

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Soins non programmés en Maisons de Santé Pluri-
professionnelles : de la pluri-professionnalité à l'inter-
professionnalité ?**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 15 septembre 2020 à 18
heures au Pôle Formation

par Teddy RICHEBE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Caroline DE PAUW

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent TURI

AVERTISSEMENT

*“La Faculté n’entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »*

LIENS d'INTERETS de l'auteur

- Président de l'Association des Internes en Médecine Générale (AIMGL) depuis novembre 2018

* Représentant des internes de médecine générale lillois auprès des instances (ARS, Doyen de la Faculté, Conseil de l'Ordre des Médecins (régional et départemental), ...)

* Membre de la commission « Enseignements Hors Stage EHS » puis de la commission « Stages » au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de Lille (Faculté de Médecine Henri Warembourg-Université de Lille)

* Membre du Conseil Territorial de Santé (CTS) Pas-de-Calais

* Membre de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

- Réalisation du Master 1 « Coordination des Trajectoires de Santé » sous la direction de Monsieur le Professeur François PUISIEUX en 2018-2019 (Institut Lillois d'Ingénierie en Santé (ILIS))

- Aucun lien d'intérêt déclaré sur transparence.sante.gouv avec une quelconque entreprise

LIENS d'INTERETS du directeur de thèse

- Membre du groupe de travail « Téléconsultation et patients diabétiques en médecine générale » - Roche Diabetes Care

- Membre du groupe « Expertise Santé et Territoire » - Diagonale Conseil et Kaissa

« Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite »

Henri Ford

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
▪ LES SOINS NON PROGRAMMES	9
▪ LES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES	10
▪ LA PLURI- ET L'INTER-PROFESSIONNALITE	11
▪ OBJECTIF	12
METHODE	13
▪ TYPE D'ETUDE	13
▪ POPULATION ETUDIEE	13
▪ INTERVALLE DE TEMPS	13
▪ PARAMETRES ETUDIES	14
▪ VARIABLES ET ANALYSES STATISTIQUES	14
▪ OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET PLAN REDACTIONNEL	14
RESULTATS	16
▪ REPONSES OBTENUES	16
▪ DESCRIPTION DE LA POPULATION	16
▪ CARACTERISTIQUES (ZONAGE ET ACI) DES MSP	18
▪ AUJOURD'HUI	20
▪ ET DEMAIN ?	28
DISCUSSION	32
▪ PRINCIPAUX RESULTATS ET LEUR IMPLICATION	32
▪ A L'INTERNATIONAL	34
▪ EXPERIMENTATIONS FRANÇAISES EXISTANTES	35
▪ LES NOUVEAUX METIERS DE LA SANTE – TRANSFORMATION OU NAISSANCE ?	36
▪ FORCES, LIMITES ET PERSPECTIVES	37
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES	42

ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CEMG : Collège des Enseignants de Médecine Générale

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COVID : CoronaVirus Disease

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

FEMAS : FEédération régionale des Maisons et pôles de Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : région Hauts-de-France

HPST : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmier-e Diplômée d'État

IPA : Infirmier-e en Pratique Avancée

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

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

MSSanté : Messagerie Sécurisée en Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

RCP : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIP : Système d'Information Partagé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

STROBE : Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

TDR : Test de Diagnostic Rapide

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZAR : Zone d'Accompagnement Régional

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

INTRODUCTION

- Les soins non programmés

Les soins non programmés ne font pas consensus quant à leur définition. Dans son rapport en 2018¹, le député-médecin Thomas MESNIER les définit comme des « urgences ressenties, ne relevant pas médicalement de l'urgence, et ne nécessitant pas une admission dans les services hospitaliers d'accueil des urgences ou SAU ». Ces urgences ressenties constituent, pour les médecins généralistes notamment, une mission première dans leurs champs de compétences à savoir le pétale « Premier Recours – Urgences » de la marguerite du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) bien connue des internes et médecins généralistes². L'accès aux soins (programmés ou non d'ailleurs) fait l'objet, depuis plusieurs années, de nombreux rapports avec dernièrement les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (ou CPTS), la création du Service d'Accès aux soins (ou SAS), l'arrivée des assistant-e-s médicaux et des Infirmier-e-s de Pratique Avancée (ou IPA),...

Une étude de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (ou URPS) Ile-de-France recensait courant 2019 les types de demandes de soins non programmés³ : maladies infectieuses en majorité (pour 89% d'entre eux), traumatismes, troubles digestifs ou respiratoires notamment. Quasi la moitié des patient-e-s étaient des enfants (46% de moins de 2 ans) et une majorité consultaient au matin entre 8h et 10h (55%). Ces urgences étaient en majorité des « urgences de ville » ou niveau 1 ou 2 selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences ou CCMU (Annexe 1).

Les soins non programmés constituent près d'un tiers des consultations hebdomadaires d'un médecin généraliste soit entre 3 à 6 actes quotidiens et environ 12% des consultations annuelles¹. De nouvelles réflexions sur d'éventuels nouveaux modes d'organisation commencent à émerger devant la part croissante d'activité des médecins généralistes et la nécessité inhérente d'organiser son temps médical de façon plus efficace et efficiente.

- *Les maisons de sante pluri-professionnelles*

La création et le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (ou MSP) ont été une des réponses aux demandes de nouvelles organisations de notre système de santé. Elles sont inscrites dans le Code de la Santé Publique depuis 2007⁴. Elles forment de véritables structures pluri-professionnelles dotées d'une personnalité morale et sont constituées de professionnels de santé (principalement libéraux) et a minima de 2 médecins généralistes. Sous couvert d'un projet de santé et d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les Agences Régionales de Santé (ou ARS), des aides financières peuvent être accordées à sa construction.

