *par le médecin le plus disponible* » ou « *le moins chargé* ».

Par ailleurs, les médecins participent à la permanence des soins sur le territoire au sein de 9 MSP sur 10, essentiellement en assurant le rôle de médecin de garde.

Le mode de réception des patients en dehors des soins non programmés est variable. Si les structures sont majoritaires à proposer des plages horaires sur rendez-vous et d'autres sans rendez-vous (53 %), elles sont également nombreuses à proposer un accès aux soins uniquement sur rendez-vous (43 %).

2.2.2 La contractualisation de l'ACI avec l'Assurance maladie

Repère : L'accord conventionnel interprofessionnel

L'accord conventionnel interprofessionnel a été signé le 20 avril 2017 par l'Uncam et les représentants d'organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues, centres de santé et fournisseurs d'appareillage. Il se substitue au règlement arbitral de 2015 et s'inscrit dans sa continuité : le principe d'une rémunération conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs, demeure.

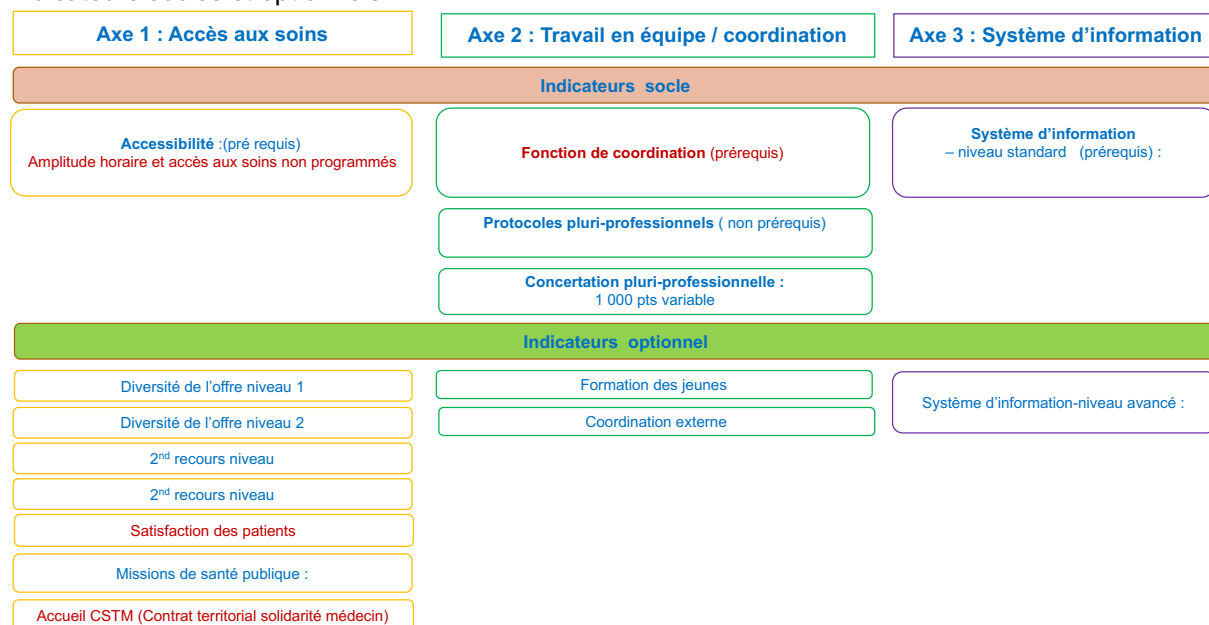
calculée en points fixes et variables est annuellement versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs « prérequis », « socles » et « optionnels » organisés autour de 3 axes :

1/ l'accès aux soins (amplitude horaires, soins non programmés)
 2/ le travail en équipe (coordination, concertation pluriprofessionnelle)
 3/ l'utilisation d'un système informationnel partagé (aide à l'informatisation pour faciliter les échanges et la gestion partagée des dossiers patients).

Les prérequis. :

L'ACI est conditionnée à la labellisation du projet de santé par l'ARS, une équipe de 3 professionnels dont 2 médecins généralistes ; un Système Informationnel partagé labélisé ASIP, une coordination identifiée, une constitution juridique en SISA.

Indicateurs socles et optionnels



Source : CPAM

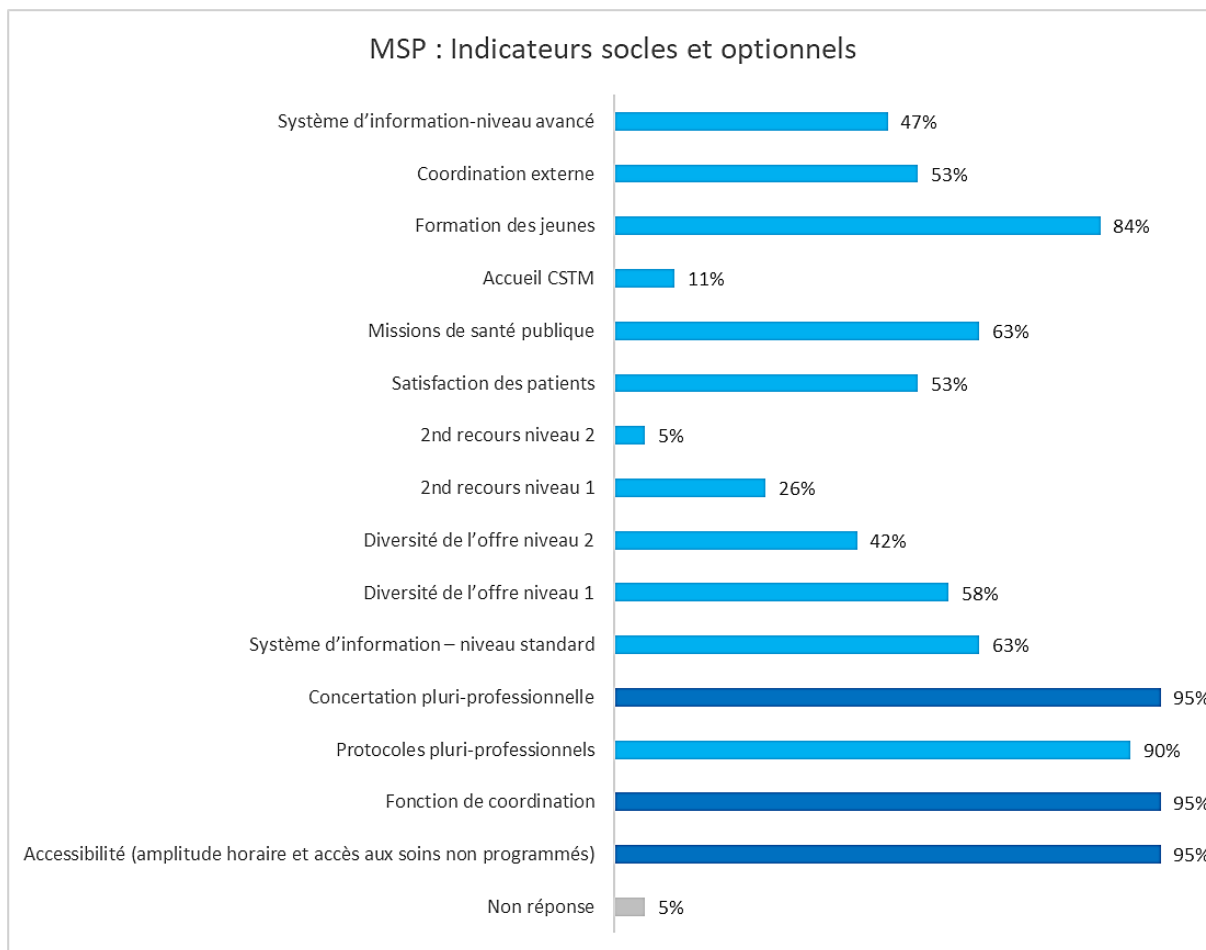
Près des deux tiers des MSP avaient contractualisé en ACI au moment de l'enquête en 2018, et, pour 10 % supplémentaires, la demande était en cours.

Concernant les **indicateurs socles** de l'ACI, un écart apparaît entre les différents axes (Axe 1. Accès aux soins Axe 2. Travail en équipe / coordination Axe 3. Système d'information)

Si 95 % des MSP remplissent l'indicateur d'accessibilité et tout autant celui de la coordination. (En outre, 90 % ont coché les protocoles pluri-professionnels, non prérequis), seules, 63 % d'entre elles ont déployé un système d'information (niveau standard) qui constitue pourtant un prérequis.

Les **indicateurs optionnels** sont également suivis avec des écarts marqués :

- Au titre de l'accès aux soins, les missions de santé publique sont citées par 63 % des MSP en ACI, suivies de la satisfaction des patients (53 %), de la diversité de l'offre (niveau 1 pour 58 % et niveau 2 pour 48 %) et enfin du second recours (niveau 1 pour 26 % et niveau 2 pour 5 %) ;
- Concernant le travail en équipe et la coordination, la formation des jeunes est mise en avant par 84 % des MSP et la coordination externe par 53 % ;
- Enfin, pour le système d'information, 47 % des MSP font état d'un SI de niveau avancé.



Graphique 23 : Indicateurs socles et optionnels

L'affectation de la somme reçue par les MSP concerne essentiellement l'utilisation d'un système informationnel partagé (un quart des MSP en ACI).

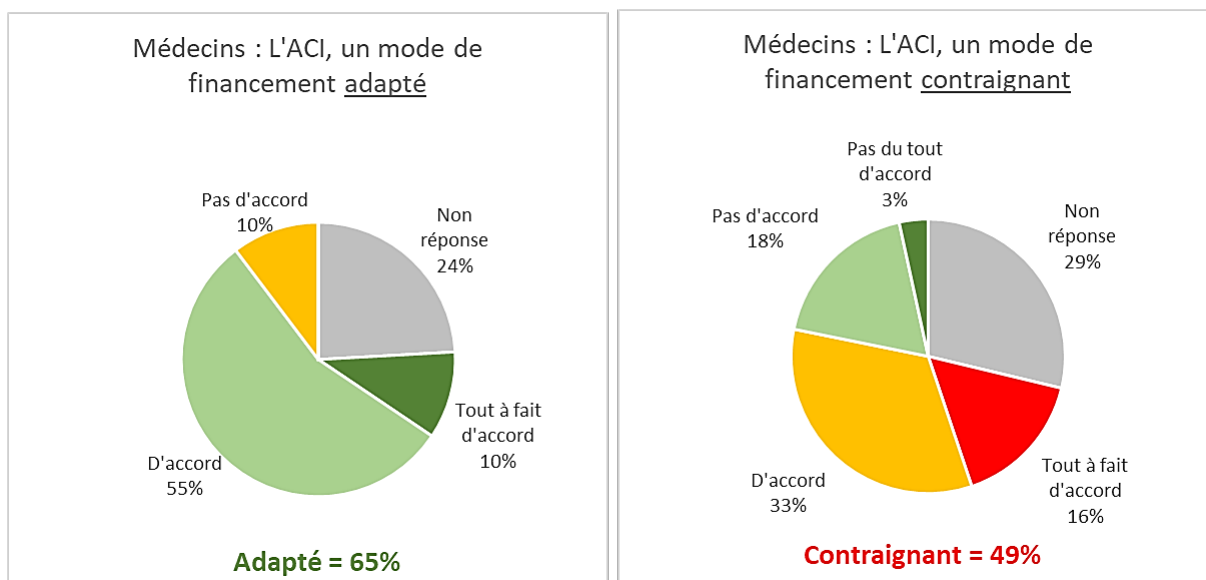
Notons que 63 % des MSP n'ont pas souhaité se positionner sur cette question et que ces résultats sont à interpréter en termes de grande tendance.

Une majorité des médecins enquêtés ont une perception favorable de l'ACI.

65% estiment l'ACI adapté. Seuls 10 % sont en désaccord avec cette affirmation. Dans le même temps, 49% l'estiment contraignant.

Les contraintes citées sont en premier lieu une perception de charge administrative accrue dans les informations à communiquer à la CPAM pour l'obtention des financements.

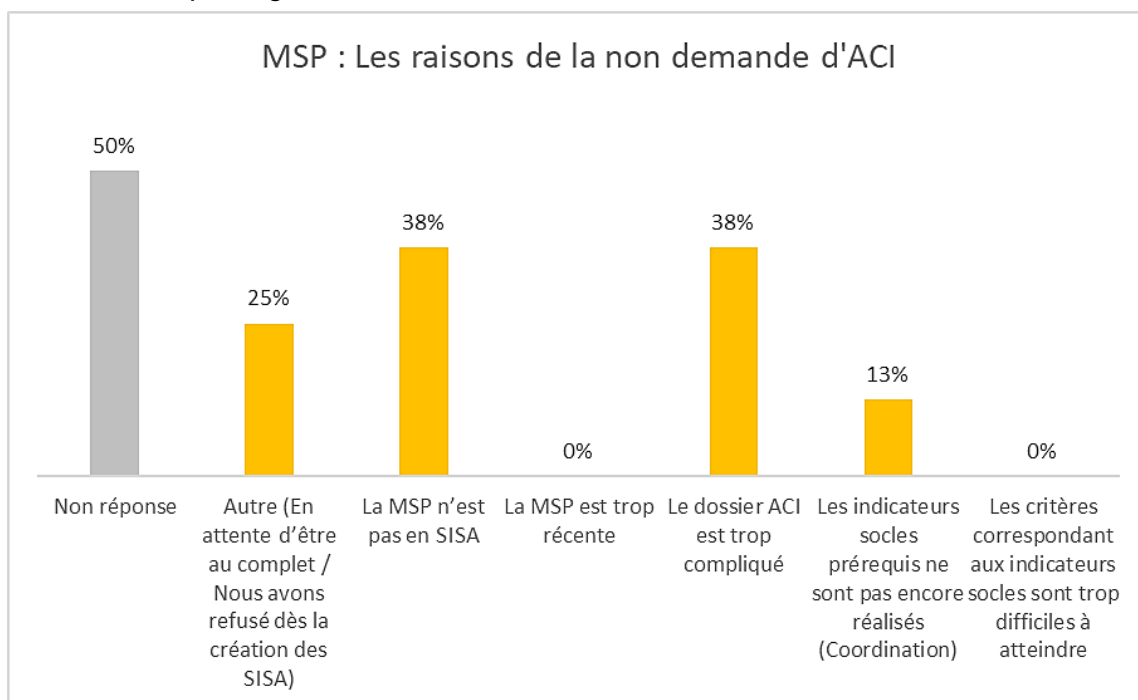
Notons, que ces aides ont pour la CPAM un caractère incitatif à l'exercice coordonné interne et externe, elles sont attribuées sur des informations déclaratives, sans contrôle *a priori*.



Graphique 24 : Perception ACI adapté - Graphique 25 : ACI- Perception contrainte- Base médecins

Pour les 26 % de MSP n'ayant pas initié cette démarche de contractualisation de l'ACI, les raisons invoquées sont :

- pour la majorité, a difficulté perçue de la constitution du dossier de demande d'ACI ;
- une MSP qui n'est pas encore jugée « prête » à ce passage en ACI : nombre de professionnels insuffisant, indicateurs socles et notamment coordination non effectifs.
- un refus du passage au statut de SISA.



Graphique 26 : Les raisons de la non demande d'ACI – Base MSP

L'ACI, des critères à valoriser.

Alors que l'amplitude d'horaire d'ouverture fait partie des critères socles, plusieurs répondants estiment qu'elle n'est pas suffisamment prise en compte. Les médecins enquêtés pointent notamment le besoin de valoriser le niveau d'amplitude d'horaire d'ouverture et la permanence des soins de la MSP permettant « *le désengorgement des urgences* ».

Toujours concernant le temps médical, des répondants estiment insuffisamment valorisé la prise en charge de la patientèle des autres professionnels de santé dans le cadre de soins non programmés ou de permanence.

Ils insistent également sur la nécessaire valorisation des actions de soins ou de santé (publique) qui ne ressortent pas du soin au sens le plus restrictif : temps socio-administratif, écoute, temps de coordination y compris avec des partenaires extérieurs à la MSP (pharmaciens, « institutions »), coordination ville-hôpital...

Nombre de répondants considèrent donc que les thématiques de santé publique de l'ACI restent trop limitées et qu'ils réalisent des actions qui correspondent (mieux) à leur connaissance des besoins de santé du territoire.

« La liberté des équipes à construire elles-mêmes leurs protocoles, ce qui était le cas au début ».

Enfin, pour les médecins, il s'agit à travers la valorisation des critères de soutenir la coordination dans toutes ses dimensions (cf. chapitre suivant).

2.3 Professionnels de la MSP

2.3.1 L'équipe pluriprofessionnelle libérale

Une hétérogénéité de situations.

La taille des équipes pluriprofessionnelles des MSP apparaît extrêmement variable : la plus petite compte 3 professionnels et la plus importante une quarantaine.

En moyenne, les MSP interrogées comprennent **4,4 médecins généralistes** soit de 1 à 11 selon les MSP.

Plus d'un tiers des MSP (37 %) ont au moins un médecin spécialiste et 93% un professionnel paramédical.

Parmi les MSP disposant de spécialistes, la moyenne est **de 2,8 spécialistes**, ce nombre pouvant atteindre 11 professionnels.

Les écarts de composition des équipes pluriprofessionnelles constatés entre les MSP les plus importants concernent les professionnels paramédicaux. Parmi les 93 % de MSP ayant au moins un professionnel paramédical, la moyenne est de **12,1 professionnels** par maison de santé, la plus petite en comptant 3 et la plus importante 24.

93% des MSP enquêtées comptent au moins un infirmier dans leur équipe.

77% proposent les services de kinésithérapeutes.

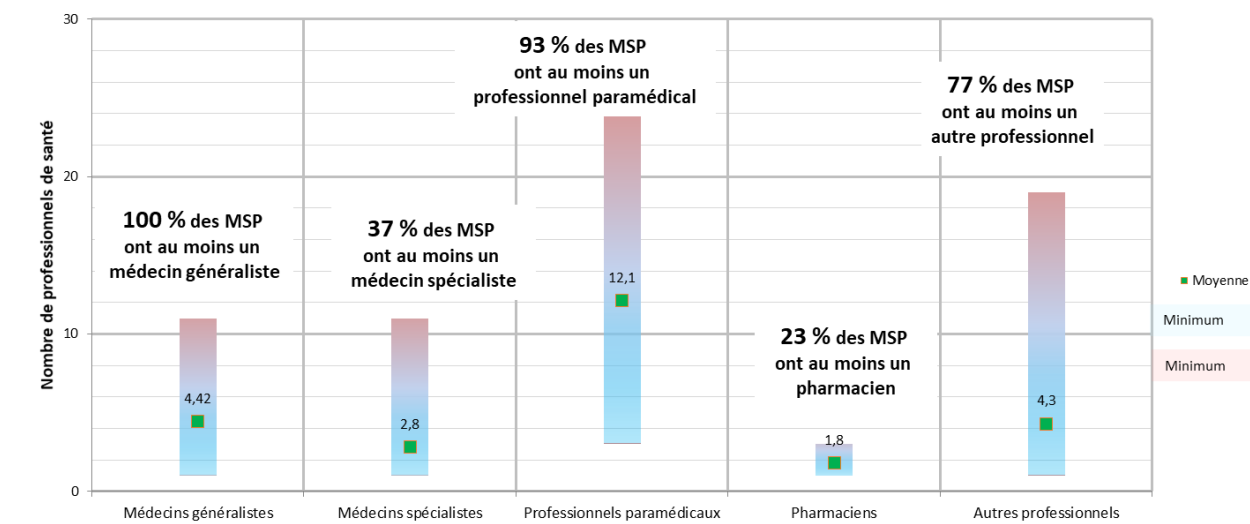
Les professionnels les plus représentés après les infirmiers et kinésithérapeutes sont les orthophonistes, les sages-femmes et les diététiciens-nutritionnistes.