L'exercice croissant en groupe des médecins généralistes devient majoritaire et les MSP en sont un exemple. La Direction Générale de l'Offre de Soins (ou DGOS) comptait près de 910 MSP en 2017 alors qu'elles n'étaient que 150 à 200 en 2010. Le développement associé des Nouveaux Modes de Rémunération (ou NMR), la création des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (ou SISA) en 2011 mais aussi le renforcement des exercices pluri-professionnels des soins ambulatoires à

travers les multiples rapports, lois et plans politiques montrent une évolution robuste vers un nouveau visage de l'offre de soins ambulatoires.

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ou ACI) régit, par exemple, les rémunérations aux structures pluri-professionnelles depuis 2017⁵. A travers ces indicateurs, on retrouve dans l'ACI autant des critères d' « Accès aux Soins non Programmés » que de la « Concertation pluri-professionnelle » mais aussi de l' « Élaboration de protocoles pluri-professionnels ». Quid du lien entre pluri-professionnalité et soins non programmés ?

- *La pluri- et l'inter-professionnalité*

Sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (ou HAS), des protocoles de coopération pluri-professionnelles se multiplient⁶. Ils concernent, notamment pour ceux d'ores et déjà effectifs, les maladies chroniques et notamment leur suivi. Les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé sont concernées aussi. L'organisation territoriale et son maillage de MSP (ou autres structures pluri-professionnelles) ainsi que les missions des nouvelles CPTS par exemple (parmi lesquelles l'accès aux soins non programmés) pourraient être une réponse à la problématique des soins non programmés.

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (ou HPST) de 2009, des transferts d'activités autrefois réservées aux médecins se font vers d'autres professionnels de santé : infirmier-e-s, pharmacien-ne-s, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, diététicien-ne-s, ... Ces coopérations interprofessionnelles existent depuis plusieurs années déjà dans de nombreux pays comme le Canada, les Pays-Bas, l'Australie ou les États-Unis par exemple.

Il faut attendre 2018 le rapport de Thomas MESNIER pour voir se proposer l'inter-professionnalité dans les soins non programmés en ambulatoire avec en mars 2020, la publication au Journal Officiel des propositions de protocoles de coopérations pluri-professionnelles face à certaines demandes de soins non programmés en ville : entorse de cheville, lombalgie aiguë, brûlure mictionnelle, éruptions cutanées chez l'enfant, odynophagie, rhino-conjonctivite ou alors la réalisation de sutures. Proposés par la HAS et contractualisés avec les ARS, ils pourraient être le premier pas vers la pluri-professionnalité dans les soins non programmés voir plus, à l'inter-professionnalité⁷ ?

- Objectif

De nombreuses discussions interprofessionnelles ont d'ores et déjà eues lieu vis-à-vis du suivi des maladies chroniques (par exemple : diabète de type 2, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique, cancer,...) ; peu en revanche à propos des soins non programmés. Le professionnel de santé déléguant (ici le médecin généraliste majoritairement) doit y être entendu avant l'élaboration de ces propositions de protocoles pluri-professionnels.

L'avis des médecins généralistes semble primordial et être la clé principale pour passer de la pluri-professionnalité (MSP et protocoles) vers une véritable offre de soins interprofessionnelle non programmés en ambulatoire.

Cette enquête consiste à recueillir l'avis des médecins généralistes leaders de MSP à propos du lien possible entre soins non programmés et inter-professionnalité afin de parfaire l'organisation efficace de modes d'exercice interprofessionnels pour les soins non programmés ultérieurement.

METHODE

- Type d'étude

L'enquête s'est faite par questionnaire en ligne Limesurvey® (Annexe 2) sous licence du Collège des Enseignants de Médecine Générale(CEMG) de Lille. Il s'agit d'une étude descriptive transversale sous forme d'un questionnaire quantitatif en 19 questions.

- Population étudiée

Le questionnaire a été adressé par mail à tous les leaders de MSP de la région des Hauts-de-France. Les canaux de diffusion (Annexes 3 et 4) ont été les newsletter de la Fédération régionale des structures d'exercice coordonnée des Hauts-de-France (FEMAS HDF) ainsi que par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France (Service d'accès aux soins sur les territoires-Parcours coordonnés et coopération-Direction de l'offre des soins). A la date de l'envoi du questionnaire, l'ARS décomptait 153 MSP dans les Hauts-de-France.

- Intervalle de temps

Les questionnaires ont été finalisés et envoyés :

- Dans la newsletter de la FEMAS du 2 juillet 2020.
- Par mail via l'ARS le 6 juillet 2020.

La clôture du questionnaire a été faite le 3 août 2020.

▪ *Paramètres étudiés*

Le questionnaire était divisé en 3 sous parties :

- Une première partie consacrée au recueil de données démographiques des leaders de MSP pour une meilleure interprétation des données et toujours anonymes.
- Une seconde sur leur mode d'exercice et notamment leur prise en charge actuelle des soins non programmés
- Et enfin une troisième et dernière partie sur leur avis à propos des évolutions à venir pour l'inter-professionnalité dans les soins non programmés en MSP.

Les questions étaient intégralement des questions à choix multiples ou des questions d'avis munies d'échelles de Likert à 4 ou 5 niveaux.

▪ *Variables et analyses statistiques*

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le site pvalue.io (site gratuit).

Chaque paramètre a été étudié de manière uni-variée.

▪ *Obligations administratives et plan rédactionnel*

Il s'agit d'une étude n'impliquant pas la personne humaine soit hors loi JARDE et n'ayant pas demandé d'autorisation d'un Comité de Protection des Personnes ou CPP.

La rédaction de cette thèse a voulu répondre aux critères de rédaction d'une thèse-article (maximum 5000 mots) et au plan rédactionnel d'études observationnelles STROBE⁸.

RESULTATS

- **Réponses obtenues**

49 retours de questionnaires ont été réceptionnés sur le mois de l'étude soit du 2 juillet 2020 au 3 août 2020. A noter 30 questionnaires complètement remplis et 19 partiels avec au moins une réponse manquante.

5 répondants ont été volontairement supprimés car toutes les questions ont été laissées sans réponse probablement sur erreur informatique. Le total de questionnaires exploitables était ainsi porté à 44.

La population cible est l'ensemble des MSP de la région des Hauts-de-France soit 44 retours sur les 153 MSP (environ 29%) répertoriées dans la région par l'ARS à la date d'envoi des questionnaires.

- **Description de la population**

L'échantillon était donc de 44 leaders de MSP de la région des Hauts-de-France. Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1		
	N (Total = 44)	%
SEXE		
Homme	29	66
Femme	15	34
	<u>Sex-ratio H/F</u> : 1,9	
AGE		
20-29 ans	2	2
30-39 ans	17	39
40-49 ans	8	18
50-59 ans	10	23
60ans et plus	6	14
	<u>Moyenne (écart-type)</u> : 45,1 (11,6)	
PROFESSION		
Docteur en Médecine Générale	35	80
Infirmier-e-s	3	6,8

Masseur- Kinésithérapeute	3	6,8
Diététicien-ne	1	2,3
Docteur en Pharmacie	1	2,3
Ostéopathe	1	2,3

L'échantillon était majoritairement masculin (sex-ratio H/F = 1,9) avec une moyenne d'âge de 45,1 ans (écart-type = 11,6) et s'étalait de 27 ans jusqu'à 69 ans (Médiane = 42,5 ans).

La majorité sont des docteurs en médecine spécialisés en médecine générale (80% ; n=35) suivie de très loin par les infirmier-e-s et les masseurs-kinésithérapeutes à part égale (6,8% ; n=3).

- *Caractéristiques (zonage et ACI) des MSP*

La majorité des MSP n'appartenait à aucun zonage d'aides par l'Agence Régionale de Santé (ou ARS) que ce soit les Zones d'Intervention Prioritaire (ou ZIP), Zones d'Action Complémentaire (ou ZAC), Zones d'Accompagnement Régional (ou ZAR) ou tout au moins, ne le savaient pas.

Une grande majorité a signé (ou étaient en cours de signature) l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ou ACI).

Les caractéristiques des MSP sont résumées dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3

n (%)

Aucun zonage	19 (43%)
Je ne sais pas	9 (20%)
ZIP	7 (16%)
ZAC	6 (14%)
ZAR	3 (6.8%)

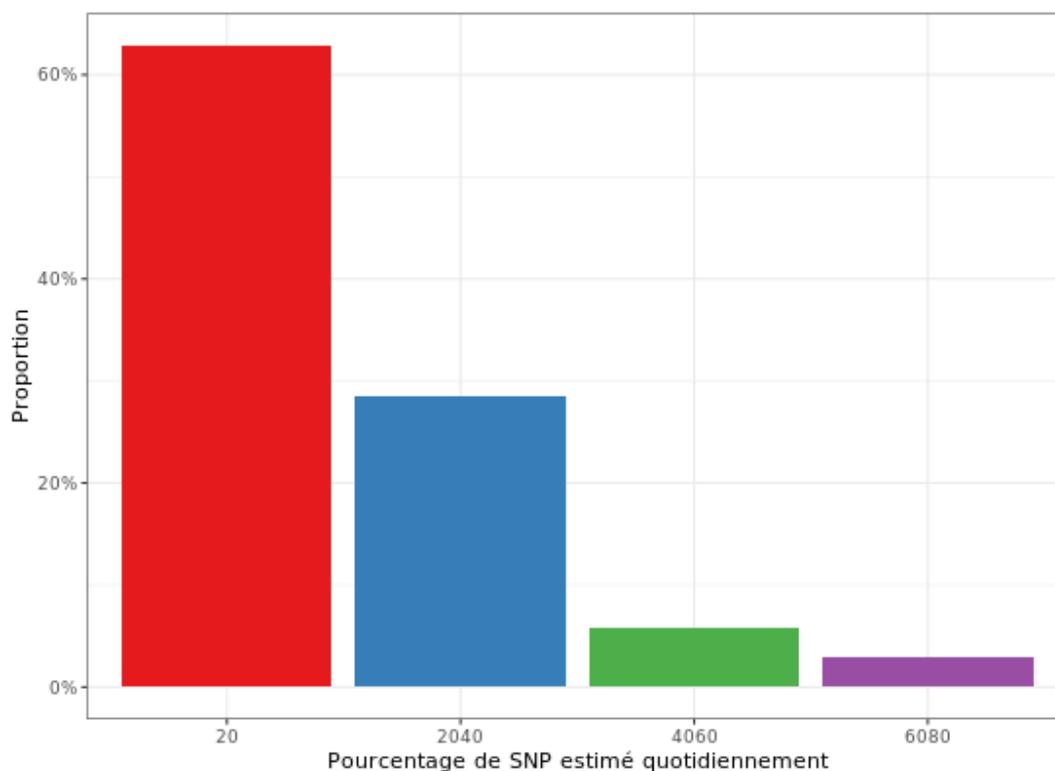
Tableau 4

n (%)

ACI	28 (64%)
En cours	10 (23%)
ACI non signé	6 (14%)

- Aujourd'hui

La part quotidienne consacrée aux soins non programmés (Graphique 1) est majoritairement inférieure à 40% (91% ; n=32).