Plus d'un quart des MSP comptent également un podologue-pédicure.

23% d'entre elles recensent un pharmacien dans l'équipe. Lorsque c'est le cas, ce sont en moyenne 1,8 pharmaciens qui sont associés à la structure.

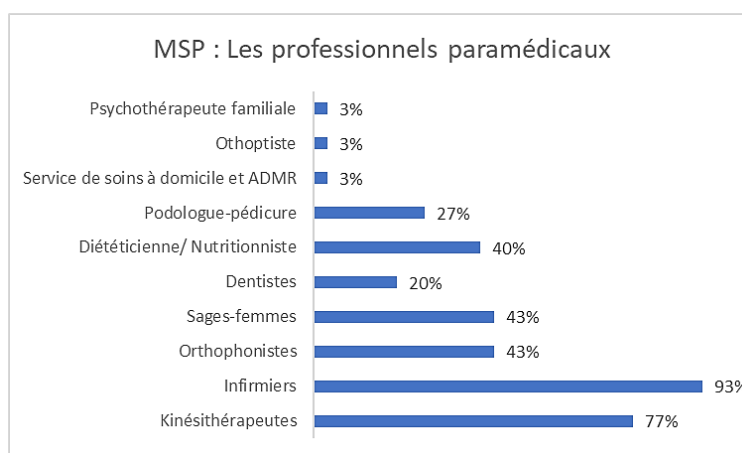
Enfin, plus des trois quart des MSP intègrent d'autres professionnels dans l'équipe (4,3 professionnels en moyenne). Les écarts sont également importants concernant ces autres professionnels, leur nombre variant de 1 à 19.

Enfin, 87 % des MSP déclarent accueillir des internes en stage au sein de la structure. Il s'agit quasi-exclusivement de stages en médecine générale (96 %).

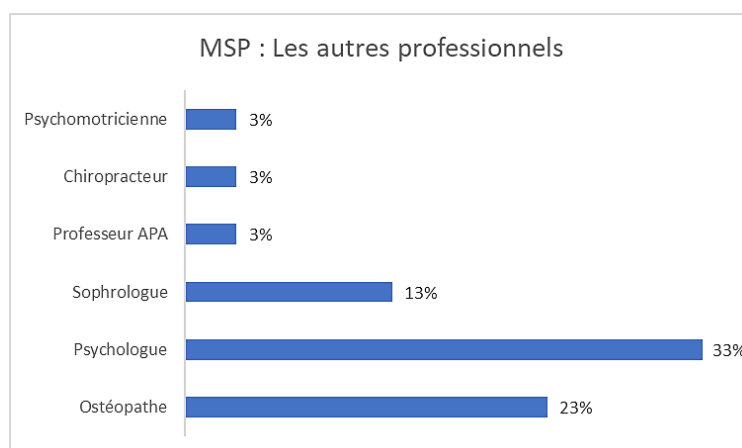


Lecture : 37% des MSP ont au moins un médecin spécialiste. Sur la base de ces 37%, la moyenne est de 2,8 spécialistes par MSP, le minimum étant de 1 et le maximum de 11 spécialistes.

Graphique 27 : Typologie de professionnels au sein des MSP répondantes



Graphique 28 : Typologie des professionnels paramédicaux – Base MSP



Graphique 29 : Typologie des professionnels autres – Base MSP

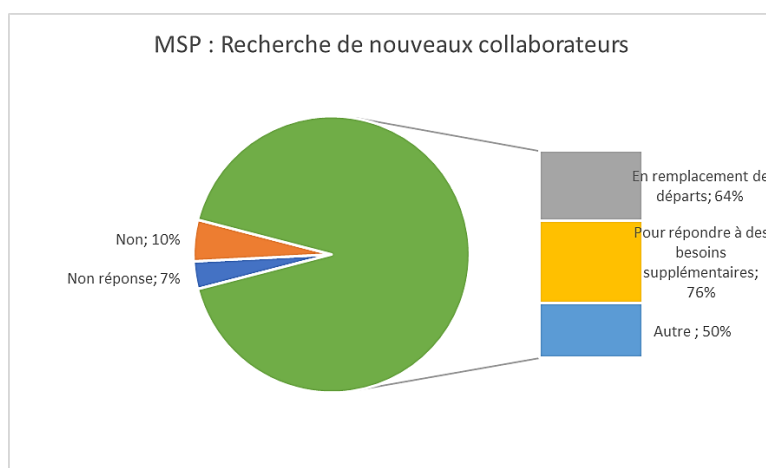
Depuis leur création, de nombreuses structures ont connu des mouvements dans leurs effectifs de professionnels médicaux et paramédicaux.

80% d'entre elles ont accueilli de nouveaux professionnels depuis leur création, 53% ont connu des départs de professionnels.

Il apparaît que le type de territoire d'implantation, (rural, urbain ou semi-urbain) n'influence pas de manière significative le type de mouvement des effectifs.

La majorité des MSP sont confrontées à des problématiques de remplacement des départs.

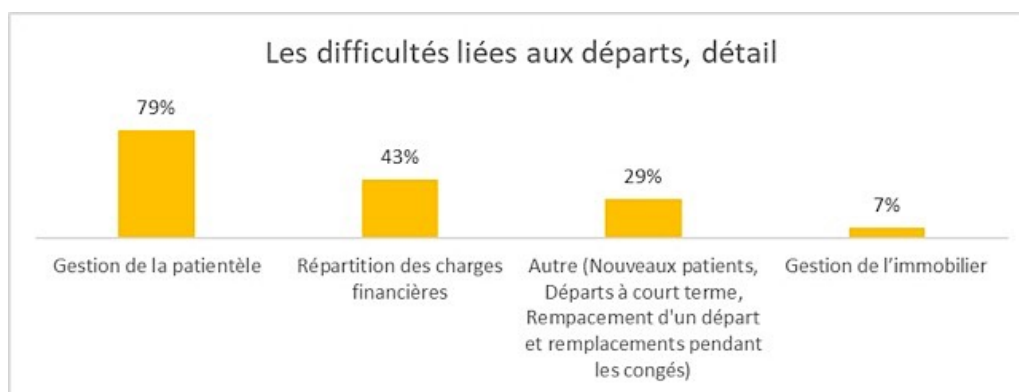
Au moment de l'enquête, **83 % des MSP étaient à la recherche de nouveaux collaborateurs**, à la fois pour remplacer des départs de professionnels pour 64% d'entre elles et pour répondre à des besoins croissants sur le territoire pour 70%.



Graphique 30 : La recherche de nouveaux collaborateurs au sein des MSP répondantes

Les départs des médecins représentent pour **47% des MSP l'une des principales difficultés rencontrées**, essentiellement en termes de gestion de la patientèle et de répartition des charges financières (modalités d'absorption des charges du médecin quittant la MSP).

A l'inverse, l'augmentation de la taille de la structure et du nombre de professionnels de santé génère des difficultés transitoires repérées par 13% des MSP interrogées : réorganisation de l'équipe et nouvelle répartition des charges financières.



Graphique 31 : Les difficultés liés au départ de médecins – Base MSP

2.3.2 Les salariés des MSP

80% des MSP ont au moins un salarié. La moyenne est de 2,2 salariés par MSP.

Une grande majorité des MSP emploient une / des secrétaires sur site.

16% font également appel à un secrétariat externalisé.

Pour 38% les plages horaires du secrétariat correspondent aux horaires d'ouverture de la MSP.

Un tiers des MSP emploient également un coordinateur administratif salarié.

2.4 Types de MSP différenciés par l'enquête

2.4.1 Méthode

Les réponses aux 75 questions (questions numériques, d'échelle, qualitatives) relatives aux MSP ont été analysées afin d'identifier les variables les plus représentatives et discriminantes pour expliquer les types.

Parmi les 75 variables, 10 ont été isolées et intégrées dans le modèle statistique, support de la typologie :

- L'année d'ouverture de la MSP
- La durée de montage du projet
- La création en continuité avec un cabinet médical / la création *ad hoc*
- Le type de territoire (appartenance à un zonage)
- La coordination administrative
- L'animation du projet de santé
- Les aides perçues
- La contractualisation de l'ACI
- L'existence d'un système d'information partagé
- Les protocoles pluri-professionnels.

2.4.2 Représentation de la typologie (*mapping*)

La typologie permet d'établir 4 modèles caractérisés par des modes de déploiement et de fonctionnement statistiquement différenciés.

- Des MSP plus anciennes, restant sur le fonctionnement d'un cabinet médical ;
- Des MSP au montage rapide, une coordination à organiser ;
- Des MSP récentes, ayant signé l'ACI, implantées sur des territoires plus fragiles ;
- Des MSP récentes, en ACI, une coordination administrative et une coordination des soins effectives.

Il s'agit d'une photographie à un moment précis.

Le positionnement des différents types de MSP sur une carte permet de représenter l'information. Celle-ci s'explique à travers différents axes, dont les 2 principaux (F1 et F2) sont apparents :

- Le fait d'être en ACI ou pas (axe F1)
- Une durée de montage inférieure à 2 ans (axe F2)
- Le fait d'avoir identifié un responsable de gestion de la MSP (médecin ou autre professionnel de santé) (axe F2).

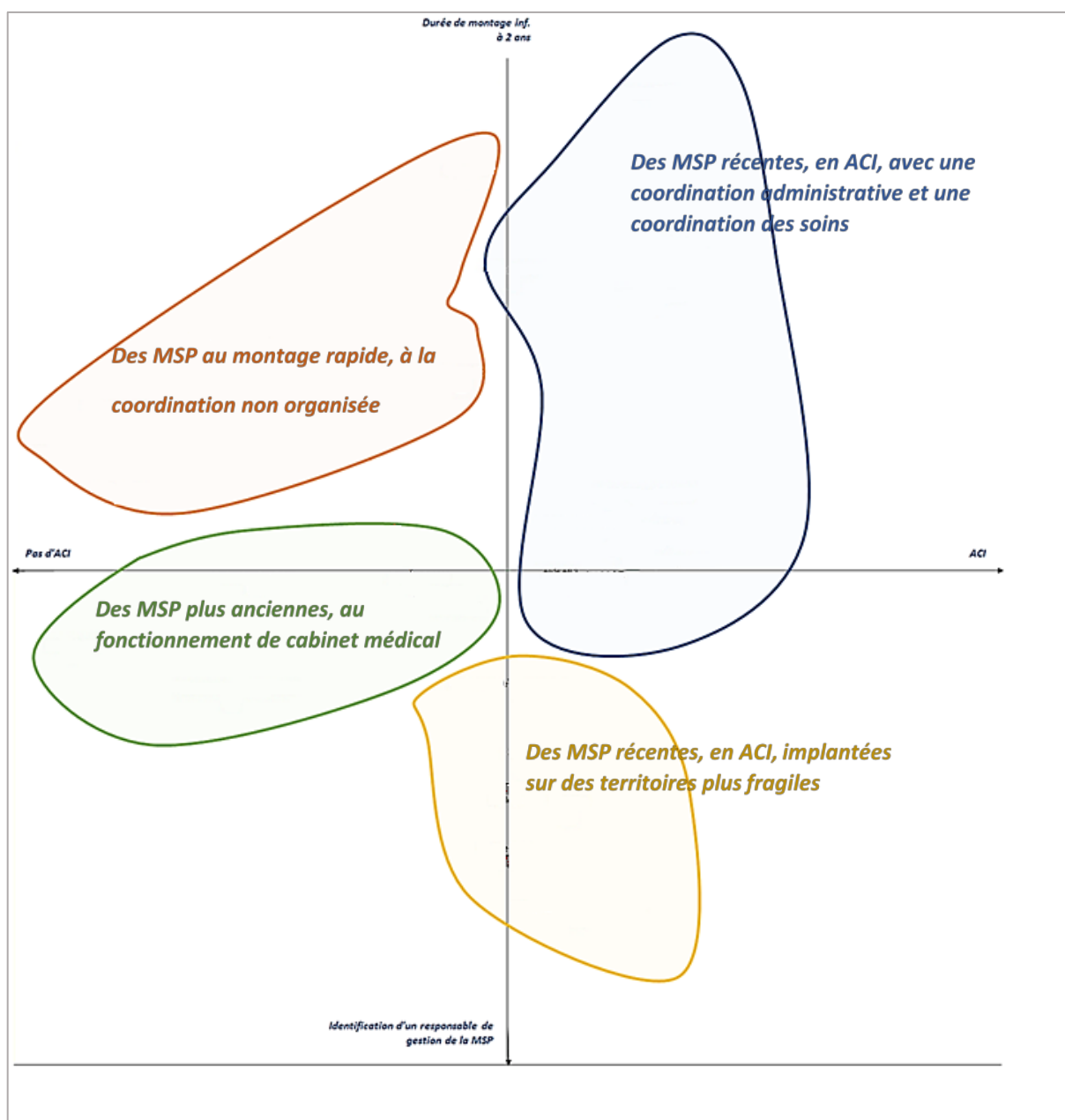
Les axes ne traduisent pas systématiquement des informations opposées (par exemple Responsable de gestion/Pas de responsable de gestion).

Lecture :

Dans la mesure où il s'agit d'un **positionnement relatif**, les MSP se situant à l'opposé d'une variable traduisant la coordination ne sont pas étrangères à toute action de coordination : elles sont moins engagées sur cet axe que d'autres MSP.

De même, une MSP qui est fortement représentée par les informations contenues sur un axe, peut également être représentée (mais dans une moindre mesure) par des informations apparaissant sur un autre axe.

Représentation de la typologie



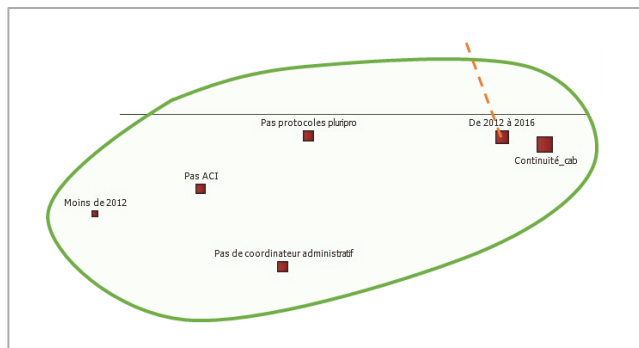
Graphique 32 : Typologie MSP – Base MSP

2.4.3 Quatre modèles de MSP identifiés

Chaque modèle est caractérisé par un ensemble de variables discriminantes.

Modèle 1 - Des MSP plus anciennes, restant sur le fonctionnement d'un cabinet médical

Ce groupe représente 17 % de l'ensemble des MSP.



Graphique 33 : Typologie MSP – Modèle 1 - Base MSP

Il s'agit de structures plus anciennes que les autres, essentiellement créées avant 2012 ou en 2012-2013.

Elles ont été créées en continuité d'un cabinet de médecin et au moment de l'enquête, aucune n'avait contractualisé en ACI.

Ces MSP ont conservé le mode de fonctionnement d'un cabinet groupe.

A titre illustratif :

- Elles ne disposent pas de cadre de fonctionnement précis défini pour la gestion de la MSP.
- De même, une responsabilité de gestion de la MSP n'est pas systématiquement définie et 80% n'ont pas de coordinateur administratif identifié.
- L'approche pluriprofessionnelle y est plus limitée que dans les autres MSP. Dans ce sens, 40% n'organisent pas de réunions de concertation pluriprofessionnelle et 80% n'ont pas mis en place de protocoles pluri-professionnels.

Modèle 2 - Des MSP au montage rapide, une coordination à organiser

Ce groupe représente 13 % de l'ensemble des MSP.

Ces MSP ont été créées entre 2012 et 2016.



Graphique 34 : Typologie MSP – Modèle 2 - Base MSP

Leur montage s'est avéré relativement rapide (moins de 2 ans pour 50% des MSP) et leur implantation s'est faite sans prise en compte des zonages (tels que définis au 1^{er} janvier 2018).

Une très grande majorité de MSP ne fonctionne pas en ACI (75%) et, par rapport aux autres groupes, peu d'aides ont été mobilisées : seulement 50% ont bénéficié d'une aide de l'ARS et aucune n'a mobilisé d'aide des Conseils départementaux.

Ces MSP ne disposent pas d'un logiciel labellisé ASIP et le système d'information est quasi-inexistant dans la plupart de ces structures.

Par ailleurs, la coordination administrative y est (très) peu organisée :

- Absence de fonction de responsable de gestion de la MSP ;

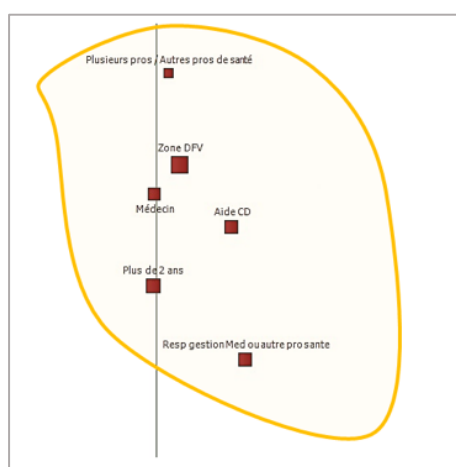
- 75% n'organisent pas de réunion de gestion de la MSP ;
- 75% n'ont pas défini de cadre de fonctionnement /de gestion de la MSP ;
- Aucune n'a de coordinateur administratif.

De la même façon, la coordination des soins et l'approche pluriprofessionnelle sont plus limitées : on relève une absence d'animation du projet de santé ; seulement 25% organisent des réunions de concertation pluriprofessionnelle et aucune ne mentionne la signature de protocoles pluriprofessionnels.

Enfin, aucune action de type Éducation thérapeutique du patient ou actions de prévention n'a pu être identifiée auprès de ce groupe ; seule, la moitié d'entre elles a signé un protocole avec l'ARS.