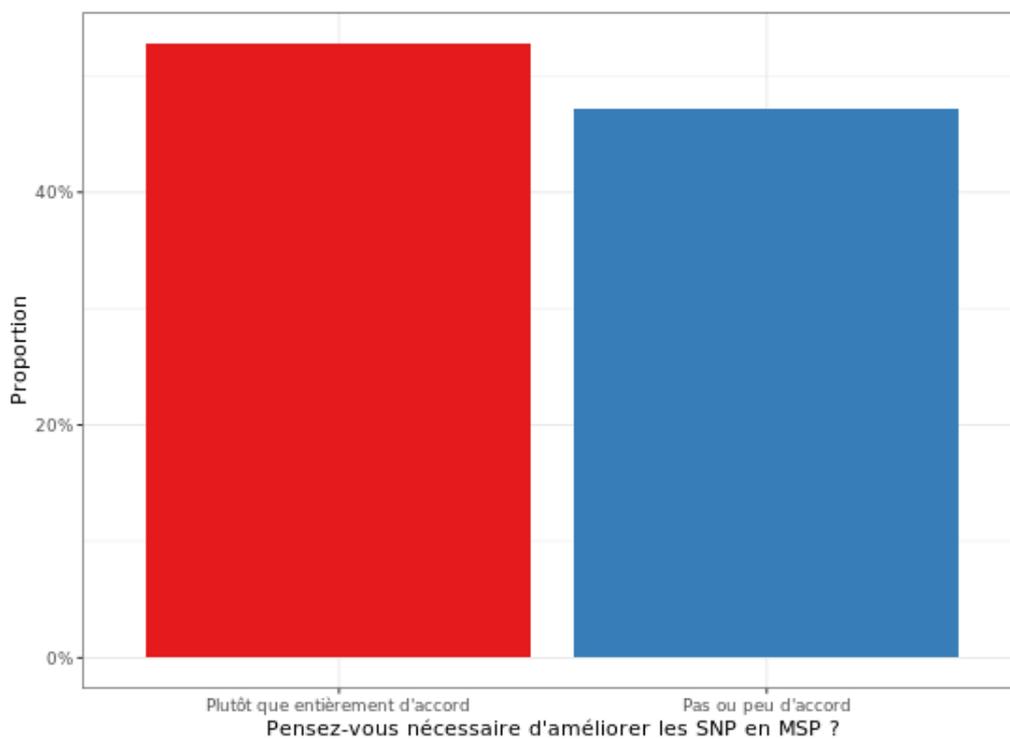
Graphique 1

Aucune tendance ne se dégage quant à la nécessaire ou non amélioration de la prise en charge des soins non programmés en MSP. Les résultats sont présentés dans le Tableau 5 et les Graphique 2 et 3.

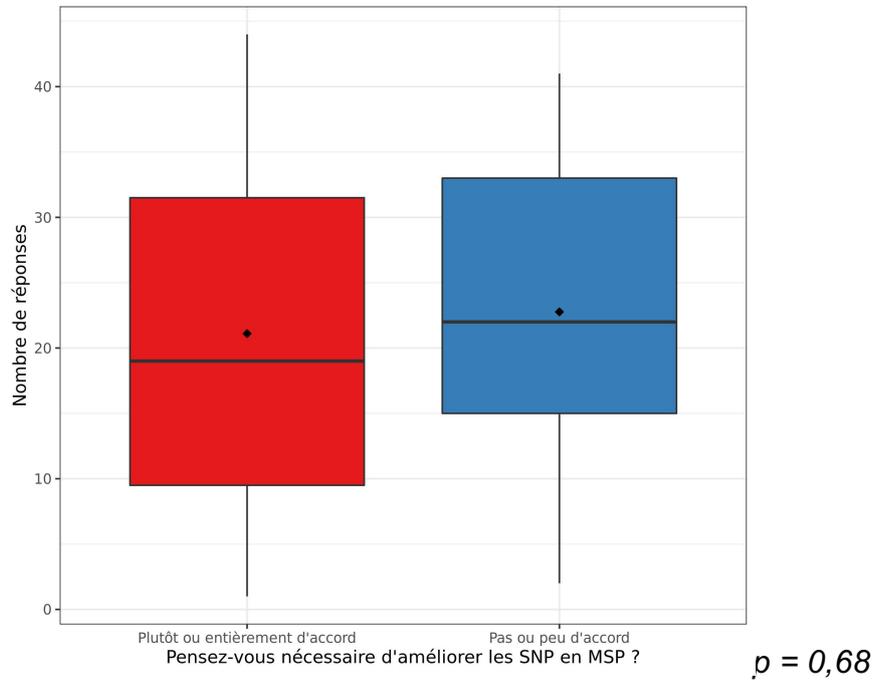
Tableau 5

n (%)

Pensez-vous nécessaire d'améliorer les SNP en MSP ?		n (%)
Pensez-vous nécessaire d'améliorer les SNP en MSP ?	Plutôt d'accord	13 (36%)
	Peu d'accord	12 (33%)
	Entièrement d'accord	6 (17%)
	Pas d'accord du tout	5 (14%)



Graphique 2



Graphique 3

Les raisons rapportées par les leaders ont été résumées dans le Tableau 6.

Pour permettre une meilleure analyse des données, nous avons réuni les réponses « Pas d'accord du tout », « peu d'accord » comme négatives et les réponses « moyennement d'accord », « plutôt d'accord » ainsi que « tout à fait d'accord » comme positives.

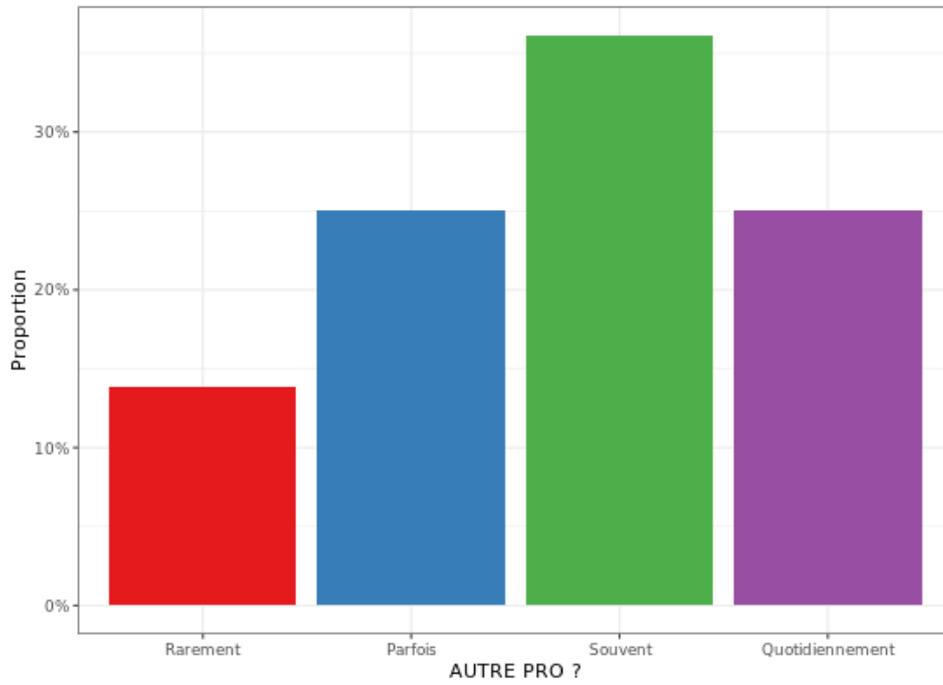
Tableau 6**PENSANT NECESSAIRE L'AMELIORATION DES SNP EN MSP (N=19)**

	Négatives	Positives
Raison : pour apporter la réponse la plus adaptée à la demande du patient en toute sécurité	21% (n=4)	79% (n=15)
Raison : pour améliorer sa pratique quotidienne en articulant au mieux les soins programmés et non programmés	26% (n=5)	74% (n=14)
Raison : pour aider les services hospitaliers d'urgences	21% (n=4)	79% (n=15)
Raison : pour répondre au mieux aux réorientations des urgences évoquées dans la loi Ma Santé 2022	11% (n=2)	89% (n=17)

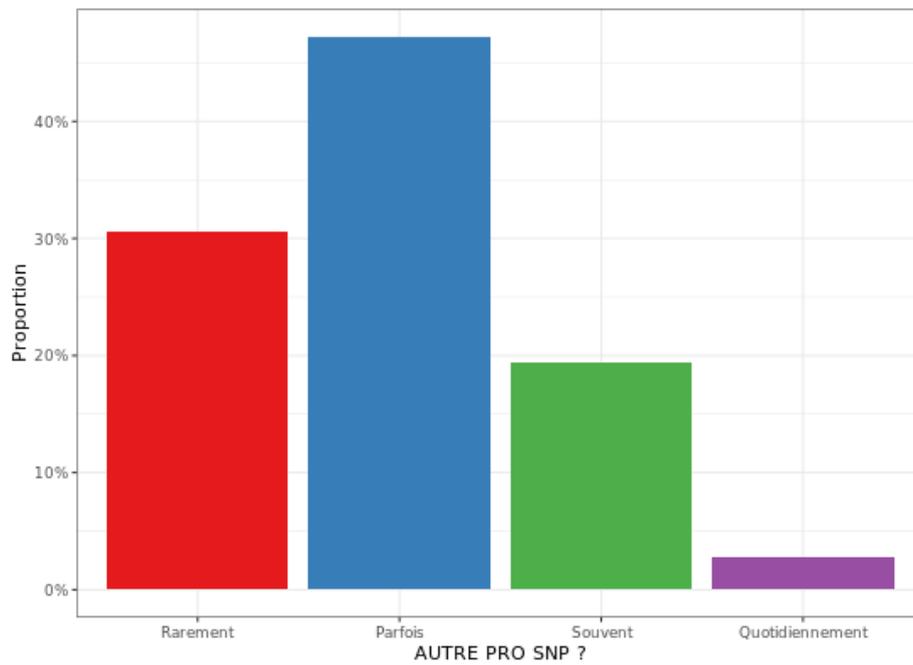
Raison : pour répondre aux engagements signés dans l'ACI	16% (n=3)	84% (n=16)
NE PENSANT PAS NECESSAIRE L'AMELIORATION DES SNP EN MSP (N=14)		
	Négatives	Positives
Raison : manque de temps	79% (n=11)	21% (n=3)
Raison : manque d'effectif	64% (n=9)	36% (n=5)
Raison : locaux inadaptés	100% (n=14)	0% (n=0)
Raison : sans objet pour moi	43% (n=6)	57% (n=8)
Sans réponses	n=3	

La majorité des répondants a recours à un autre professionnel de santé souvent voir quotidiennement (respectivement 36% (n=13) et 25% (n=9)) pour tout type de soins confondus (Graphique 4).

Cette tendance de recours fréquente à un autre professionnel de santé se confirme beaucoup moins dans la prise en charge de soins non programmés (Graphique 5). En effet, uniquement 22% (n=8) ont recours souvent voir quotidiennement à un autre professionnel de santé lors de soins non programmés et une majorité (78% ; n=28) ne le font que parfois ou rarement.



Graphique 4



Graphique 5

Les répondants privilégient les modes de communication instantanés (tels que l'appel téléphonique ou la rencontre physique même) pour solliciter un de ses collègues de la MSP. L'ensemble des réponses aux modes de communication interprofessionnels sont résumées dans le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7	
Modes de communication utilisés dans le recours à un autre professionnel de la MSP	
Rencontre physique	42,86% (n=21)
Appel téléphonique	63,27% (n=31)
Courrier écrit	10,2% (n=5)
Messagerie sécurisée (MSSanté, logiciel métier, ...)	20,41% (n=10)
Messagerie non sécurisée (SMS, réseaux sociaux,..)	24,49% (n=12)
Par l'intermédiaire d'un tiers (secrétaire par ex)	24,49% (n= 12)

▪ Et demain ?

Environ trois quarts (74%, n=23/31) des répondants pensent que le ratio médecin/patient ne sera plus similaire par rapport à celui d'il y a quelques années.

De plus, environ deux tiers (65%, n=20/31) des leaders de MSP pensent que les nouveaux métiers de la santé (tels que les assistant-e-s médicaux, les infirmier-e-s de pratique avancée,...) favorisent et vont favoriser l'inter-professionnalité. Plus de deux tiers pensent aussi que les nouveaux modes de coopération interprofessionnelles via notamment la création des CPTS facilitent la coordination autour du patient.