Modèle 3 - Des MSP récentes, ayant signé l'ACI, implantées sur des territoires plus fragiles

Ce groupe représente 17 % de l'ensemble des MSP.



Il rassemble des MSP plutôt récentes (créées vers 2016).

Ces structures se situent davantage dans une zone déficitaire / fragile / en vigilance.

Lors de leur montage, des aides départementales ont été sollicités (80%) et 100 % ont bénéficié d'aides de l'ARS. Ces MSP se distinguent également par une durée de montage plus longue que les autres groupes de MSP (4 ans ½ en moyenne).

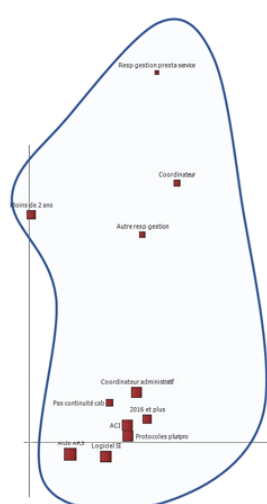
Pour 80 % d'entre elles, la contractualisation de l'ACI est effective (80%).

Graphique 35 : Typologie MSP – Modèle 3 - Base MSP

La gestion administrative de la structure apparaît bien organisée : existence de réunions de gestion, définition d'un cadre de fonctionnement précis par rapport à la gestion de la MSP, une personne désignée pour exercer une responsabilité de gestion de la structure.

L'animateur du projet de santé est un médecin ou un autre professionnel de santé de la MSP (parfois plusieurs professionnels de santé).

Toutes ces MSP disposent d'un système d'information en place.



Modèle 4 - Des MSP récentes, en ACI, une coordination administrative et une coordination des soins effective

Ce groupe représente 53 % de l'ensemble des MSP.

Ce sont des MSP récentes (dont l'ouverture a été effective entre 2016 et 2018), créées *ad hoc*, c'est-à-dire sans continuité avec un cabinet de médecins existant.

Les aides de l'ARS ont été mobilisées par toutes les MSP.

La contractualisation en ACI est effective (88%) ou en cours (12%).

Graphique 36 : Typologie MSP – Modèle 4 - Base MSP

La coordination administrative est en place : des réunions de gestion de la MSP sont organisées pour 88%, un cadre de fonctionnement précis est défini pour 94%, 100 % ont un coordinateur administratif identifié et 88 % un responsable de gestion.

Toutes ces MSP disposent d'un système d'information.

Enfin, la coordination des soins et l'approche pluriprofessionnelle sont effectives : réunions de concertation pluriprofessionnelle (100%), protocoles pluriprofessionnels au sein de la MSP (94%).

Notons qu'un quart de ces structures ont signé des protocoles avec l'ARS, ce qui n'est le cas dans aucun autre groupe.

A travers la typologie des MSP, on peut observer une progression du modèle MSP.

Si les MSP les plus anciennes et formées à la suite d'un cabinet médical n'ont pas autant fait évoluer leur mode organisationnel, nous pouvons faire l'hypothèse que les MSP les plus récentes ont pu bénéficier d'un retour d'expérience, d'une acculturation à l'exercice coordonné, des compétences mobilisables qui ne préexistaient pas pour les MSP les plus anciennes, d'un cadre de labellisation plus exigeant et stabilisé par les tutelles.

Les MSP les plus récentes semblent, en ce sens, répondre davantage aux fonctions socles attendues et ont mieux préparé leur projet. Elles ont pu faire appel à des fonctions d'ingénierie externes qui est significatif de réussite du projet.

Le temps de montage paraît être également un critère discriminant dans l'élaboration du projet collectif que représente la MSP, à la fois le projet de santé et le cadre commun de fonctionnement.

De façon qualitative, à travers les réponses à l'enquête, ces éléments sont confirmés dans le chapitre suivant.

3 Satisfaction des médecins à exercer en MSP

3.1 Niveau de satisfaction des médecins à exercer en MSP

Le niveau de satisfaction des médecins à exercer en MSP, est mesuré à travers l'enquête auprès des médecins généralistes et spécialistes ayant répondu à l'enquête.

96% des médecins enquêtés reconnaissent des bénéfices par rapport à un autre mode d'exercice.

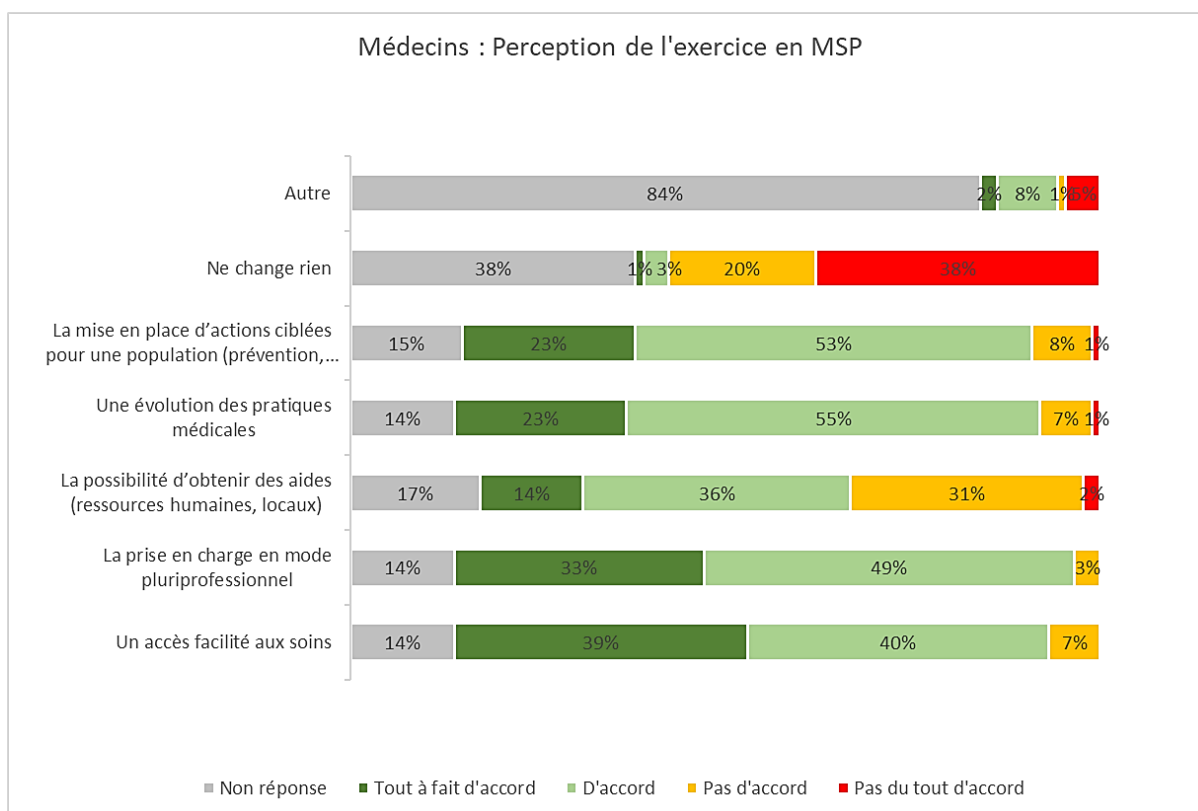
Les effets positifs cités majoritairement concernent :

- les pratiques professionnelles : principalement la possibilité d'une prise en charge en mode pluri-professionnel (82 %) et l'évolution des pratiques médicales (76%) ;
- le projet de santé : l'accès facilité aux soins pour la population (79 %) et la mise en place d'actions ciblées (76%).

50 % citent la possibilité d'obtenir des aides (ressources humaines, locaux).

Les médecins qui ne reconnaissent pas la possibilité d'obtenir des aides comme apport sont ceux qui ont participé au montage de la MSP ou exercent au sein des MSP les plus anciennes. Les écarts de perception ne sont pas significatifs selon les difficultés rencontrées lors du montage ou les aides obtenues.

En revanche, le suivi du projet de santé et le niveau d'utilisation du SI paraissent corrélés à la perception d'un impact positif de l'exercice en MSP par les médecins enquêtés.



Graphique 37 : Perception de l'exercice en MSP – Base Médecins

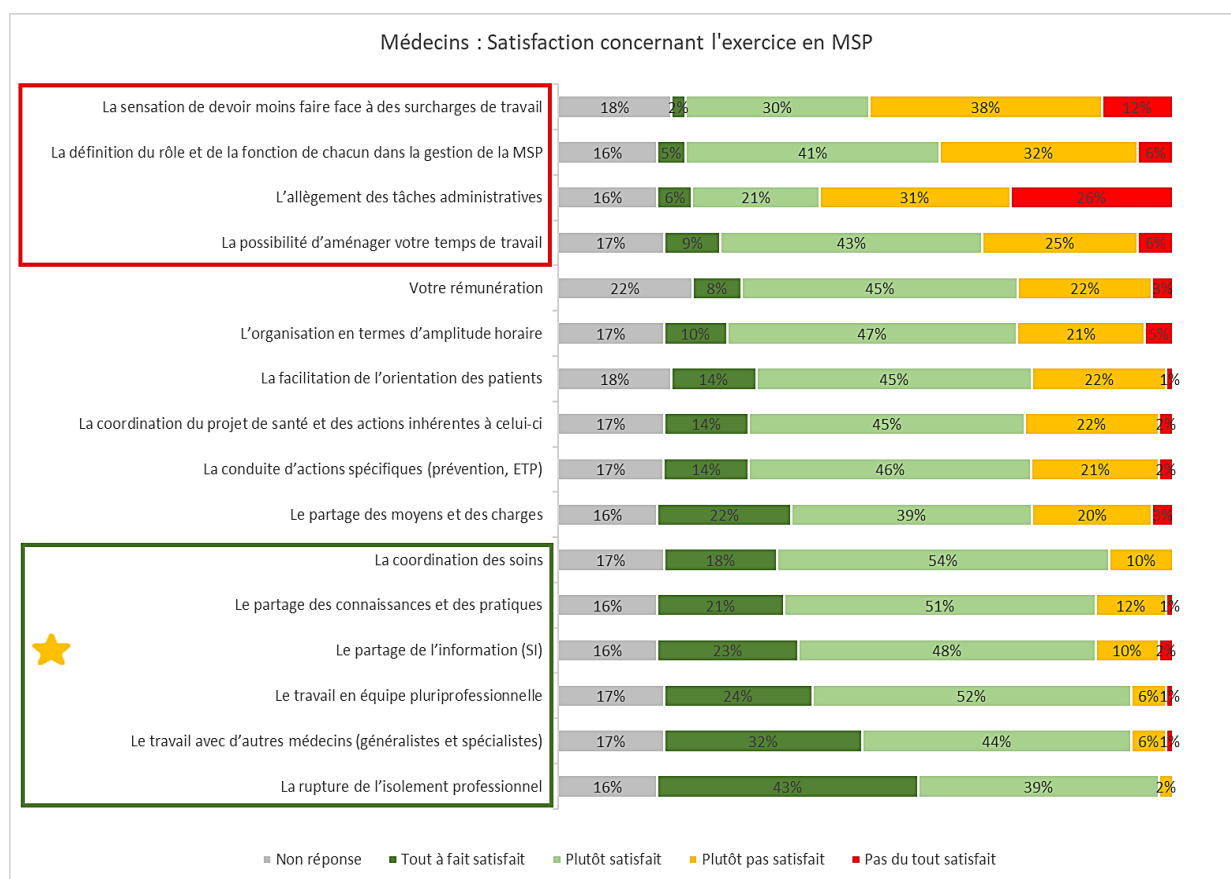
Au global, les médecins enquêtés se montrent tout particulièrement satisfaits du fait de travailler en équipe avec d'autres médecins et professionnels de santé.

Ils évoquent la rupture de l'isolement professionnel, le travail avec d'autres généralistes et spécialistes, le travail en équipe pluriprofessionnelle, le partage des connaissances et des pratiques, le partage de l'information à travers le SI et la coordination des soins.

Paradoxalement et à l'opposé, les éléments les moins porteurs de satisfaction ont trait à l'organisation du travail de l'équipe et l'impact sur le médecin au niveau personnel.

38 % des médecins relèvent l'insuffisance de la définition du rôle et de la fonction de chacun dans la gestion de la MSP, associée à la difficulté de l'aménagement du temps de travail, le non-allègement des tâches administratives, et pour 50 % la sensation de devoir toujours autant faire face à des surcharges de travail.

Ces deux aspects : coordination « clinique » et « travail en équipe » seront développés dans le chapitre suivant.

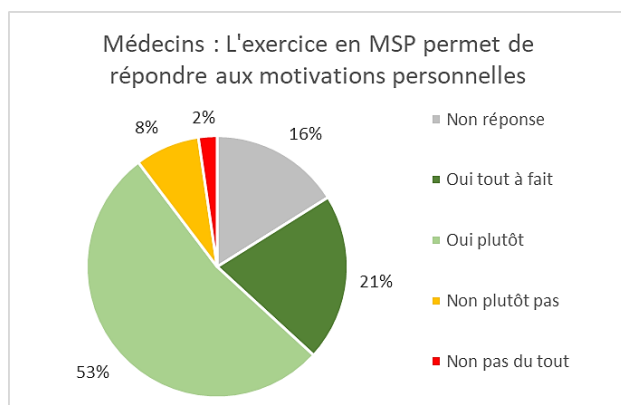


Graphique 38 : Satisfaction relative à l'exercice en MSP – Base Médecins

Pour 74 % des médecins, l'exercice en MSP permet de répondre aux motivations personnelles.

21 % déclarent que l'exercice en MSP permet de répondre aux motivations personnelles et 53 % plutôt, quels que soient les objectifs et les profils des médecins (cf. paragraphe *En amont de l'installation*).

Un écart entre les aspirations personnelles initiales et l'exercice effectif en MSP est constaté pour 10% des médecins enquêtés.



Graphique 39 : Motivations personnelles – Base Médecins

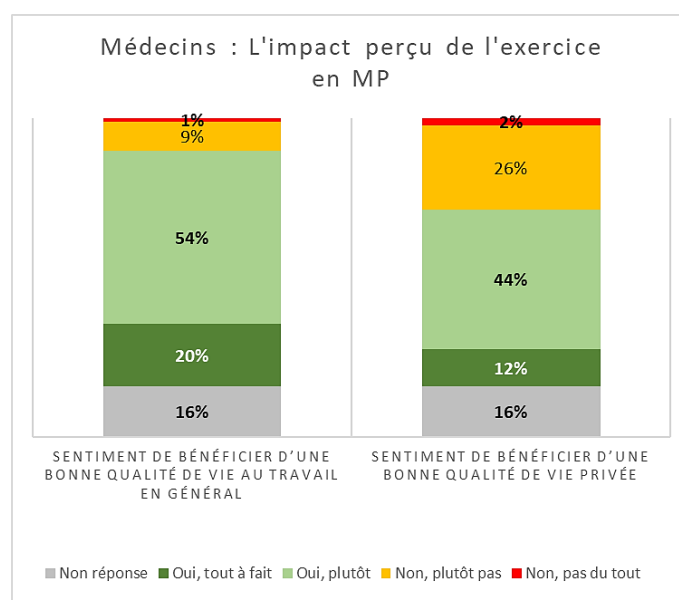
La forte adéquation entre les objectifs initiaux et les bénéfices perçus par les médecins apparaît liée de manière très significative à l'exercice pluri-professionnel, la possible obtention des aides, l'évolution des pratiques induites, la possibilité de déployer des actions ciblées auprès de catégories de la population.

Les médecins identifient un impact positif de l'exercice en MSP sur leur vie professionnelle (74%) et de façon moindre sur leur vie privée (56%).

Les 28 % de médecins n'ayant pas le sentiment de bénéficier d'une bonne qualité de vie privée en MSP ne se caractérisent pas par un profil spécifique en termes de situation familiale, d'âge ou de genre.

En revanche, pour ces médecins, l'exercice en MSP n'a pas l'effet escompté en termes d'allègement de la charge de travail, de définition des rôles de chacun, de possibilité d'aménagement du temps de travail, de rupture de l'isolement professionnel ou encore l'organisation en termes d'amplitudes horaires.

Aussi, il apparaît que **l'organisation du travail au global est un facteur qui affecte la perception de la qualité de vie au travail.**



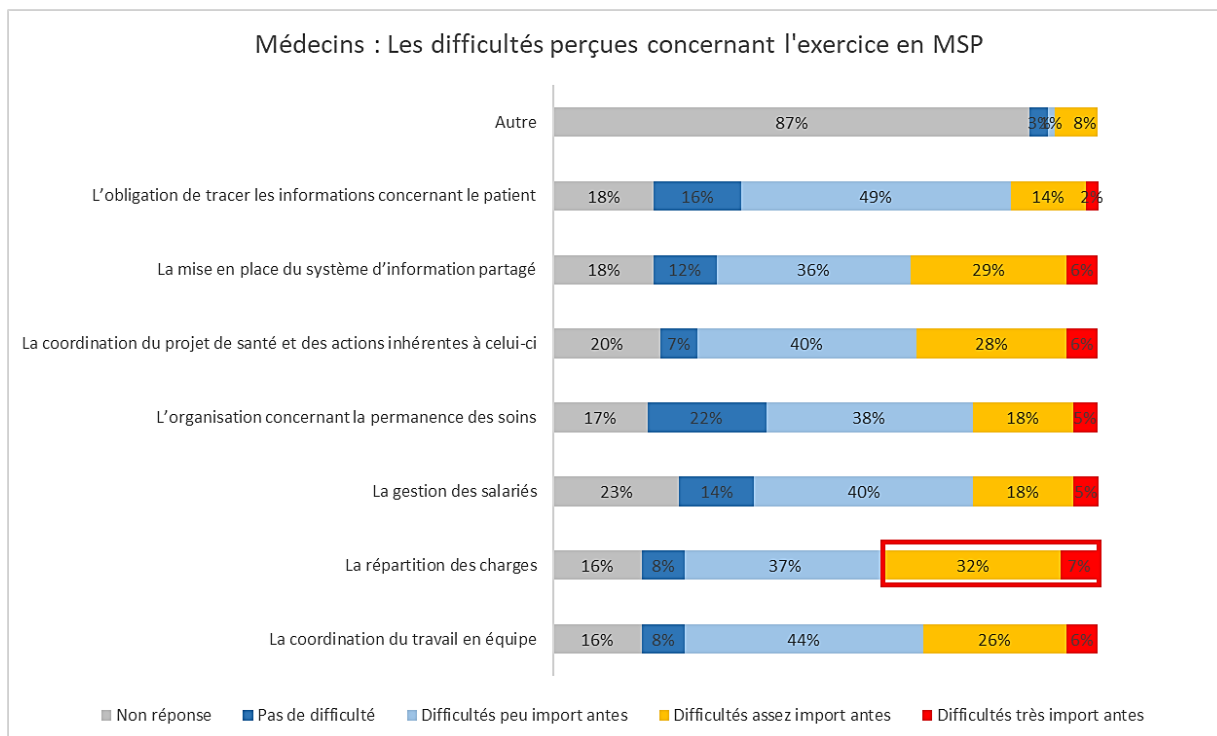
Graphique 40 : Impact perçu de l'exercice en MSP – Base Médecins

En cohérence, les difficultés perçues par les médecins concernant l'exercice en MSP sont essentiellement liées à l'organisation.