Les avis sont assez différents quant aux opinions des leaders des MSP des Hauts-de-France à propos des protocoles de coopération interprofessionnelles proposées par la HAS. Ces différences se font fonction du professionnel concerné et/ou fonction de l'acte concerné.

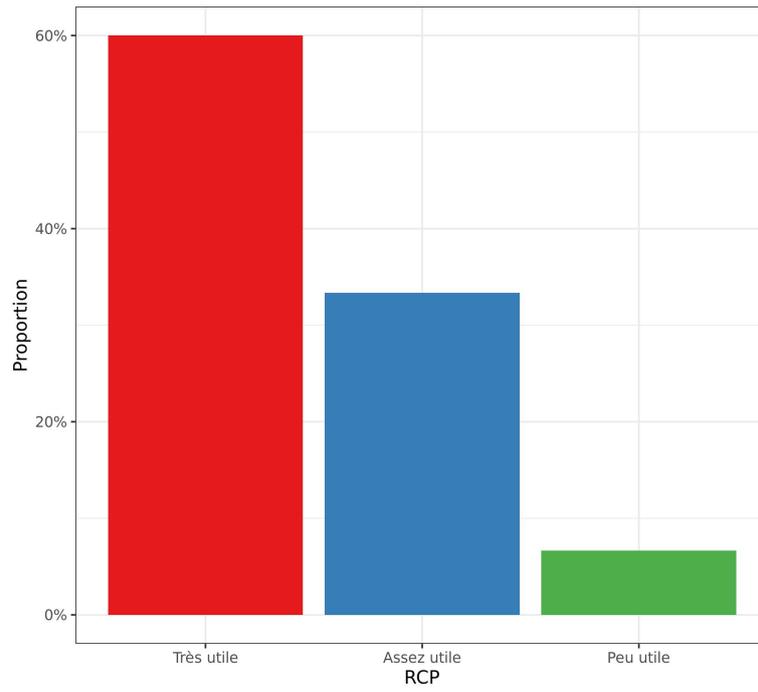
Les différentes réponses selon le type de partage de compétence concernée sont présentées dans le tableau 8 suivant. Pour une meilleure approche, les réponses 1 (Pas d'accord du tout) et 2 (Peu d'accord) ont été fusionnées en « Globalement pas d'accord » et les réponses 3 (Moyennement d'accord), 4 (Plutôt d'accord) et 5 (Tout à fait d'accord) ont été fusionnées en « Globalement d'accord ».

Tableau 8

Protocole pluri professionnel	Globalement d'accord	Globalement pas d'accord
Partager la compétence diagnostique d'une angine (y compris le test de diagnostic rapide ou TDR) ainsi que la prescription de son traitement avec un-e IDE	40% (n=12)	60% (n=18)
Partager la compétence diagnostique d'une angine (y compris le test de diagnostic rapide ou TDR) ainsi que la prescription de son traitement avec un-e pharmacien-ne d'officine	43% (n=13)	57% (n=17)
Partager la compétence diagnostique d'une cystite aiguë ainsi que la prescription de son traitement avec un pharmacien-ne d'officine	50% (n=15)	50% (n=15)
Partager la compétence diagnostique d'une cystite aiguë ainsi que la prescription de son traitement avec un-e IDE	47% (n=14)	53% (n=16)

Partager la compétence d'une consultation initiale d'une lombalgie aiguë avec un masseur-kinésithérapeute	67% (n=20)	33% (n=10)
Partager la compétence d'une consultation initiale d'un traumatisme de la cheville avec un masseur-kinésithérapeute	70% (n=21)	30% (n=9)
Partager la compétence de prise en charge de problèmes gynécologiques aigus (ménometrorragies, leucorrhées,...) avec un-e sage-femme	80% (n=24)	20% (n=8)

Les réunions de concertations pluridisciplinaires (ou RCP) au sein de la MSP afin de discuter notamment des soins non programmés réalisés semblent constituer un pilier utile de coordination interprofessionnelle intra-MSP selon les leaders. Elles sont jugées très utiles par 60% des répondants (Graphique 6).



Graphique 6

DISCUSSION

- *Principaux résultats et leur implication*

La réorganisation réfléchie et nécessaire de l'exercice de la médecine générale corrélée à la saturation des services hospitaliers d'urgence impose une nouvelle réflexion notamment sur les soins non programmés en ambulatoire. Cette enquête montre que l'inter-professionnalité n'est pas encore d'actualité pour améliorer les « urgences de ville » au regard des leaders de MSP des Hauts-de-France.

Les protocoles de coopération interprofessionnelles proposés au niveau national ne font pas l'unanimité hormis peut-être les consultations initiales des entorses de cheville ou lombalgies aiguës par le masseur-kinésithérapeute ou alors les problèmes gynécologiques aiguës par le/la sage-femme. Les médecins généralistes de terrain y ont-ils suffisamment été entendus et concertés ? De plus, les professionnels de santé restent assez peu formés (voire pas du tout) à l'inter-professionnalité. Force est de constater, via les rares ateliers ou forums interprofessionnels que les professions de santé se connaissent mal et en particulier sur leurs compétences (réalisées et/ou possibles) respectives.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans une thèse alsacienne en 2018 de Stéphanie CAPELLE où le recours à l'inter professionnalité pour améliorer les soins non programmés ne ressort pas des propositions des médecins généralistes (à la différence d'un appui financier ou alors de « centres de soins non programmés »)⁹.