La répartition des charges (39 % des médecins), la mise en place du SI (35 %), la coordination du projet de santé (34 %) et la coordination du travail en équipe (32 %) sont repérées comme des difficultés assez ou très importantes.

De manière générale, les médecins interrogés soulignent leur manque de compétences sur les questions administratives et juridiques, la complexité des dossiers à remplir et le manque d'interlocuteurs à même de faciliter le montage et par la suite la gestion.

« Éternel compromis entre le temps professionnel rémunéré et le temps de coordination et coopération peu rémunéré » ; « La coordination de manière globale et la gestion financière de la MSP Problème du "bénévolat" pour gestion... ».



Graphique 41 : Les difficultés relatives à l'exercice en MSP – Base Médecins

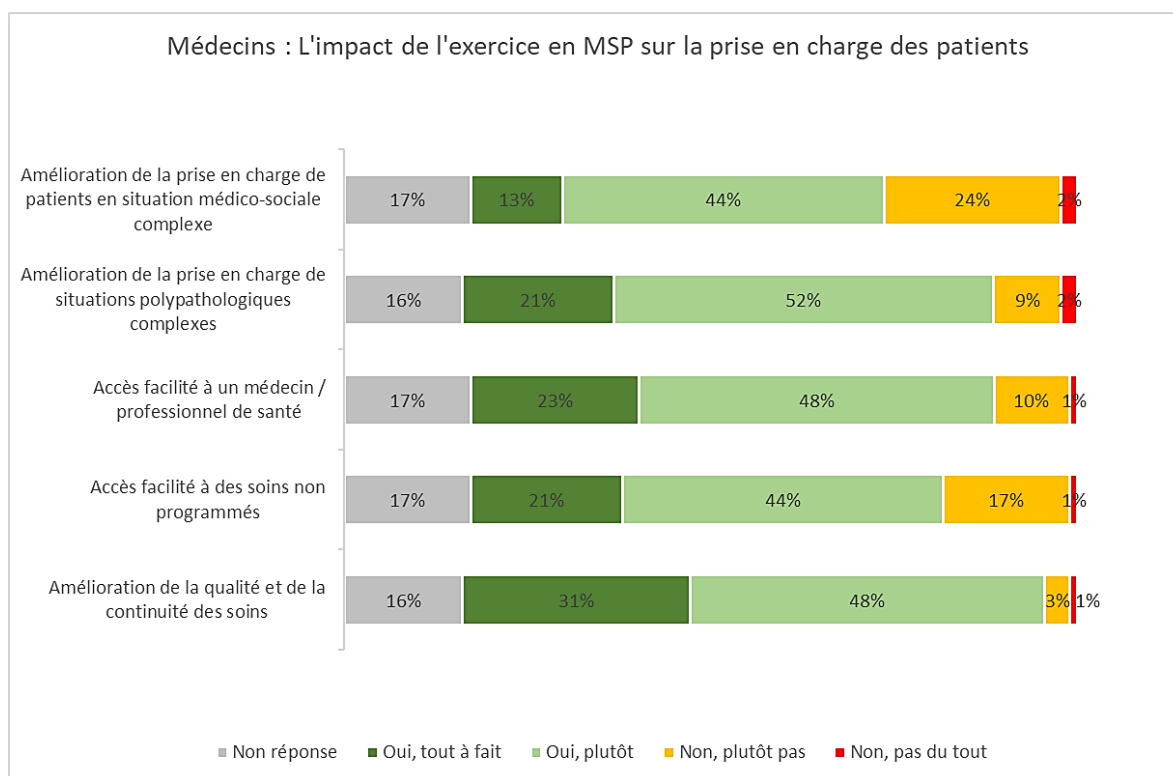
69% des médecins enquêtés perçoivent un impact favorable de l'exercice en MSP sur la prise en charge des patients par rapport à un autre mode d'exercice.

L'amélioration de la qualité et de la continuité des soins recueille près de 80 % de perceptions positives.

De la même façon, l'amélioration de la prise en charge de situations polypathologiques complexes et l'accès facilité à un médecin ou un autre professionnel de santé se trouvent impactés positivement pour plus de 70 % des répondants.

L'accès facilité à des soins non programmés et l'amélioration de la prise en charge de patients en situation médico-sociale complexe recueillent respectivement 65 % et 57 % d'avis positifs. Au global, 68 % des médecins pensent que l'exercice coordonné en MSP permet une amélioration du parcours de soin.

Seulement 4% des médecins déclarent que l'exercice en MSP ne contribue pas à améliorer la qualité et la continuité des soins.



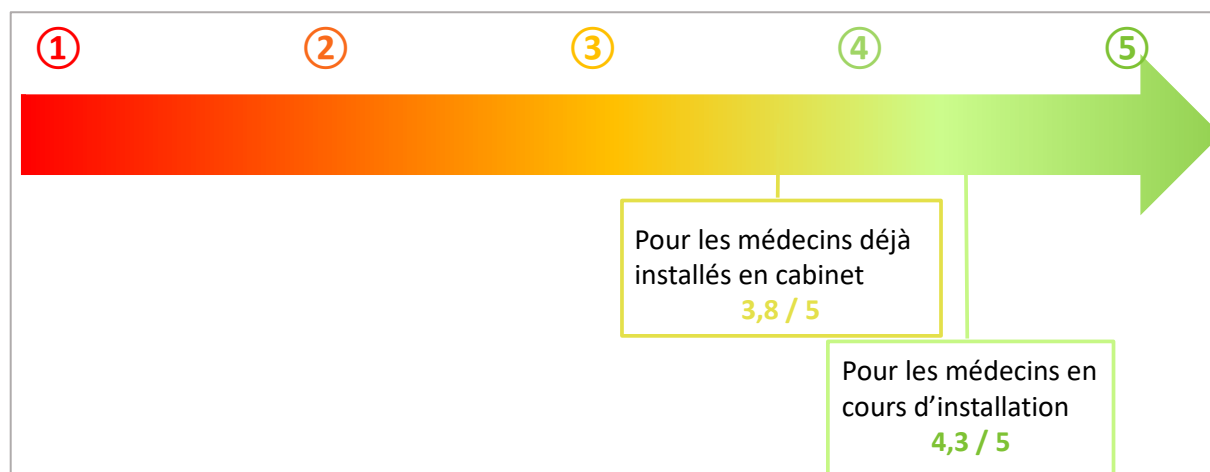
Graphique 42 : Impacts perçus de l'exercice en MSP sur la prise en charge des patients – Base Médecins

3.2 Valeur de recommandation émise par les médecins

Les médecins enquêtés se montrent relativement positifs sur la valeur de recommandation à exercer en MSP.

Ainsi, pour les jeunes confrères en cours d'installation, la valeur de recommandation serait de 4,3/5.

Concernant les médecins déjà installés en cabinet, la note attribuée est légèrement inférieure (3,8/5) mais traduit une recommandation favorable.



Graphique 43 : Valeur de recommandation à l'exercice en MSP – Base Médecins

La première raison d'une telle valeur de recommandation a trait à **l'amélioration des conditions d'exercice**.

« La qualité des conditions de travail est idéale », « Amélioration franche de la qualité de vie professionnelle et sentiment fort de pouvoir mieux faire évoluer les choses », « Je ne pourrais pas exercer autrement qu'en pluri pro, je ne saurais pas faire. Variété de l'activité, amélioration des pratiques, bonne qualité de vie au travail », « J'ai eu 31 ans d'exercice libéral solitaire, frôlé le burn-out... », « Exercice de groupe très stimulant et beaucoup plus souple qu'en cabinet seul ».

Cette amélioration va de pair avec le fait pour les médecins de ne pas ou ne plus être isolé : *« Epanouissement professionnel », « Changements bénéfiques induits par la coordination pluri professionnelle », « Je m'y régale et cela a donné un coup de fouet novateur à ma carrière professionnelle ! ».*

Le partage de projet et de moyens (projet de santé, SI, secrétariat) intègre également cette valeur.

L'impact sur **l'amélioration de la prise en charge des patients** est également cité : *« Contact avec les paramédicaux améliorant la prise en charge des patients surtout sur le plan social (surtout les contacts informels entre deux consultations ou autour d'un café) ».*

En revanche, est souligné les problématiques de temps, de coordination ainsi que le déficit de professionnels.

« En MSP ou pas l'envie de stopper mon activité en cabinet augmente », « Nécessité de multiples réunions pour motifs divers et variés, pour la difficulté à être reconnu MSP multi sites (les médecins exerçant sur plusieurs sites me paraissant pénalisés par rapport aux autres), pour l'éducation difficultés de certains patients qui pensent qu'ils seront examinés quel que soit le moment même sans avoir pris RDV »

« Je reste dubitatif, pour les projets" communs, Risque de difficultés à remplacer les médecins partant à la retraite prochainement. »

« Si je devais recommencer, je partirais sur une équipe réduite très fonctionnelle avec un développement optimal des moyens de communication »

« Complexité des prises en charges patients (...) sans forcément de moyens pour y répondre... et tout cela avec un déficit grandissant en médecins. Plus de temps pour se former et même pour dormir si on veut tout faire... »

« Beaucoup de paperasse par manque de coordination et mauvaise entente avec 1 professionnel. »

3.3 Analyse de la satisfaction des médecins à exercer en MSP

Le niveau de satisfaction global est porté par un ensemble d'éléments qui font système.

Il existe tout d'abord une relation significative entre le **fait d'avoir bénéficié d'aides** au moment du montage de la MSP et le niveau de satisfaction.

Le tableau suivant illustre bien l'impact de ces aides sur le niveau de satisfaction inhérent à plusieurs items. L'aide apportée par l'ARS semble être la plus impactante en termes de satisfaction.

Avec aide au montage	Niveau de satisfaction			Sans aide au montage
	89%	La prise en charge des patients en mode pluri professionnel	53%	
	82%	La mise en place d'actions ciblées pour une population (prévention, protocoles...).	47%	
	83%	L'évolution des pratiques médicales	53%	
	79%	Le système d'information	33%	
	80%	Le fonctionnement du SI	47%	
	53%	La définition du rôle et de la fonction de chacun dans la gestion de la MSP	13%	
	74%	Projet de santé estimé suffisant en termes de cadre d'action	20%	

Graphique 44 : Impact de l'aide au montage sur la satisfaction– Base Médecins

L'apport de l'exercice en MSP perçu par le médecin constitue un facteur de satisfaction important.

Ainsi, plus le praticien aura le sentiment de participer à un accès facilité au soin, de participer à une prise en charge pluriprofessionnelle, de pouvoir mettre en place des actions ciblées (prévention, protocoles...), de participer à une évolution des pratiques médicales, plus il gagnera en satisfaction.

Parallèlement, le fait de pouvoir mobiliser des aides (ressources humaines, locaux...) constitue l'un des points forts de ce mode d'exercice.

La satisfaction est également portée par **l'impact des modalités d'exercice sur la qualité de vie professionnelle et privée**. Ce constat renvoie aux attentes et objectifs liés à l'installation en MSP (organisation de son volume horaire, allègement du travail administratif...).

Le fait de rencontrer des **difficultés** moindres apparaît de manière logique comme un point fort favorisant un niveau de satisfaction plus élevé.

Ce sont en particulier les difficultés liées à la coordination du travail en équipe, à la coordination du projet de santé, à la répartition des charges entre chacun et à l'obligation de tracer les informations concernant le patient qui sont les plus impactantes.

Enfin, **l'impact populationnel perçu par les médecins** va être porteur de satisfaction : amélioration de la qualité et de la continuité des soins, accès facilité à un médecin ou à un professionnel de santé, accès facilité à des soins non programmés, amélioration des prises en charge complexes (polypathologies mais également situations complexes au niveau médico-social).

La coordination à soutenir dans toutes ses dimensions : objet d'une fonction spécifique, par exemple par l'embauche d'une coordonnateur-trice via l'ACI.

A l'inverse, un certain nombre de critères n'impactent pas le niveau de satisfaction des médecins.

Le profil sociodémographique des médecins tout d'abord n'apparaît pas du tout lié aux perceptions et à la satisfaction inhérente au fait d'exercer en MSP.

Les éléments liés à l'âge, à la situation familiale, à l'antériorité de l'exercice, à l'année d'installation en MSP, à l'exercice exclusif ou pas en MSP, n'influent en rien le ressenti des praticiens.

De la même façon, le fait d'avoir ou non participé au montage du projet MSP et les aides reçues par d'autres acteurs que l'ARS ne modifient pas les perceptions.

Enfin, concernant le fonctionnement proprement dit de la MSP, certaines organisations mises en place ont un impact très faible :

- Les difficultés rencontrées concernant le projet immobilier, l'organisation de la permanence des soins, la gestion des salariés, la mise en place du système d'information ;
- Le niveau de repérage de la MSP par les autres acteurs du territoire ;
- La facilitation de la création de liens avec les autres professionnels de santé du territoire.

Il s'agit de freins et difficultés qui sont admises par les médecins dans le sens où ils s'attendent à les rencontrer lors du montage ou du fonctionnement de la MSP.

3.3.1.1 Approche matricielle de la satisfaction de l'exercice en MSP

La matrice permet de croiser :

- **La part de médecins « tout à fait satisfaits » pour chaque item** (axe horizontal). Le niveau de satisfaction peut être classé selon 3 catégories :
 - o une part de « tout à fait satisfaits » importante (supérieure à 50 %),
 - o une part de « tout à fait satisfaits » intermédiaire (entre 20 et 50 %),
 - o une part de « tout à fait satisfaits » plus faible (inférieure à 20 %).
- **Le lien entre la satisfaction pour chaque item et la satisfaction globale** (axe vertical) : ce lien est évalué via le V de Cramer¹¹. Une variable est estimée fortement liée à la satisfaction quand le V de Cramer supérieure à 0,30.

Cette analyse statistique permet de repérer **des variables fortement liées à la satisfaction globale à exercer en MSP** et de les classer en 3 catégories :

- **« A maintenir »** : des variables pour lesquelles le niveau de satisfaction est aujourd'hui élevé sur lesquelles une attention est à maintenir ;
- **« A renforcer »** : des variables avec un niveau de satisfaction intermédiaire qui représentent des aspects à consolider ;
- **« A améliorer en priorité »** : des variables pour lesquelles le niveau de satisfaction est aujourd'hui faible et qui représentent des aspects à travailler prioritairement.

Des éléments « à maintenir », le projet de santé est à la fois porteur d'une satisfaction élevée et il influe sur la satisfaction globale.

Des éléments à renforcer : Une dizaine de variables influencent fortement la satisfaction globale mais sont porteuses **d'une satisfaction se situant à un niveau intermédiaire**.

¹¹ Le test V de Cramer permet de comparer l'intensité du lien entre les deux variables étudiées. Plus ce chiffre se rapproche de 1, plus la relation entre les variables est forte. En sociologie, une valeur du V de Cramer supérieure ou égale à 0,30 est jugée forte.

Ces variables peuvent être classées en 4 grandes catégories :

1/ Des apports perçus de l'exercice en MSP : La concordance avec les objectifs d'installation (*Réponse aux objectifs d'installation*), la qualité de vie au travail (*Qualité de vie au travail*) ;

2/ Des éléments inhérents aux outils et plus particulièrement au système d'information : le SI en tant que support dans la coordination du parcours de soins (*SI coordination*) ainsi que ses apports en termes de facilitation du travail au quotidien (*SI facilitant*) ;

- **3/ L'impact sur les pratiques professionnelles** : une prise en charge pluriprofessionnelle (*Mode pluriprofessionnel*), Une évolution des pratiques médicales (*Évolution des pratiques*), la mise en place d'actions ciblées comme des actions de prévention ou des protocoles (*Actions ciblées*) ;
- **4/ L'impact populationnel perçu par les médecins** : Amélioration des prises en charge complexes (*Situations complexes*), l'accès facilité à un médecin ou à un professionnel de santé (*Accès au médecin*), l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins (*Amélioration de la qualité de soins*), l'accès facilité à des soins non programmés (*Soins non programmés*).

Des éléments à travailler en priorité : Ces variables représentent des points à travailler en priorité car porteuses d'une satisfaction plus limitée et influençant la satisfaction globale :

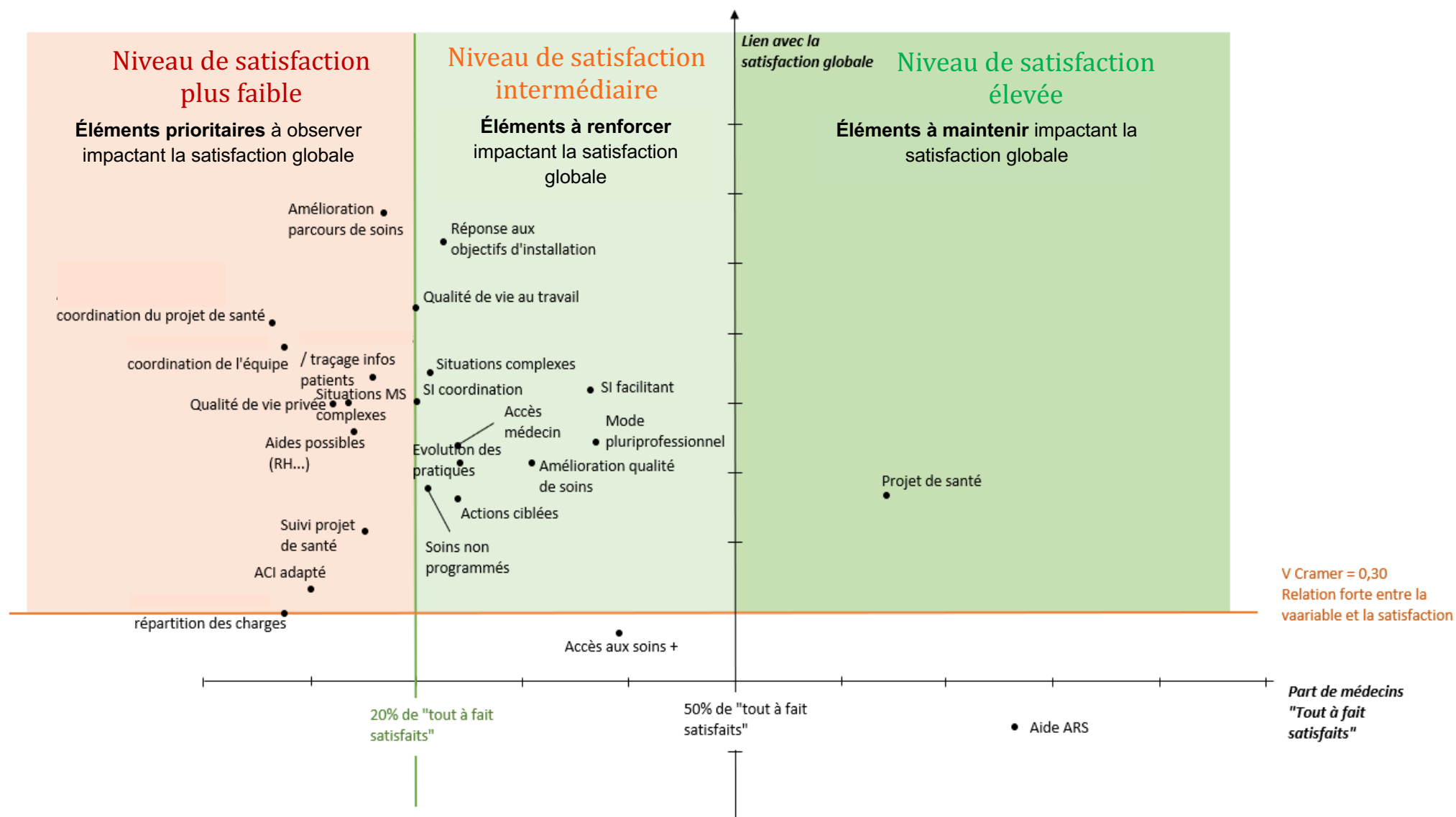
- **Les apports de l'exercice en MSP** : la perception d'une bonne qualité de vie privée (*Qualité de vie privée*), la possibilité d'obtenir des aides autres que financières (*Aides possibles*) ;
- **L'ACI** : la perception de l'ACI comme un mode de financement adapté (*ACI adapté*) ;
- **Le suivi du projet de santé** : au-delà de sa mise en place, le véritable suivi du projet de santé (*Suivi projet de santé*) ;
- **Un ensemble de difficultés ressenties pèsent également sur le niveau de satisfaction** : les médecins se montrent moins satisfaits du fait de difficultés rencontrées en termes de coordination du projet de santé (*Abs de difficultés de coordination du projet de santé*), de coordination de l'équipe (*Abs de difficultés de coordination de l'équipe*), de répartition des charges entre les professionnels de la MSP (*Abs de difficultés de répartition des charges*) mais également face à l'obligation de tracer les informations concernant le patient (*Abs de difficultés / traçage infos patients*) ;
- **L'impact populationnel perçu par les médecins** : Amélioration du parcours de soins (*Amélioration du parcours de soins*), Amélioration des prises en charge des situations médico-sociales complexes (*Situations MS complexes*).

Note de lecture de la matrice

Exemple Item SI Coordination

« 20% de médecin interrogés sont tout à fait satisfaits par le SI comme outil de coordination, Plus la satisfaction sur cette variable va être élevée plus la satisfaction globale d'exercer en MSP va l'être également. »

Matrice de satisfaction : positionnement des éléments fortement liés à la satisfaction par rapport au niveau de satisfaction



Graphique 45 : Matrice de satisfaction exercice en MSP – Base Médecins

4 Coordination clinique, travail en équipe et relations avec l'extérieur

Dans tous les textes présentant les MSP, le terme de coordination revient fréquemment, mais il revêt des sens très différents.

A travers l'analyse des éléments d'étude et des enseignements des enquêtes, un élément central de la réussite du projet de MSP nous paraît relever de la clarification et l'organisation des différentes fonctions de coordination au sein de la MSP.

En effet, si les médecins sont globalement satisfaits de l'exercice coordonné, le travail en équipe ou les charges inhérentes sont davantage sources d'insatisfaction et les relations avec l'extérieur ne sont pas toutes développées de la même manière.

La typologie (cf. infra) ou les motifs de satisfactions illustrent bien cet enjeu.

« Une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est un lieu regroupant plusieurs professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmier, masseur-kinésithérapeute etc.) qui mettent en œuvre un projet de santé commun et formalisé et travaillent de manière coordonnée ». Il est aussi question de « mode d'exercice coordonné des soins » (Guide MSP, ARS).

Que signifie travailler de manière coordonnée à la fois dans les textes, pour les promoteurs de ce modèle d'exercice mais aussi dans les faits, pour ce que nous avons pu en savoir au travers de nos entretiens et des questionnaires ?

Trois idées sont à retenir par rapport à la coordination et au travail en équipe, selon les promoteurs de ce mode d'exercice :

Premièrement elle permettrait une meilleure prise en charge des patients auprès desquels interviennent plusieurs professionnels.

Deuxièmement, elle faciliterait le travail au sens où les emplois du temps seraient moins contraignants et où l'on pourrait s'appuyer sur une équipe pour discuter des cas difficiles, ne pas être seul.

Troisièmement, la coordination porte sur les relations avec l'extérieur. En effet, la labellisation MSP requiert « la coopération et la coordination externe ». « Pour répondre aux besoins des patients et éviter les ruptures dans leurs prises en charge, la coordination des membres de la MSP avec les autres acteurs de santé du territoire (professionnels hospitaliers, libéraux, médico-sociaux, en prévention) est encouragée. A ce titre, la participation des acteurs de santé du territoire au projet de santé de la MSP et la mise en place de partenariats privilégiés entre la MSP et des acteurs externes sont à développer ».

La coordination : une référence omniprésente dans les politiques publiques contemporaines

Dans tous les textes présentant les MSP, le terme de coordination revient fréquemment.

Elle est parée de nombreuses vertus. Elle est présentée à la fois comme une solution pour améliorer la qualité des prises en charge pour les patients, comme un objet de rationalisation des dépenses publiques et comme un moyen d'organiser l'offre de soins.

L'importance donnée à la coordination se lit également dans les incitations financières qui y sont rattachées. Elle a constitué un enjeu rémunérateur au fil de l'évolution des modes de rémunération des MSP : d'abord à partir des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération mises en place dès 2008 destinés à valoriser financièrement le travail coordonné, puis à partir du Règlement Arbitral de 2015 applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles - pour la généralisation du financement par l'assurance maladie des structures d'exercice pluri-professionnel .

En 2017, la démarche de structuration de l'offre de soins coordonnés a abouti à la mise en place d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui devient un des modes de rémunération des MSP à partir d'août 2017¹².

L'ACI est basé sur la signature d'un contrat tripartite entre la MSP, l'assurance maladie et l'ARS à partir du moment où la MSP réunit plusieurs conditions. Parmi ces conditions, l'existence d'une coordination identifiée constitue un critère socle pour prétendre à l'ACI¹³. La formalisation de structures d'exercices pluri-professionnels dans les soins de premier recours (ici en l'occurrence la MSP) a ainsi fait de la coordination un objet d'incitation financière.

La coordination : une logique gestionnaire et/ou une dynamique professionnelle ?

Des auteurs ont pu noter que la façon dont est définie et mise en œuvre la coordination permet de la considérer comme un « territoire » où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des *logiques gestionnaires* et des *dynamiques professionnelles*.

Les « *logiques gestionnaires* » désignent les processus et les stratégies portées par des acteurs « gestionnaires » participant aux instances de régulation du système de santé (membres de l'administration de la santé ou financeurs), ils visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coût des soins (Y. Bourgueil, M. Robelet, M. Serré, 2005).

Les dynamiques professionnelles renvoient quant à elles, à l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles avec la reconnaissance des compétences qu'elles impliquent, mais également à la définition des limites d'un territoire professionnel.

Si l'approche quantitative ne permet pas d'explorer très en avant cette source possible de tension entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, toutefois, un certain nombre de réticences ou de difficultés rencontrées par les médecins enquêtés pour travailler en MSP et satisfaire le cahier des charges peuvent sans doute être lues sous cet angle.

Pour éviter de possibles confusions dans l'analyse liées à la polysémie du terme de coordination, nous utiliserons à la **suite trois termes qui recouvrent trois dimensions différentes** :

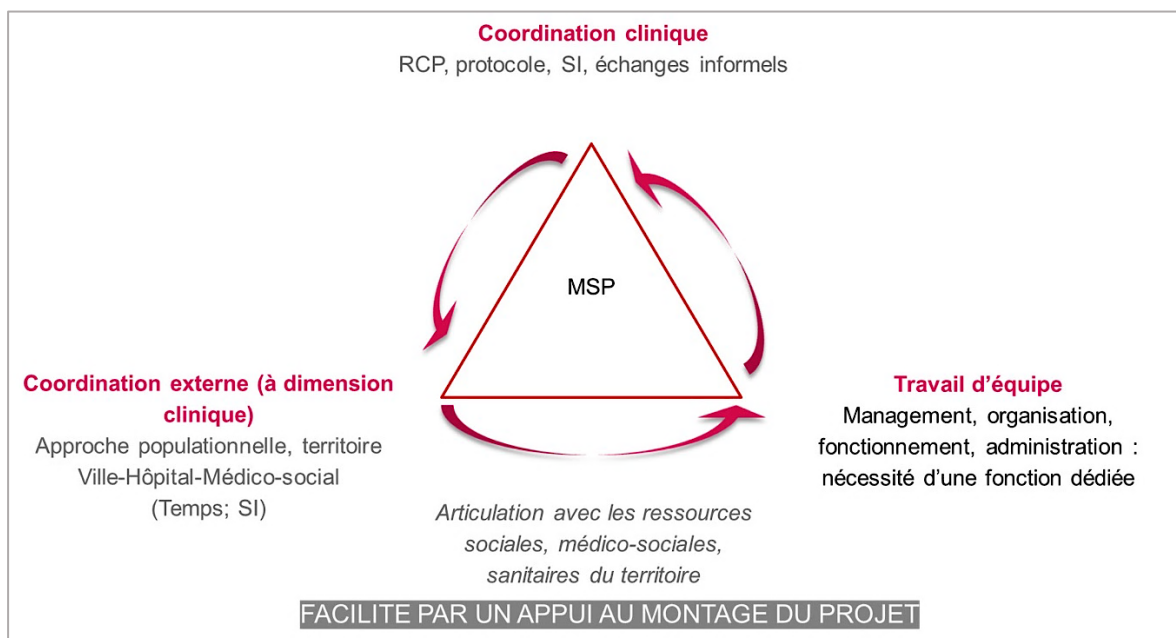
- **la coordination clinique,**
- **le travail en équipe**
- **et les relations avec l'extérieur.**

¹² En février 2018, soit 6 mois après la création de l'ACI, 48 % des MSP de France avaient souscrit l'ACI (données de l'Assurance Maladie, 2018)

¹³ En plus du critère d'accès aux soins et du critère d'utilisation d'un système d'information partagé qui constituent les autres critères socles d'obtention de l'ACI

On peut tout à fait imaginer une MSP dans laquelle la coordination clinique se passe bien mais où le travail en équipe se passe mal, aboutissant au départ de professionnels ou à une insatisfaction sur les conditions de travail. On peut également imaginer l'inverse avec une répartition des tâches équitable, qui satisfait tout le monde mais où la coordination clinique est faible.

Ainsi il apparaît que le projet de santé et le fonctionnement de la MSP sont conditionnés à la mise en œuvre de 3 formes de coordination interdépendantes.



Graphique 46 : Forme de coordination en MSP

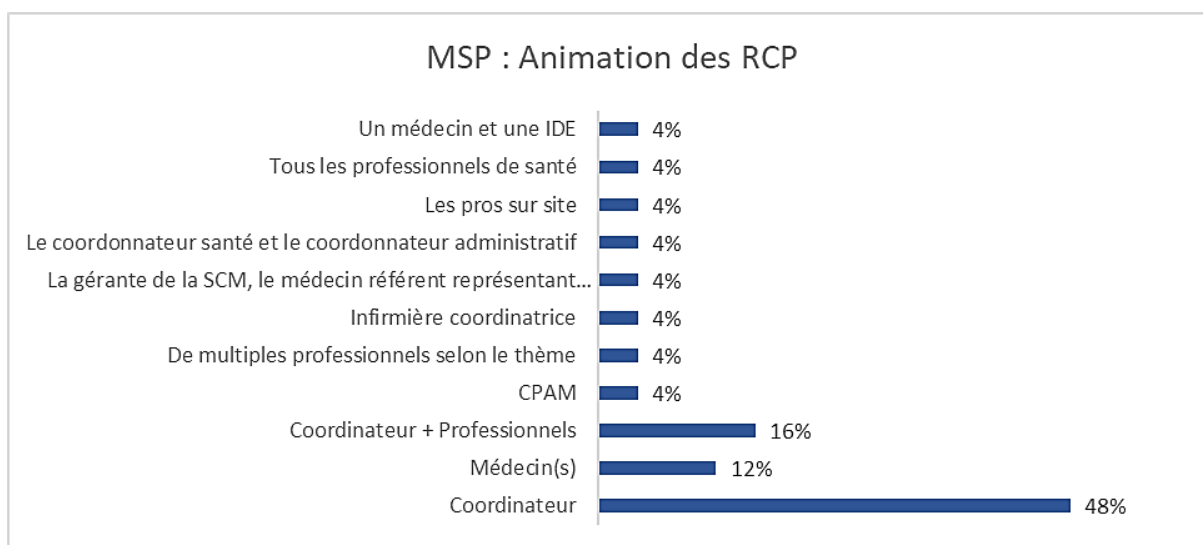
4.1 La coordination clinique

La coordination clinique est la forme de coordination la plus déployée dans les MSP de l'enquête.

83 % des MSP répondantes organisent des réunions de concertation pluriprofessionnelle¹⁴ qui peuvent être ouvertes à des professionnels extérieurs à la MSP dans plus de la moitié des cas. Ces réunions sont essentiellement animées par un coordinateur (48 %), voire par le coordinateur en association avec des professionnels de santé (16 %).

Pour **56 % des MSP organisant des RCP, ces réunions sont ouvertes à des professionnels extérieurs** : autres professionnels de santé (infirmières, kinés, sages-femmes), autres médecins du territoire, travailleurs sociaux, services de soins à domicile, PTA, MAIA, réseau, PMI, Centre Hospitalier... Dans ce cas, un système d'indemnisation des participants est le plus souvent mis en place (dans près de 9 MSP sur 10).

¹⁴ La moitié des MSP ont un système d'indemnisation pour la participation à ces RCP.



Graphique 47 : Qualité de l'animateur des RCP - Base MSP

Une plus-value appréciée par les médecins

La majorité des répondants (78 %) estime que l'exercice en MSP fait évoluer les pratiques médicales en raison des prises en charge sur un mode pluri-professionnel.

La coordination clinique se présente d'abord comme un levier de dynamisation de la compétence médicale. L'enjeu est bien d'aboutir à une *inter-professionnalité*, c'est-à-dire à une valeur ajoutée produite par la mise en synergie des compétences particulières.

Cette valeur ajoutée constitue une satisfaction en termes de compétence professionnelle dans la mesure où elle se traduit par un décloisonnement des « *regards sur les patients et leurs pathologies* ».

L'activité coordonnée en MSP active « *l'amélioration d'une compétence médicale* » globale en raison de ce décloisonnement entre les disciplines (médicales, paramédicales, sociales, de coordination) et, de fait, la MSP peut être considérée comme un lieu de « *formation continue* ». Outre la satisfaction de compétence, la coordination apporte aussi des satisfactions au niveau de la qualité de vie au travail, notamment en luttant contre l'isolement professionnel.

La qualité de la prise en charge est d'abord le résultat d'une bonne communication pluriprofessionnelle. Celle-ci est décrite en termes d'échanges formalisés et réguliers (transmissions, RCP) et en termes d'échanges informels.

Par exemple au moment de repas en commun, « *un moment privilégié pour échanger autour des prises en charge* », l'idée est de « *pouvoir se voir, échanger* », ce qui donne « *du plaisir à travailler ensemble* » ou qui confère de la « *convivialité* ». Pour autant la mise en forme d'une équipe « *qui se connaît et qui s'apprécie* » n'évite pas « *la nécessité de garder des leaders* » comme enjeu de la pérennisation de la MSP.

Des relations interprofessionnelles plus horizontales

L'exercice de coordination clinique valorisé par la MSP produit un type d'interactions entre professionnels de santé qui tend à gommer les différences de statut et les hiérarchies professionnelles instituées : une équipe où les relations de subordination sont moins mobilisées au profit de relations interprofessionnelles plus horizontales.

Il s'agit bien d'inter-professionnalité comme valeur ajoutée à l'exercice en termes de compétences d'une part, en qualité de vie au travail par des interactions d'équipe d'autre part, la possibilité de rompre l'isolement étant le principal facteur de satisfaction pour 82 % des médecins répondants.

Cette coordination « d'équipe » est un des principaux objectifs d'installation en MSP pour les médecins répondants : pour 86 % d'entre eux l'objectif principal à l'installation était fondé sur l'idée que la MSP favorise le travail en équipe et les relations avec les autres collègues, notamment paramédicaux (75%), que le travail en MSP améliore la qualité de prise en charge des patients (77%) ainsi que les conditions d'exercice (pour 72 % des répondants).

Les pratiques traditionnelles d'adressage entre professionnels du secteur libéral renvoyaient davantage à des modes de coopération que de coordination, la coordination « informelle » et conviviale ou plus formalisée (protocoles, RCP) confère un supplément d'âme aux pratiques de coopération en ajoutant des compétences produites par l'inter-professionnalité.

Ainsi, 67% des MSP enquêtées ont mis en place des protocoles.

Six fois sur dix, ces protocoles concernent des patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessite une intervention récurrente, et des pathologies chroniques. 40% sont liés à des patients complexes ou en perte d'autonomie.

Plus minoritairement, l'obésité, des affections sévères, des pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association d'autres troubles ...

Une amélioration de la prise en charge des patients complexes

L'exercice coordonné en MSP constitue une sorte de prérequis pour la gestion des patients en situation complexe, poly-pathologiques ou/et avec des problématiques sociales, « *l'intégration de la dimension sociale* » constituant un apport de la coordination en rendant la prise en charge « *beaucoup plus efficace* ».

Les constats sont tous positifs en matière d'amélioration de la prise en charge des patients complexes à qui des « *solutions* » peuvent être plus facilement proposées car coordonnées. Elle permet de surcroît de lutter contre l'épuisement personnel dans la gestion d'un cas complexe.

Pour le patient de manière générale, le bénéfice de cette inter-professionnalité est un gain de temps au sein d'un même lieu, avec à titre d'exemple, la fluidité des prises de rendez-vous. Elle produit un meilleur parcours dans une unité de lieu (ce qui est perçu comme un « *confort* » et « *une source de satisfaction* » pour le patient) mais aussi une réduction du recours aux urgences, aux hospitalisations, aux placements.