Sociologiquement, le paysage de l'offre de soins et de l'exercice du métier de médecin généraliste n'a jamais autant été en perpétuelle évolution. Nadège Vezinat évoque trois grands mouvements rythmant le projet d'exercice collectif et coordonné

qu'est une MSP : le troisième serait dédié au développement de la coordination des professionnels de santé et de la pluridisciplinarité des soins¹⁰. Depuis une dizaine d'années maintenant, l'exercice pluri-professionnel est devenu quasi une règle et les structures d'exercice coordonnées se multiplient. La création des MSP et des CPTS, les nouveaux métiers de la santé avec les IPA en sont aussi des illustrations. Le potentiel de délégation se limite aujourd'hui au suivi des maladies chroniques et/ou à la prévention, au dépistage ou à la promotion de la santé. Les médecins généralistes de demain doivent apprendre à faire confiance et à travailler ensemble et avec d'autres professionnels. Cette nouvelle stratégie de soins dans une société en mutation permanente et en demande croissante peut prendre du temps. Respecter ce temps, travailler en concertation et en inter-professionnalité fera naître probablement de nouvelles idées et pourquoi pas de nouvelles expérimentations (réalisation de sutures, consultations IDE ambulatoires, consultations pluridisciplinaires, ...). La raréfaction attendue du nombre de médecins généralistes d'ici 2025¹¹ devra passer inéluctablement par une réorganisation du temps médical.

Un certain nombre de mesures émergent afin de favoriser l'inter-professionnalité au sein de notre système de soins :

- tout d'abord savoir se connaître et se reconnaître et pour faire ainsi, savoir se former ensemble : les formations interprofessionnelles sont encore trop rares de nos jours et avant de construire ensemble, encore faudrait-il savoir réfléchir et penser ensemble tout en sachant ce que l'autre fait ou peut faire¹²

- penser collectif pour soigner collectif impose une réorganisation de toutes les professions de santé et non seulement des médecins généralistes : plages de soins non programmés pour tout professionnel de santé, moyens de communication

interprofessionnels , systèmes d'informations partagé (SIP) et dossier médical partagé (DMP),...

- les partenariats entre MSP/CPTS et les hôpitaux du territoire (via les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par exemple) semblent primordiaux. Par l'amélioration du lien ville-hôpital de façon concrète et réfléchiée pour les soins non programmés, les réorientations et d'éventuels protocoles de coopération interprofessionnels et inter-structures seront davantage fluides et assurés de critères d'efficacité et d'efficience probablement plus robustes.

▪ A l'international

L'exercice interprofessionnel dans le domaine de la santé est en place depuis de nombreuses années dans certains pays comme les anglo-saxons par exemple (autrement appelé « skill mix »). Les États-Unis partagent déjà des compétences du médecin généraliste avec l'infirmière depuis les années 60 et le Royaume-Uni dès les années 70¹³. Les logiques et les systèmes de santé sont difficilement comparables entre les pays. Cependant, les consultations infirmières de première ligne sont faisables avec une satisfaction du patient, une efficacité et efficience tout au moins égale à celles faites par le médecin pour certaines situations¹⁴. Ces résultats ont aussi été retrouvés dans une revue de littérature des pays de l'OCDE en 2010¹⁵.

Les freins relevés en France sont multiples et connus : arrivée tardive par rapport aux autres pays de l'exercice en groupe, financement à l'acte d'une majorité des professions de la santé, dialogue trop rare sur les possibilités de partage de compétences par exemple.

▪ Expérimentations françaises existantes

Il faut citer premièrement l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) pour lequel une majorité de MSP sont signataires ou en cours (plus de trois quart des répondants de notre enquête). Des indicateurs dédiés aux horaires de permanence pour les soins non programmés mais aussi pour des protocoles pluri-professionnels y sont mentionnés⁵.

Les expérimentations interprofessionnelles françaises en santé ont été initié de certaines maladies chroniques précises comme :

- le dispositif ASALEE (Action de SANTé Libérale En Équipe) où une coopération entre médecins généralistes et infirmier-e-s (en libéral) se met au service du suivi des maladies chroniques

- le parcours PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) où les personnes âgées (>75ans) bénéficient d'un suivi pluridisciplinaire et d'un guichet unique autant sur le plan médical que médico-social

- les IPA créant, notamment en ambulatoire, des consultations infirmières pour le suivi de maladies chroniques précises sous réserve d'un certain degré d'autonomisation et d'un contrat d'objectifs et de moyens entre le médecin et l'IPA

Ces projets pluri-professionnels, pourtant jugés positifs par l'IRDES, n'en sont qu'à leur balbutiement en France. Peu de structures d'exercice coordonnée se sont emparés d'ores et déjà des différents protocoles interprofessionnels proposés au niveau national par l'article 51 de la LFSS de 2018¹⁶.

Les CPTS naissent de façon timide mais croissantes et l'un de leur chantiers prioritaires pourraient être l'accueil des soins non programmés hors PDSA

(Permanence Des Soins Ambulatoires) comme l'assure Thomas MESNIER dans son rapport¹. Le développement d'un cadre d'exercice en groupe, pluri- et interprofessionnelle et concerté est réitéré par la création de ces communautés en 2016¹⁷. Les réflexions et propositions du rapport MESNIER réfléchissent aussi déjà à partager des visites à domicile de façon interprofessionnelle (recommandation 16) ou alors à l'accès direct à d'autres professionnels de santé que le médecin en première ligne (recommandation 15).

▪ *Les nouveaux métiers de la sante – transformation ou naissance ?*

Afin de dégager du « temps médical utile » , les métiers de la santé bénéficient de fréquentes mutations et de « nouveaux » métiers de la santé apparaissent : les assistant-e-s médicaux, les IPA,... Finalement, certaines d'ores et déjà existantes évoluent de façon concomitante tout en se recoupant parfois en termes de compétences et/ou performances : secrétaires médicales, infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, ...

A l'instar des maladies chroniques ou de la médecine préventive et d'éducation à la santé, les soins non programmés sont peu voir pas affectés par ces modifications de champs de compétences-métier au sein des structures d'exercice coordonnée en santé. Si l'on prend par exemple un nouveau métier de la santé comme les IPA, force est de constater que certaines d'entre elles se sont pourtant retrouvées en première ligne dans l'épidémie de COVID au premier semestre 2020 dans certaines MSP : quid de l'évaluation de l'efficacité et efficience de cette expérience interprofessionnelle inédite ?