Constatée par une large majorité des répondants, l'amélioration de la prise en charge des patients concerne son suivi et son accompagnement au sein d'un parcours « *réfléchi et adapté* », et « *plus ciblé* ». Seulement 4% des médecins déclarent que l'exercice en MSP ne contribue pas à améliorer la qualité et la continuité des soins.

L'inter-professionnalité permet de construire une cohérence dans les réponses apportées au patient, « *une harmonisation des pratiques* », ce qui garantit plus de sécurité dans les soins¹⁵.

L'articulation IDE-médecin illustre particulièrement la réussite de la coordination quand elle a lieu, dans l'intérêt du patient et des professionnels eux-mêmes, par exemple lorsqu'il s'agit de faciliter le suivi du patient à domicile.

Le système d'information de la MSP peut alors devenir l'outil princeps de cette coordination.

Un médecin d'une MSP décrit un des usages du SI comme outil de coordination clinique :

« L'IDE passe au domicile, elle est sur place et prend une photo de la plaie qu'elle joint au dossier du patient en mettant un petit mot : il faut que tu voies Mme D., Cf. photo de la plaie pas jolie du tt, qu'en penses-tu ? Donc je regarde et je dis que oui je vais me déplacer. Ce n'est pas extraordinaire en soi mais ça facilite les choses et c'est plus rapide car je vois directement dans le dossier médical de la patiente la photo de sa plaie sans avoir à me déplacer. Et quand je me déplacerai au chevet de la patiente, on se verra ensemble avec l'IDE chez la patiente pour se coordonner et pour décider avec la patiente de la conduite à tenir face à l'évolution de cette plaie. »

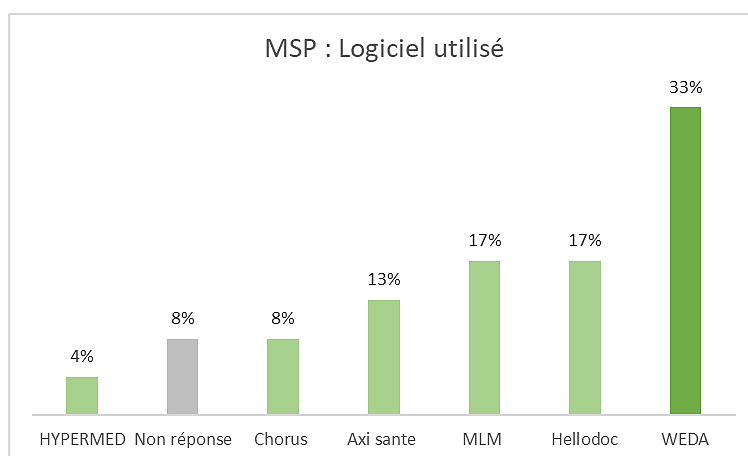
L'apport du SI pour la coordination clinique

L'utilisation d'un système d'information partagé au sein de la MSP renvoie à des usages spécifiques de la coordination pluriprofessionnelle.

80% des MSP enquêtées disposent d'un système d'information (SI) en fonctionnement.

Il est partagé par l'ensemble des professionnels de santé dans 53 % des cas. (base MSP)

Pour 10 % supplémentaires, le SI est en cours d'installation. Un tiers d'entre elles dispose de la solution WEDA.



Graphique 48 : Logiciel MSP - Base MSP

89 % des praticiens estime le SI comme un support facilitant le travail au quotidien.

Le SI peut être un outil de communication interne, de gestion des RCP (par exemple en insérant les comptes rendus des RCP), de gestion d'un planning commun, il peut faire l'objet

¹⁵ NDLR : par exemple on peut supposer que cette coordination limite les effets iatrogènes liés à des prescriptions médicamenteuses qui ne seraient pas coordonnées

d'une messagerie sécurisée, mais ces fonctionnalités restent plus marginalement déclarées que les usages de la télétransmission ou de partage du dossier patient.

Dossier médical partagé 70%	Messagerie sécurisée 60%	Données patients 60%	Télétransmission 60%
Planning commun 50%	Télémédecine 13%	Liens externes 13%	Autres 13%

Sources : Enquêtes MSP- Médecins

La gestion du dossier patient est en effet plébiscitée, elle soutient l'obligation de conservation, de traçabilité, d'accessibilité à l'information pour le patient (article 45 du Code de déontologie médicale, article R.4127-45 du code de la santé publique)

L'intérêt du SI pour les médecins est bien la gestion des dossiers médicaux : « *Le dossier commun permet de retrouver les examens déjà réalisés et évite la redondance d'examens* ».

Mais le SI est estimé chronophage et complexe à mettre en œuvre.

En revanche, la coordination des soins par le système d'information se trouve facilitée pour seulement 58% d'entre eux.

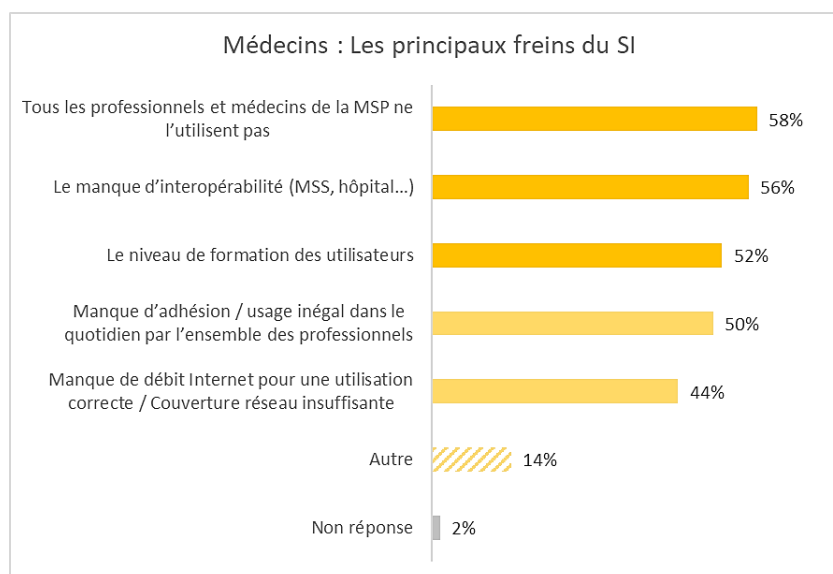
Il entraîne pour les médecins un besoin de se former. En outre, nombreux sont les praticiens à revenir sur le doublon qu'il constitue avec certains logiciels métiers (notamment pour les paramédicaux).

8% des médecins enquêtés relèvent ainsi l'insuffisance d'une utilisation partagée par l'ensemble des professionnels de la MSP, en particulier par les professionnels paramédicaux du fait notamment d'un double emploi : « *C'est un outil développé par des informaticiens qui est inconfortable en pratique quotidienne et inutilisable par les paramédicaux* » ; « *Non adapté aux IDE, kinés, orthophonistes, pédicures, podologues qui utilisent leur logiciel métier* ».

La moitié relève un manque d'adhésion et un niveau de formation insuffisant de l'équipe.

Le manque d'interopérabilité avec l'hôpital est également cité comme frein pour 56% des médecins.

44% d'entre eux évoquent une couverture Internet insuffisante pour une utilisation correcte du système.



Graphique 49 : Les principaux freins perçus du SI - Base Médecins

SI et projet de santé : exemple d'une stratégie

Dans une des MSP enquêtée, le projet de santé a consisté à améliorer la communication entre les professionnels en privilégiant une entrée par le SI comme outil commun et partagé au service du patient.

« Nous notre projet de santé c'était la communication : on était tous d'accord pour dire il faut améliorer la communication entre nous car le problème des soins primaires c'est la communication interprofessionnelle. Le défaut de communication est une des causes principales d'erreurs médicales. Du coup notre entrée a été d'améliorer notre SI pour permettre ces échanges avec les différents professionnels : IDE, kinés, pharmaciens, médecins. On a installé Weda à tous les professionnels de la MSP et ça nous permet d'avoir un outil commun et partagé qui est le logiciel de gestion des dossiers patients. »

En miroir, les médecins constatent que le changement de culture qu'implique la coordination pluriprofessionnelle clinique peut constituer un frein « de fond ».

Ce processus d'acculturation fait dans certains cas l'objet de « *résistances passives* » du fait que les médecins sont très peu formés et habitués à cette nouvelle culture professionnelle : il s'agit de « *changer les habitudes* », d'« *accepter le regard de l'autre* », de lutter contre « *les corporatismes d'un autre âge* ».

Même si « *les générations de plus de 55 ans* » sont pointées comme étant particulièrement inexpérimentées envers l'exercice coordonné, le constat paraît bien plus général. Ce n'est pas tant le fait d'une tranche d'âge qu'un défaut de formation initiale. Les médecins ne sont ni préparés ni formés à travailler collectivement à partir d'une coordination structurée et formalisée même si l'idée reste attractive.

En dernier lieu, la taille de la MSP et le déficit de recrutement interdisciplinaire peuvent apparaître comme des freins structurels à la coordination pluriprofessionnelle.

Sur la taille d'abord, plus la MSP comporte un nombre élevé de professionnels plus la structuration des interactions est difficile à réaliser, les interactions se faisant finalement « *beaucoup plus rares* ».

Sur l'interdisciplinarité, si la MSP est surtout constituée de médecins avec peu de professionnels paramédicaux, le risque de rester isolé dans sa pratique est élevé et peut être source de déception : « *Je regrette que la SISA ne regroupe quasiment que des médecins et trouve que l'exercice reste assez solitaire ce qui est un peu loin de l'idée que je me faisais d'une MSP* »). La coordination clinique est une coordination *interdisciplinaire* dans le sens où elle doit mettre en commun des compétences professionnelles diversifiées et une synergie susceptible de produire une valeur ajoutée pour le patient.

Finalement, c'est **l'aspect novateur de la coordination clinique** qui fait **office d'apport majeur pour les professionnels** : le sentiment de participer à « *une révolution dans les soins primaires* », de construire des « *projets dynamisants* », de « *changer les pratiques* ». On y parle d'« *entraide* », « *de renouvellement des générations* ».

Décloisonnement et amélioration des compétences professionnelles en termes de savoirs ou d'expertises, dépersonnalisation de la relation thérapeutique en cas de situation complexe, convivialité et dynamisation de l'exercice, sont des termes clés en ce qui concerne les apports de la coordination clinique.

4.2 Le travail en équipe

Si l'enquête quantitative ne permet pas de décrire finement la manière dont les professionnels interrogés organisent le travail, se partagent les tâches, prennent des décisions, nous voudrions insister sur ce que signifie travailler en équipe, tout ce que cela suppose, implique.

Que signifie et implique le fait de « travailler en équipe » ?

Il y a des manières très différentes de travailler en équipe (cf. *infra*, annexe 1 le tableau tiré de Alsène & Pichault). Une diversité de travaux explore ces aspects du fonctionnement des MSP.

Il nous a semblé important de montrer que travailler en équipe, sans être formé à le faire, dans un type d'organisation nouveau, sans principe organisationnel établi, où les relations professionnelles ne sont pas définies dans des textes ou arrêtées dans des conventions collectives : rien de cela ne va de soi.

« Ces équipes (de MSP) sont constituées de professionnels qui ne se connaissent pas forcément, qui n'ont pas l'habitude de travailler en équipe. Elles grossissent et se retrouvent confrontées aux mêmes problématiques qu'une entreprise. Elles font face par exemple à la dynamique d'équipe, les tâches pratiques de fonctionnement, la gestion du personnel ou les objectifs de la structure. Dès lors le concept d'un management d'équipe mais aussi de structure prend tout son sens » (Desgrez).

Des constats très négatifs peuvent avoir été dressés sur la qualité de l'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle.

Dans une étude maintenant ancienne sur le travail interprofessionnel, dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, les auteurs concluaient que : « les différents groupes de professionnels ont tendance à satisfaire leurs aspirations professionnelles et à maintenir leur autonomie plutôt qu'à travailler en collaboration. Les modes de relation se limitent soit à des relations de subordination, soit à un certain parallélisme disciplinaire où les

professionnels travaillent côte à côte sans véritables rapports de collaboration » (D'Amour et., al., 68).

Dans sa thèse de médecine (11 entretiens), Desgrez conclut de son côté : « Nos résultats ont montré un management globalement peu réfléchi avec une évaluation préalable des besoins limitée et peu référencée. Des freins financiers et d'expertise entravaient la mise en place d'un management élaboré. Le leader était souvent confronté à des difficultés de gestion et de communication d'équipe.

Les niveaux de coopération interprofessionnelle étaient très hétérogènes. La réflexion globale sur le management était mineure, avec une évaluation des besoins faible et peu structurée (...). La communication et la gestion d'équipe mettaient fréquemment les leaders en difficulté. Les difficultés évoquées par les participants s'expliquaient par un cumul de responsabilités, une faible délégation des tâches. Les niveaux de coopération interprofessionnelle étaient très variables, et se limitaient généralement à des coopérations entre médecins et infirmières ».

Il existe des déterminants de la collaboration interprofessionnelle

Une autre partie des références consultées comporte des dimensions d'analyse théorique sur le travail d'organisation en équipe.

Certains de ces éléments précisent quelles sont les conditions à remplir pour que se réalise un véritable travail d'équipe.

Ainsi d'Amour *et. al.* s'efforcent-ils de distinguer les éléments à prendre en compte pour expliquer le type de relations interprofessionnelles qui peuvent se développer dans de telles structures.

A suivre ces auteurs, « trois principaux déterminants entrent en jeu dans la collaboration interprofessionnelle, ce sont le système professionnel, les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels » (69).

Or, le système professionnel a une influence majeure sur la collaboration interprofessionnelle en ce qu'il propose une logique qui s'oppose en principe à la logique de collaboration.

En effet, les différents professionnels médicaux et paramédicaux ont des expertises, des compétences, des droits à agir (prescriptions, traitements...), des statuts sociaux, des rémunérations, des manières de percevoir le patient, etc. qui ne les mettent pas sur un pied d'égalité, où des liens de subordination pourraient se dessiner.

Que pouvons-nous dire du travail en équipe à partir de notre enquête ?

Concernant l'exercice en MSP, et sur cet aspect bien précis du travail en équipe, il est notable que l'appréciation est mitigée. 38% (16% de NR) se déclarent « plutôt pas satisfaits » ou « pas satisfaits du tout » de la définition du rôle et de la fonction de chacun dans la gestion de la MSP.

Dans les difficultés perçues, 39% considèrent que la répartition des charges présente des difficultés. 52% considèrent toutefois que la coordination du travail en équipe ne présente pas de difficultés particulières.

Il paraît nécessaire d'informer les professionnels sur les conditions d'un travail en équipe satisfaisant.

Il nous semble que ces questions ne sont pas assez discutées par les professionnels lors du montage de la MSP ou dans les premiers temps du fonctionnement.

Il est tout à fait possible, à titre de soutien, de rédiger une fiche qui avertisse les acteurs sur l'ensemble des points sur lesquels ils doivent être attentifs en termes de travail en équipe, de répartition des tâches et des rôles, des modes d'organisation possible.

Dans le questionnaire aux médecins nous demandions : *Selon vous, quels sont les éléments favorables au montage, les éléments facilitants ?*

Sur 82 réponses, 36 concernent la constitution de l'équipe, ses qualités.

Pour l'essentiel, ce qui a été un élément favorable a été la motivation et la cohésion de l'équipe.

Le terme de motivation revient très fréquemment (15 fois), dans un sens positif (et moins comme une condition indispensable) : il s'est passé quelque chose entre des professionnels qui ont eu envie de travailler ensemble, ont réussi à se mettre d'accord, se sont appuyés les uns sur les autres. La qualité de l'entente entre les membres, l'honnêteté, l'engagement sont d'autres termes qui disent l'importance de l'équipe dans le montage de la MSP. Le terme d'équipe rend bien compte de cette dimension.

Les principaux déterminants interactionnels de la collaboration relèvent alors de la cohésion, la confiance, la communication, le leadership, le climat.

Les notions de cohésion et de confiance apparaissent donc comme les plus importantes. Dans notre enquête, la question de la confiance est d'ailleurs soulevée à plusieurs reprises par les médecins interrogés à la fois dans les entretiens et dans les questionnaires.

Faut-il un leader pour travailler en équipe ?

Par contraste, d'autres médecins considèrent que la présence d'une personne particulière a facilité le montage de la MSP (six réponses) : soit un leader, un médecin très impliqué, soit, de manière très différente, quelqu'un qui accepte de réaliser le travail de coordination administrative ou les relations avec les partenaires pour les autres médecins.

Ici, le terme d'équipe n'apparaît pas. On peut dire qu'il s'agit là d'une opinion très minoritaire.

Pour éclairer les choses, citons **la différence qui existe entre un manager et un leader** : « D'après John Kotter, ils ont deux points de vue sur la réalité, le manager gère la complexité, le leader produit des changements. Les ressources sont distinctes, le manager met de l'ordre et de la cohérence, le leader crée du sens, de l'énergie et de l'adhésion. Les logiques d'action sont différentes, le manager fait ce qu'il doit faire, le leader fait ce qu'il faut faire. Ce qui les rassemble, c'est la capacité qu'ils doivent avoir à motiver et mobiliser les individus : les leaders le feront autour d'un projet, les managers autour des tâches plus quotidiennes destinées à assurer la réussite du projet global. Pour N. Aubert, « Les vrais leaders sont ceux qui savent mobiliser les ressources émotionnelles et spirituelles d'une organisation (et pas seulement les ressources physiques, les compétences ou la technologie) » (Desgrez, 22).

Un élément crucial lors du montage de la MSP : la constitution de l'équipe

En miroir de la question précédente, les médecins considèrent que la première difficulté est de constituer une équipe, de trouver des professionnels de soins motivés et disponibles. La deuxième est le temps que demande le montage de la structure et la troisième les relations avec les élus locaux qui sont dits peu aidants ou ne connaissant ni les démarches à accomplir ni la réalité du travail des professionnels de santé.

De manière générale et non seulement dans les relations avec les élus, les médecins interrogés soulignent leur manque de compétences sur les questions administratives et juridiques, la complexité des dossiers à remplir et le manque d'interlocuteurs à même de faciliter le montage.

On remarquera que bien souvent, la complexité des dossiers à monter – une des difficultés majeurs du montage du projet - a pu être dépassée lorsque des organisations professionnelles telles que la FORMS ou la FFMSF sont intervenues.

L'amélioration des conditions d'exercice comme troisième objectif très important à l'installation (72 %) est relativement peu atteint.

Pour les médecins, l'exercice en MSP ne réduit pas la sensation d'avoir des surcharges de travail ni les charges administratives, bien au contraire, et ceci apparaît comme les deux sources principales d'insatisfaction de l'exercice en MSP.

En effet, la moitié des répondants n'ont pas, voire pas du tout, la sensation de devoir moins faire face à des surcharges de travail : 57 % ne sont pas satisfaits en matière d'allègement des tâches administratives et seulement la moitié des médecins sont satisfaits de leur possibilité d'aménager leur temps de travail.

La répartition des charges et la gestion de la MSP demeure des points de difficulté lorsqu'il n'y a pas un poste spécifiquement dédié et rémunéré pour cette activité qui est alors considérée comme du « bénévolat ».

Des désaccords au sein des équipes

Les problèmes d'entente viennent aussi d'une diversité d'interprétations des projets entre les professionnels : « *Pour certains le projet est davantage porté sur l'immobilier que sur un projet d'équipe* ».

Ces divergences peuvent s'accompagner de blocage dans les décisions financières (investissement dans le logiciel de secrétariat, dans le logiciel partagé, aménagement d'une salle pour réunion, éducation thérapeutique ou autre projet...) : « *Qui fait quoi et qui paye quoi ?* »

Pour un répondant, les désaccords en matière « *de clés de répartition et l'absence de comptabilité analytique* » viennent renforcer ces incertitudes. « *La bonne volonté de chacun* » est un prérequis à la coordination interprofessionnelle et au travail d'équipe mais certains répondants déplorent « *la volonté très inégale de chaque professionnel de santé à s'impliquer dans la MSP* ».

La gestion de la MSP doit faire l'objet d'une fonction spécifique.

80% des MSP répondantes ont des réunions de coordination de la structure.

Dans les 3/4 des cas, une personne est désignée pour assurer une responsabilité par rapport à la gestion de la structure.

C'est un ou des médecins qui le fait dans 60 % des cas, un prestataire de service qui assure ce rôle dans 9 % des cas.

Dans 32% des cas, ce sont les gérants (par exemple, les gérants médecins et IDE de la SISA) ou des coordinateurs en binôme avec les gérants de la SISA qui assurent cette tâche.

67 % des MSP disposent d'un coordinateur administratif. Ce coordinateur administratif a une **fiche de poste pour ses missions de coordination dans 80 % des cas.**

55% des coordinateurs sont salariés de la MSP (soit 0,5 Équivalents Temps Plein en moyenne). Le plus souvent, la coordination administrative s'inscrit dans une fonction plus large et plus de la moitié exercent plusieurs fonctions au sein de la MSP : secrétariat / accueil (on peut à ce

titre citer l'exemple d'une secrétaire qui assure la coordination à hauteur de 23 heures hebdomadaires et le secrétariat pour 12 heures), professionnel de santé (dentiste, infirmière ASALEE, kinésithérapeute...).

Les médecins estiment que la gestion de la MSP doit faire l'objet **d'une fonction spécifique**, par exemple par l'embauche d'un-e coordinateur-trice *via* l'ACI.

Cette personne/fonction permet de décharger les professionnels de santé *« des tâches indispensables au fonctionnement d'une MSP mais pour lesquelles les professionnels ne sont pas formés ! »*.

Cette délégation permet aux professionnels de se recentrer sur leur cœur de métier, de libérer du temps de consultation, *« pour faire vraiment de la médecine et avancer sur les dossiers compliqués »*.

Les tâches administratives et gestionnaires constituent pour les médecins ce que E. Hugues appelle « le sale boulot », c'est-à-dire des tâches moins honorifiques que des professionnels ont tendance à déléguer à d'autres professionnels.

Pour justifier cette délégation plusieurs arguments sont invoqués par les médecins répondants :

1/ **Le manque de temps est le principal frein à la gestion de la MSP** pour les professionnels de santé. Cette gestion est en effet difficile à mener de front avec « sa propre activité » de médecin, d'infirmier, de psychologue....

2/ **La gestion de la MSP nécessite des compétences spécifiques** en matière administrative et financière.

3/ **Elle nécessite une « neutralité »**. La personne déléguée à cette fonction doit être *« une personne neutre entre les différents professionnels »*, *« un personnel compétent »*, et *« indispensable aux relations interprofessionnelles internes »*. L'absence d'entente entre les professionnels en raison d' *« une absence de règles précises »*, d' *« inégalités de fonctionnement et d'implication entre les partenaires »*, du fait que *« certains professionnels participent peu et certains se retirent de la MSP entraînant des coûts pour ceux qui restent »* constitue un frein important au bon fonctionnement d'une MSP.

Le leadership et la forte implication de certains professionnels de santé dans le projet et le fonctionnement de la MSP, leadership maintes fois pointé comme levier pour une MSP, a aussi ses limites car ces derniers peuvent s'épuiser *« à fournir ce travail supplémentaire de mise en cohérence de l'équipe »*.

D'où le souhait d'un coordinateur dédié, « dédié » signifiant qu'il/elle se consacre exclusivement à sa fonction à de manière rémunérée. Ce doit être une personne *« disponible »*, au service du fonctionnement de la MSP : organisation des réunions ; gestion administrative (tel que le suivi des dossiers ACI ou la recherche d'autres modes de financement) ; gestion financière (*« les loyers et les problèmes avec le bailleur »*, *« les liens avec le comptable »*) ; logistique et gestion des ressources humaines (*« pour le ménage, le secrétariat »*).

L'augmentation de la taille de la MSP en nombre de professionnels nécessite un accroissement de la fonction de coordination : l'organisation de l'équipe tout comme la répartition des charges financières constituant des difficultés lorsqu'il y a augmentation de la taille de la structure.

Il n'y a pas une manière d'exercer la fonction de coordinateur mais plusieurs.

Nous souhaitons insister sur **les différentes manières d'exercer la fonction** telles qu'elles ont pu être identifiées dans la littérature.

A charge pour les professionnels au moment du montage ou dans les premiers temps, de discuter des différentes possibilités existantes et de se mettre d'accord :

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

- Soit par un seul professionnel exerçant au sein de la MSP, avec une formation spécifique en coordination et management. La plupart du temps, ce sont des professionnels exerçant à temps partiel au sein de la structure.
- Soit par différents professionnels de la MSP à tour de rôle, un poste « tournant », au sein de l'équipe, dans ce cas les modalités de gestion sont inscrites dans le règlement intérieur de la structure.
- Soit par une personne étrangère à la structure avec les compétences et les qualités requises pour cet exercice. Il peut s'agir d'un soignant avec une formation en coordination et en management ou d'un manager spécialisé en MSP/PSAP (coordinateur administratif de MSP) » (F. Bouab, p.56).

Un sous-financement de la fonction de coordination

Pour revenir à l'enquête, la mise en œuvre d'une coordination gestionnaire au service de la MSP *via* une fonction dédiée comporte un coût.

Si percevoir l'ACI permet de rémunérer la coordination (« *sinon pas le temps et les moyens* », « *l'ACI permet de rémunérer une secrétaire pour aider le coordinatrice(teur)* », le processus de financement de cette coordination est jugé « *lourd, lent et chronophage* ».

Les financements alloués à la MSP par les tutelles ne permettent que partiellement de mettre en œuvre une coordination pourtant souhaitée par celles-ci, ce qui requiert que le reste à charge soit répartis entre les professionnels de la SISA.

Ce financement est généralement jugé insuffisant du « *fait que tout le monde, y compris les organisations, la traitent comme du temps annexe* ».

Un coût en matière d'implication et d'investissement

La coordination interprofessionnelle, elle-même, comporte un coût en termes de temps à y consacrer et ce temps est jugé « *non suffisamment rémunéré pour intéresser pleinement les professionnels* ».

Les outils de la coordination médicale, en particulier le SI comme outil informatique partagé est jugé chronophage et complexe à mettre en œuvre, principalement parce qu'il demande de la bonne volonté de la part des professionnels pour se former, qu'il peut être mal adapté au paramédicaux et à leur propre logiciel métier et qu'il n'est pas toujours interopérable avec des messageries de santé sécurisé, les SI hospitaliers, les services de télétransmission de la sécurité sociale.

Le « *coût élevé du système MSP* » n'est donc pas que d'ordre financier, c'est un coût en matière d'implication et d'investissement qui repose amplement sur les professionnels.

Tant qu'elle est un exercice regroupé de professionnels « *qui n'auraient qu'à faire de la médecine* », et à apprendre à se coordonner au service des patients, la MSP reste enviable.

En revanche, certains émettent l'idée que la coordination de l'entité organisationnelle MSP relèverait du service public, à qui il reviendrait de « *livrer un système MSP fonctionnel* ». Certains évoquent que cette fonction relève du service public : « *Pourquoi est-ce à la MSP de recruter des coordinateurs alors que c'est au service public de le faire ?* »

En effet, le recrutement lui-même, avec son enjeu de « *trouver la bonne personne* »¹⁶ peut poser problème car les « *professionnels manquent de connaissance du métier de coordinateur ainsi que des sociétés référentes* » d'où le souhait que les politiques de promotion des MSP s'accompagnent d'une capacité à livrer un système « clé en mains ».

4.3 Les relations avec l'extérieur

En quoi la MSP peut-elle aussi constituer une ressource envers les autres acteurs professionnels et institutionnels de son territoire ?

En matière de coordination externe, la MSP est incitée à participer au développement et à l'animation d'un projet de santé territorial et populationnel en contractualisant avec divers dispositifs, en développant des outils et des partenariats au service d'une coordination avec d'autres acteurs et secteurs de son territoire.

Les résultats de l'enquête indiquent que la coordination externe fait l'objet d'un financement via l'ACI pour 53 % des MSP répondantes, alors que les financements pour la coordination pluriprofessionnelle, l'accessibilité (amplitude horaire et accès aux soins non programmés) ou le financement d'une fonction de coordination concernent plus de 90 % des MSP.

Pour nuancer, on peut rajouter que la coordination pluriprofessionnelle et l'accessibilité sont des critères socles de l'ACI contrairement à la coordination externe¹⁷.

76% des MSP estiment qu'elles sont d'abord bien repérées par la population.

Elles le sont ensuite par les médecins spécialistes (61%) ; le secteur médico-social (60 %). Pour les répondants, c'est le secteur hospitalier qui repère le plus mal la MSP (42%) alors que le secteur médico-social et social la repère plutôt bien « *même si cela peut être amélioré* » (50%).

Une des plus-values de la MSP, qui se manifeste dès la construction du projet de santé, est qu'elle permet de mieux connaître les ressources existantes sur le territoire : « *Dès le départ, on s'est informés sur les ressources professionnelles de notre territoire, cela permet de ne pas gâcher la mobilisation des ressources par manque de connaissance et d'information, comme la découverte d'IDE formées à l'ETP ce dont on n'avait pas forcément connaissance* ».

Le décloisonnement, au sens d'ouverture vers les ressources du territoire, est plusieurs fois mentionné comme un apport dans les entretiens exploratoires.

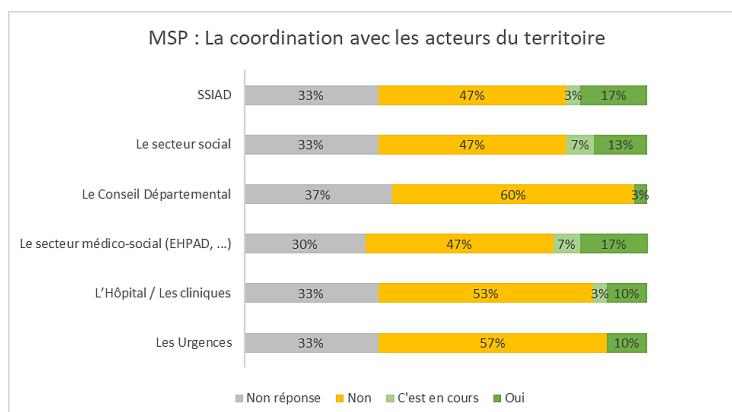
Cependant, un peu plus de la moitié des médecins estime que la MSP facilite les liens avec les autres professionnels de santé du territoire.

¹⁶ Quelques réponses déplorent « *la qualité des coordinateurs* » perçus comme « *un gros business mais sans forcément les compétences qui vont avec* » alors que d'autres évaluent positivement l'aide d'un coordinateur « *Facilimed* ».

¹⁷ NB que le système d'information comme troisième critère socle ne constitue un financement que pour 63 % des MSP de l'enquête

15 % sont « tout à fait d'accord » et 38 % « plutôt d'accord » avec cette affirmation. Si 12 % notent leur désaccord, 36% n'ont pas répondu à cette question - ce qui révèle peut-être un moindre investissement des professionnels sur cette question (si la coordination externe est relevée comme un point essentiel par la majorité des professionnels, il n'en demeure pas moins que c'est le manque de temps et de disponibilité qui freine cet investissement).

L'analyse des partenariats par typologie d'acteurs confirme le faible niveau de coordination externe organisée et formalisée quel que soit le type d'acteurs.



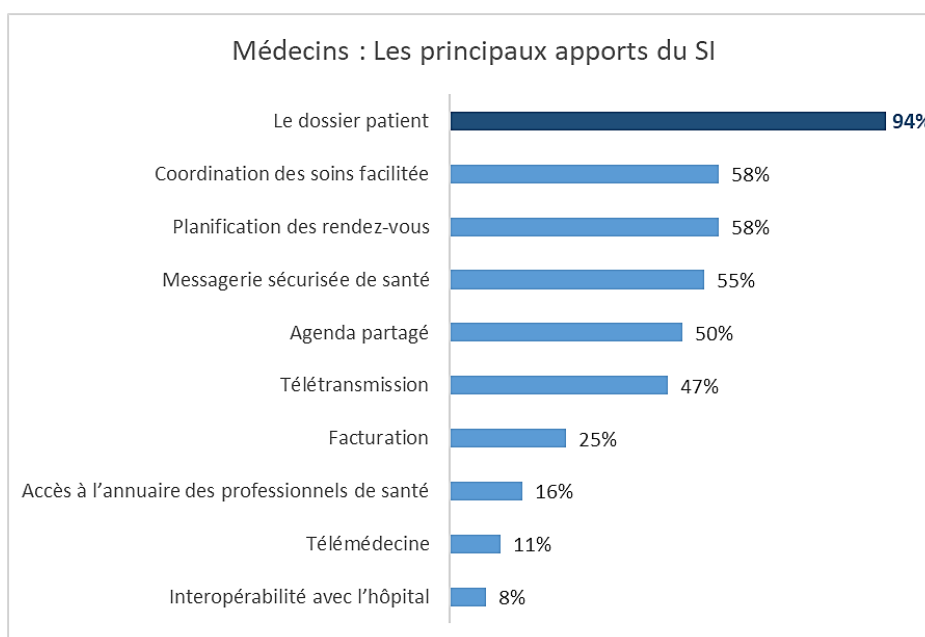
Graphique 50 : Coordination et typologie d'acteurs – Base MSP

Un système d'information à l'interopérabilité limitée.

Le système d'information est un outil de coordination externe mais il l'est surtout auprès d'autres professionnels de santé de ville.

En effet, si le dossier médical du patient est partagé avec des acteurs territoriaux pour 20 % des MSP, c'est avant tout le cas auprès des professionnels de ville (52 %) en raison de l'interopérabilité des systèmes d'information de ces derniers avec celui de la MSP.

19% des médecins - 8% des MSP enquêtés indiquent que leur logiciel est interopérable avec celui de l'hôpital et près d'une fois sur deux avec les services de ville.



Graphique 51 : Logiciel MSP - Base MSP

Conventionnement et contractualisation : deux modalités de coordination externe

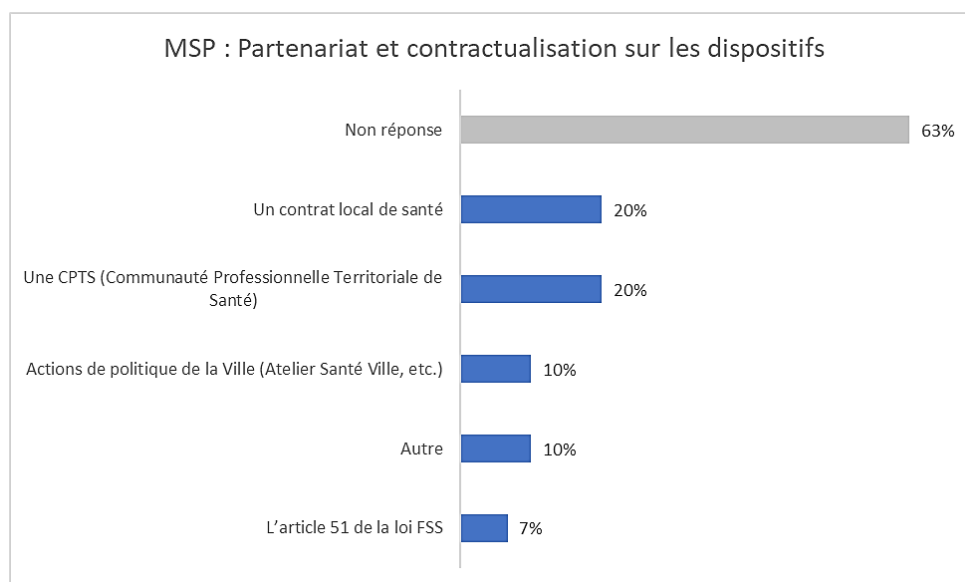
La coordination externe est concrétisée par des actions de conventionnement ou de partenariat (réalisées ou en cours) avec les acteurs du territoire.

Dans l'enquête, ces conventionnements ou partenariats sont d'abord établis auprès du secteur médico-social (24%), des SSIAD (20%) et du secteur social (20%). Le secteur hospitalier ou les urgences ne représentent que 10 à 13 % des conventionnements, 3% auprès du Conseil départemental.

Pour les répondants, c'est le secteur hospitalier qui repère le plus mal la MSP alors que le secteur médico-social et social la repère plutôt bien *« même si cela peut être amélioré »*.

La contractualisation de la MSP au sein de dispositifs de territoire est plus marginale et concerne principalement les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (20 %) ou le Contrat Local de Santé (20%).

Notons surtout que 63 % des MSP n'ont pas répondu sur la question de leurs contractualisations avec ces dispositifs territoriaux de santé mais que beaucoup déclarent *« des projets d'ouverture sur l'extérieur »* ou de contractualisations avec des dispositifs et des acteurs de leur territoire (*« développement de partenariats avec les travailleurs sociaux », « projets de CPTS », « coordination avec l'hôpital sur les sorties d'hospitalisations », « renforcement d'un réseau de santé avec d'autres MSP sur plusieurs communes avec organisation de soirées thématiques d'information et de formations pluriprofessionnelles », « renforcement des liens avec le médico-social », « développement de la coordination avec les établissements de santé local », « développement de la télémédecine avec des professionnels de l'hôpital »*).



Graphique 52 : Partenariat et dispositif – Base MSP

Le développement des actions de la MSP « vers l'extérieur » dépend de son projet de santé.

Une hypothèse est que le développement des actions de la MSP « vers l'extérieur » dépend aussi de son projet de santé.

Au sein d'une MSP enquêtée par entretien dont le projet de santé portait sur le développement de la communication entre les professionnels *via* son SI, la contractualisation de la MSP avec

les urgences de l'hôpital, la contractualisation avec le secteur social et médico-social, la participation à une CPTS sont les principaux projets des années à venir.

Cette MSP décrit l'aboutissement de son projet interne de communication pluriprofessionnelle via son SI comme une condition du développement d'une coordination plus externalisée.

« Vous parvenez à communiquer avec les hôpitaux avec Weda ? »

« Alors ça c'est la prochaine étape. On est partis sur un projet CPTS de façon à intégrer des spécialistes d'organes et notamment le CH et le service des urgences auprès de qui nous avons programmé une réunion. Pour voir comment on peut mieux se coordonner avec les urgences ce qui correspond à une certaine logique de soins dans les territoires. On ne peut pas imaginer un système de soins en restant clivés ville hôpital c'est clair. Moi j'ai besoin de savoir si mon patient ressort des urgences, son devenir dans sa prise en charge en établissement hospitalier. Sans oublier le médico-social avec des Ehpad avec qui on va probablement contractualiser et le social avec les services d'AS puisqu'on a déjà conclu un contrat local de santé avec le CCAS de notre commune que l'on va intégrer petit à petit dans notre projet de santé. Avec ces secteurs on continue à faire évoluer notre projet de santé. »
(médecin, à l'initiative de la création d'une MSP)

Animer un projet de santé de territoire implique le soutien d'un professionnel expérimenté.

L'élaboration d'une coordination externe avec d'autres acteurs du territoire nécessite une compétence, voire une expertise « que les médecins n'ont pas nécessairement car ils ne sont pas formés pour ça ». **Animer un projet de santé de territoire implique le soutien d'un professionnel expérimenté**, « qui a des compétences sur l'animation d'un projet de santé territorial ». Ici il ne s'agit pas tant de déléguer cette coordination que de se faire aider : par un coordinateur expérimenté, par l'ARS, par l'URPS :

« On va avoir besoin d'aide pour ce projet de CPTS, de la part de l'URPS, de l'ARS, en raison de l'ampleur que ça prend parce que sinon on ne s'en sortira pas. Parce que la CPTS qu'on va monter ça va concerner 120 000 personnes, 150 médecins... Là on va solliciter l'URPS et probablement l'ARS à travers l'URPS pour nous aider à conduire ce projet de CPTS »
(médecin)

En conclusion : L'incitation à la coordination comme instrument politique de contrôle de l'activité ?

Si la coordination clinique reste une coordination acceptable en matière d'élargissement du champ des compétences professionnelles, certains voient des limites à l'élargissement de la coordination à un projet de territoire et, plus généralement, opposent une vision critique à la coordination, notamment la coordination comme enjeu de tarification qu'ils identifient à un instrument politique de contrôle de l'activité médicale libérale.

« L'avantage de la CPTS c'est sa visibilité politique, certains disent diviser pour mieux régner et bien là c'est l'inverse : collectiviser pour faire passer des mesures... L'État veut structurer les soins primaires et ça répond à des enjeux économiques puissants alors que jusque-là, les acteurs qui s'engageaient dans les MSP avaient plutôt des avantages à s'engager : leur nomenclature de base n'était pas touchée et par contre, ils avaient des subventions en plus pour les bonnes pratiques collectives.

L'ACI je considère que c'est un peu le cheval de Troie parce que la rémunération du professionnel n'est pas touchée, l'acte n'est pas impacté.

Or, ce qui se profile maintenant, c'est que la rémunération du professionnel va devenir substitutive au moins partiellement à une rémunération équipe. Et en plus il y a maintenant des critères d'efficacité du médecin, avec un système d'évaluation à l'anglo-saxonne : est-ce que le médecin a eu une attitude positive, êtes-vous satisfait de sa prise en charge ?

Regardez la dernière mouture de l'ACI c'est écrit en petit pour l'instant "On fait passer un questionnaire patient ?" Si oui, ça rapporte 700 euros. Et si vous regardez dans la loi de santé 2016, la satisfaction patient elle est partout.

Là où on va ramener un facteur freinant, c'est si il y a trop de contraintes qui pèsent sur l'évaluation du travail médical qui est une profession qui n'a pas l'habitude d'être évaluée.

Elle veut bien répondre aux obligations de moyens en termes d'évaluation mais pas d'obligations de résultats. On va vers un changement culturel très rapide et je vois des médecins engagés qui commencent à freiner.

Nous dans notre Pole de santé on a 5 médecins sur 9 qui vont partir, ils restent dans l'association de pôle mais ils veulent sortir de la SISA. »

5 Conclusion

Une hétérogénéité des MSP et une acculturation au modèle

Le cahier des charges des MSP/CPTS ou pôles de santé laisse des marges de manœuvre aux porteurs de projet tant au niveau du projet de soins (permanence, coordination, actions de santé publique...) que de l'organisation (mono-site ; multi-sites, nombre et diversité des professionnels engagés...).

L'enquête confirme la diversité des modes d'organisation et d'exercice au sein des MSP.

Le point de convergence cependant de l'ensemble des MSP est la double entrée patients/territoire :

- **celle du territoire** en élaborant un projet de santé, élément socle de la MSP, s'inscrivant dans la stratégie et les orientations régionales définies par les Agences régionales de santé (ARS) s'agissant de l'organisation des soins de premiers recours ;
- **celle des patients** en assurant l'accès et la continuité des soins par une forme d'exercice dont le principe clé est la coordination des professionnels.

Enfin, si la typologie permet de différencier 4 groupes de MSP, on voit à travers le facteur d'antériorité, une appropriation du modèle MSP et ses fonctions socles et une acculturation à l'exercice en MSP.

La MSP est-elle un moyen de s'engager dans de nouveaux modes d'exercice de la médecine générale libérale et d'organisation du premier recours ?

Nous ne postulons pas que le changement de modalité d'installation suffise à lui-seul à modifier les pratiques.

L'intérêt des professionnels joue sans doute un rôle crucial et on peut vouloir travailler en MSP. Les premiers éléments d'intérêt et satisfaction (16/20) sont bien le fait de pouvoir travailler en équipe, ce qui de fait, est une forme d'évolution par rapport au mode d'exercice en cabinet individuel.

Le second élément qui permet de répondre favorablement à cette question est « le projet de santé » associé à la fois à un niveau satisfaction élevé en tant que tel et comme facteur fort d'influence de la satisfaction au global.

En cela, l'exercice en MSP se différencie de l'exercice médical en cabinets de groupe qui intègre la coordination clinique, mais sans aller jusqu'à la coordination d'un projet de santé territorial, ou un exercice coordonné formalisé et rémunéré (RCP).

Certains de ceux qui s'engagent ont des projets qui dépassent la question du seul exercice de la médecine généraliste dans des contextes de désert médical avec parfois une vision politique de la santé et de ses déterminants... « La future MSP de Borderouge, c'est aussi un projet d'innovation sociale qui doit voir l'installation d'un Café des familles ou encore, une maison médicale de garde pour la continuité des soins. "Il s'agit d'abord de consolider les liens et les modes de travail mais c'est un projet expérimental qui dépasse largement la question de la médecine généraliste", indique par exemple le Dr Raluy » *La Dépêche*, juin 2017.

Plusieurs médecins positionnent la MSP comme étant « **le meilleur type d'organisation de soins primaires existant sur le territoire français** », voire un « modèle d'avenir ».

Toutefois, les professionnels indiquent quelques points de vigilance, et en particulier sur :

- Le possible épuisement ressenti, la chronophagie administrative, l'augmentation des tâches ;
- La complexité des situations médicales (sans moyen pour y répondre), les patients consuméristes ;
- La difficulté d'entente (sur des valeurs, sur la coordination).

La coordination, au cœur des enjeux de l'exercice médical en MSP

Comme le démontre l'étude, l'exercice coordonné revêt différentes acceptions, de la coordination de moyens à la coordination d'un projet de santé, du parcours patients, de la gestion administrative, de l'équipe.

Si l'enquête a permis de rendre compte de 3 formes de coordination, un besoin de préciser, reconnaître et valoriser l'exercice coordonné est repéré.

La coordination du projet de santé, la coordination de l'équipe sont deux éléments qui recueillent un niveau de satisfaction plus faible, qui pour autant vont impacter le niveau de satisfaction globale des médecins.

A ce titre, **l'élément d'insatisfaction le plus fort est la surcharge de travail**, autrement dit, l'ensemble des fonctions et tâches indirectes ou périphériques à la dispense de soins directs et à la coordination clinique.

Aussi, la coordination pour être satisfaisante ne doit pas impacter la dispensation de soins directs et la qualité de vie personnelle.

On notera également que la mise en œuvre d'une coordination gestionnaire et administrative au service de la MSP *via* une fonction dédiée comporte un coût que l'ACI ne permet pas toujours d'absorber. Elle nécessite également de définir un processus de management et le partage des responsabilités fonctionnelles, voire hiérarchiques par rapport au personnel salarié.

En ce sens, la constitution d'une équipe, sa cohésion soutenue par des principes et un cadre de fonctionnement précis et partagé essayant d'anticiper toute zone d'incertitude paraissent indispensables au projet MSP et à la qualité de vie au travail.

Une tension entre la régulation de l'exercice libéral par l'incitation à la coordination et la liberté du médecin peut être constatée, par exemple dans le choix des thématiques de santé à investir pour bénéficier de l'ACI.

L'exercice coordonné : Une tendance lourde soutenue par différentes formes d'organisation.

Soutenu par la loi de Santé par différentes mesures (exemple : échange d'informations entre professionnels Décret du 20 juillet 2016), l'exercice coordonné prend différentes formes (CPTS, Plateforme territoriale d'appui, équipe de soins primaire, MSP).

La politique incitative en particulier financière (ACI ; assistants médicaux) sur l'exercice coordonné peut représenter une forme de régulation et d'orientation de l'exercice médical motivée par la pression démographique médicale et la transition épidémiologique, mais c'est une tendance forte relayée par l'évolution des cultures professionnelles.

« L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de

structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS) » ¹⁸ (Stratégie Ma Santé 2022)

Si la MSP paraît comme le modèle le plus intégré d'exercice coordonné, on notera une forme graduée d'organisation pluri professionnelle :

- ESP (Équipe de Soins Primaires) : constituée de tout professionnel de santé de 1er recours et 2nd recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients : comme par exemple la prise en charge de personnes vulnérables (précaires, handicapées ou atteintes de maladies chroniques), les soins palliatifs à domicile, la réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets.
Une ESP est une forme de coordination très souple passant *a minima* par la transmission organisée d'informations, la facilitation de coopérations, la mise en cohérence des interventions autour des patients.
Elle peut constituer une première étape à la constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé pluri-professionnel.
- La CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP : elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.
(Source : portail d'accompagnement des professionnels de santé d'Occitanie)

« La combinaison de ces mesures pose un cadre pour une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours coordonné du patient, ou susceptibles de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence. » (Instruction 2/12/16 EPS CPTS)

Aussi, ces différentes propositions permettent aux professionnels d'avoir un choix sur la forme qui leur paraît la plus adaptée.

Néanmoins, quelle que soit la forme de coordination, le temps dédié ne doit pas se substituer à la dispense de soins directs.

Enfin, quelques questions sont amenées par l'étude :

Comment accompagner les professionnels de santé et les promoteurs des MSP pour améliorer les facteurs les moins satisfaisants repérés par l'étude ?

Et plus largement, jusqu'où les stratégies d'organisation de l'offre de soins peuvent-elles entrer en interférence avec l'autonomie des médecins dans leur exercice ?

D'autres formes d'exercices peuvent-elles permettre de répondre aux critères socles MSP (CPTS) ?

¹⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

6 Glossaire

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre communal d'action social
CH	Centre hospitalier
CLS	Contrat local de santé
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FFMSP	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FORMS	Fédération Occitanie Roussillon de Maisons de Santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESP	Équipe de soins primaire
IDE	Infirmier diplômé d'état
IGAS	Inspection générale de l'action sociale
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
PRS	Projet régional de santé
PSAP	Pôle de service au public
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RA	Règlement arbitral
RCP	Réunion de concertation pluriprofessionnelle
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SCM	Société civile de moyens
SCP	Société civile professionnelle
SI	Système d'information
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
URPS ML	Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux

7 Bibliographie

Alsène E., Pichault F., La coordination au sein des organisations : Éléments de recadrage conceptuel », *Gérer et comprendre*, 2007, n° 87, pp. 61-82.

ARS Picardie, Monter sa Maison de Santé pluriprofessionnelle, sd.

Bartoli, Annie, et Jihane Sebai. « L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale », *Gestion 2000*, vol. volume 32, no. 6, 2015, pp. 17-37.

Beaucourt, C., Kustos, I., Masingue, A. & Roux, L. (2014). La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gestion et management public*, volume 2/4(2), 61-79. doi:10.3917/gmp.024.0061.

Beaucourt, Christel, et Laëtitia Roux. « Les formes d'agir dans la gouvernance des maisons de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. vol. 33, no. 6, 2015, pp. 347-358.

Bouab F., L'intérêt d'un coordonnateur dans les maisons et les pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse : enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse, Thèse de médecine, Université de Lorraine, 2016

Cécile Cairey-Remonnay, Samuel Bruchon, Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de sante pluriprofessionnelles en Franche-Comté, Univ de Franche-Comté, 2012

d'Amour D., Sicotte C., Lévy R., 1999, L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 17, 3, 67-94.

De Haas P., Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins : La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé, *Médecine des Maladies Métaboliques*, Vol. 11, n°1, 2017, Pages 18-21

Desgrez V., État des lieux du management dans les Maisons et Pôles de Santé en France, Thèse de médecine, UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE, 2014.

Fournier, Cécile. « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 32, no. 2, 2014, pp. 67-95.

Galam E., Travailler en équipe : des aspirations légitimes, des contraintes et des conflits bien réels, *Médecine*, Vol. 12, n°5, 2016

Henocque M., « L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle : enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme » [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine ; 2014.

Lascoumes P., Le Galès P., « Gouverner par les instruments », Paris, Presses de Sciences Po, 2005

Léger E., Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle, HAL, 2017.

Pinson G., « Gouvernance et sociologie de l'action organisée. Action publique, coordination et théorie de l'Etat », L'Année sociologique 2015/2 (Vol. 65), « Les figures de la coordination », pages 483 à 516

Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », Revue française des affaires sociales 2005/1, pages 231 à 260

Sarradon-Eck A., « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste- pivot » du système de soins, [Des difficultés d'être le coordinateur du système de soins, Partager la coordination, Des difficultés à travailler ensemble, Le généraliste coordinateur « naturel » ?] . In Bloy Singuliers généralistes...

Sebai, Jihane, et Fatima Yatim. « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », *Revue française d'administration publique*, vol. 164, no. 4, 2017, pp. 887-902.

Sebai, Jihane. « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Santé Publique*, vol. vol. 28, no. 2, 2016, pp. 223-234.

8 Annexes

Annexe 1 Travailler en équipe (Tiré de Alsène & Pichault)

Type	Description
Le travail en parallèle	Dans ce genre de situation, un certain nombre d'employés effectuent le même type de travail, mais ils travaillent indépendamment les uns des autres. Chacun a un certain volume de travail à effectuer, et il n'y a pas de rapport entre les différents travaux individuels effectués par chacun – hormis le fait que chacun de ceux-ci est du même genre que le travail effectué par les autres.
Le travail en rotation	Dans ce cas, un ou plusieurs employés prennent la relève d'un ou plusieurs autres employés, au bout d'un certain laps de temps, et pour une certaine durée. Parfois, ceux qui prennent ainsi la relève ont à poursuivre le travail de ceux auxquels ils succèdent.
Le travail en relais	Cette situation de travail fait référence au cas où divers employés travaillent les uns à la suite des autres, de manière séquentielle. Chacun transmet au suivant dans la séquence les résultats de son travail. De proche en proche, le résultat final prend forme.
Le travail palliatif	Ce type de situation correspond au cas où un ou des employés travaillent de temps à autre à des postes vacants, ou encore au cas où un ou des employés comblent l'absence d'un collègue de travail.
L'aide	Dans ce cas, un ou plusieurs employés effectuent une partie du travail d'un collègue, dans un esprit de dépannage – après que le collègue en question ou que quelqu'un d'autre leur a demandé de lui prêter main forte, ou après qu'ils se sont aperçus que celui-ci était en mauvaise posture.
L'assistance	Là encore, un ou plusieurs employés effectuent une partie du travail d'un autre, mais ils le font, cette fois-ci, à la suite d'une délégation de tâches. Autrement dit, il y a une certaine relation hiérarchique entre le ou les employés qui prêtent assistance et la personne assistée.
La fourniture de services	Dans ce cas, un ou plusieurs employés effectuent un travail pour le compte d'un ou plusieurs autres employés, à la demande de celui-ci ou de ceux-ci – en général, parce que ces autres employés ne possèdent pas les compétences requises, ou encore parce que des politiques de la compagnie obligent ces derniers à recourir à leurs services. Une fois effectué, ce travail permet à ces autres employés de mener à bien leur propre travail.
La fourniture d'avis	Il y a fourniture d'avis quand un ou plusieurs employés sont consultés par un collègue, et quand ils lui fournissent en retour une explication, ou une opinion. Il est à noter que la fourniture d'avis est une activité qui représente un véritable effort : il ne s'agit pas simplement de transmettre des informations que l'on possède ou auxquelles on a accès ; il faut puiser dans ses connaissances et dans son expérience, et élaborer une réponse en rapport avec la demande formulée. Par contre, la fourniture d'avis est une activité qui exige relativement peu d'investissement en temps et en énergie.
La collaboration	Dans ce cas, un ou plusieurs employés contribuent au travail d'un collègue. D'une certaine manière, ces employés réalisent, là encore, une partie du travail de leur collègue. Toutefois, ils ne le font pas dans un esprit de dépannage face à une charge excédentaire de travail, mais dans un esprit de complémentarité : ils apportent des connaissances et des savoir-faire nécessaires à l'accomplissement de la tâche de leur collègue, que celui-ci n'a généralement pas. De plus, ils ne travaillent pas pour leur collègue, mais avec lui – il existe en effet un certain travail d'équipe entre eux et lui.
Le travail concourant	Ce type de situation correspond au cas où plusieurs employés participent simultanément, mais chacun de leur côté, à la réalisation d'un extrant collectif. Chacun y contribue à partir de son expertise propre. Par contre, ici, tous sont sur un même pied.
Le travail en équipe	Dans ce cas également, un certain nombre d'employés travaillent simultanément à la réalisation d'un extrant collectif. Mais, dans le cas présent, une partie (voire la totalité) du travail est réalisée de manière collective.

Tableau 1. Les types de situation de travail mis au jour par la recherche

3.5.1. Mission et tâches du coordinateur de MSP

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

- **La gestion administrative des MSP/PSAP**

On peut la deviser en plusieurs tâches :

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

- **La communication interne au sein de la structure**

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

- **La communication avec les partenaires extérieurs**

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

- **L'organisation des relations avec les usagers**

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