Par le partage de compétences entre médecins et autres professionnels de santé, le médecin généraliste pourrait aussi se consacrer à d'autres missions où les soins premiers accusent un certain retard à l'international : la médecine préventive, le dépistage, l'éducation et la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique du patient,... Lors des journées de la FEMAS en 2016, Pierre DE HAAS disait que un médecin généraliste travaillant en collaboration avec un-e infirmier-e, un-e secrétaire, un-e coordinateur-trice, et un travailleur social équivaut à une équipe de 3 médecins généralistes¹⁸ (soit 4 paramédicaux = 2 médicaux). L'inter-professionnalité en équipe est possible mais en rendre les relations strictement horizontales reste encore difficile.

- *Forces, limites et perspectives*

Les forces de cette étude résident principalement dans son originalité : les études et enquêtes vis-à-vis de la pluri-(ou inter-) professionnalité concernent très souvent le suivi des maladies chroniques et/ou la prévention et éducation/promotion de la santé.

Les limites de cette étude sont dominées par d'abord la taille de l'échantillon des répondants (rejoignant les taux habituels de réponses aux thèses de médecine générale) mais aussi la limitation de l'enquête auprès des leaders de MSP uniquement. Cette restriction de diffusion aux leaders est assumée notamment sur les caractéristiques des MSP que nous avons choisi de conserver et qu'il pouvait être difficile de renseigner hors leader.

Des études ultérieures pourraient porter sur le point de vue des patients sur l'apport possible de l'inter professionnalité pour leur demande de soin non programmé : leur ressenti, leur avis sur des prises en charge potentielles par des

professions non médicales ou même l'évaluation après expérimentations de protocoles pluri-professionnelles.

Des réflexions et contre-arguments doivent être discutées :

- les protocoles de coopération interprofessionnelles doivent-ils être proposés au niveau national ou alors plutôt localement via par exemple les CPTS (sous examen final et accord par l'ARS) ?

- les missions de l'IPA doivent-elles être étendues aux compétences de consultation de première ligne comme les soins non programmés ? Le pacte de refondation des urgences de l'ARS des Hauts-de-France le propose dans ses multiples leviers d'action¹⁹

- ne devrait-on pas créer (par ville, par quartier ou par CPTS) des plannings communs et partagés de consultations libres hors PDSA (soit sans rendez-vous, dédiées aux soins non programmés) ? Ces plannings pourraient être ainsi connus des SAU (permettant d'éventuelles réorientations) et des structures de régulation médicale.

- organiser le lien entre les médecins généralistes et les plateaux techniques (laboratoires de biologie médicale, imagerie médicale) par accès direct et si possible distinct des plateaux techniques des SAU²⁰

- appliquer une véritable collaboration des professionnels du sanitaire ou de la santé et ceux du médico-social et ne pas oublier d'inclure des professionnels dans cette nouvelle gestion de soins non programmés : assistant-e-s sociales, psychologues, dentistes, orthoptistes, podologues-pédicures, ...

- agir et améliorer grâce aux procédures d'évaluation : des MSP, des IPA, des structures de prise en charge ambulatoire, des centres de régulation des appels médicaux, ... Toute expérimentation doit être évaluée ensuite.

- proposer d'autres modes de rémunérations dans une logique de travail en collectivité, d'une activité de soins (de santé) concertée, de qualité et en toute sécurité. Poursuivre les travaux des (Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération) ENMR pour des protocoles interprofessionnelles, de la coordination, des RCP, des rémunérations forfaitaires (maladies chroniques, soins non programmés avec réévaluation par un professionnel différent, ...)

BIBLIOGRAPHIE

1. Thomas MESNIER. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>.
2. Présentation du D.E.S. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/.
3. Médecins généralistes et soins non programmés. URPS médecins libéraux Ile-de-France. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/etude/medecins-generalistes-et-soins-non-programmes/>.
4. Code de la santé publique | Legifrance. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DA06610F3DF8F29A732790464A51DC1.tpdjo13v_3?idSectionTA=LEGISCTA000017833753&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080314.
5. Structures de santé pluriprofessionnelles. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>.
6. Décision n°2015.0050/DC/SMACDAM du 18 février 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé portant adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Comment élaborer et mettre en oeuvre des protocoles pluriprofessionnels ? » et de sa « note méthodologique et de synthèse documentaire ». Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033023/fr/decision-n2015-0050/dc/smacdam-du-18-fevrier-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-fiche-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours-comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels-et-de-sa-note-methodologique-et-de-synthese-documentaire.
7. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med* 2007;30:E224-232.
8. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007;335:806-8.
9. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale : enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace. Disponible sur : <http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice.html?id=uds-ori-71323&printable=true>.

10. Vezinat N. 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Les mutations du travail. La Découverte, 2019.117-34. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-mutations-du-travail--9782348037498-page-117.htm>.
11. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? - Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>.
12. APPRENDRE A TRAVAILLER ENSEMBLE EN FORMATION INITIALE. AFDET. Disponible sur : <https://www.afdet.net/apprendre-a-travailler-ensemble-en-formation-initiale/>.
13. MIDY (Fabienne), MIDY (Fabienne). Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002. Paris: CREDES, 2003.
14. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ (Clinical research ed) 2002;324:819-23.
15. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. OECD Health Working Papers. OECD Publishing, 2010 août. Report No.: 54. Disponible sur : <https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/54-fr.html>.
16. DGOS. Expérimenter et innover pour mieux soigner. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>.
17. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
18. Raully A. À propos de l'ouvrage de Nadège Vezinat, Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles. Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs Internet Association Recherche & Régulation, 2019; Disponible sur : <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/regulation/15767>.
19. Pacte de refondation des urgences : 7 leviers pour améliorer le parcours de soins non programmés en Hauts-de-France. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/pacte-de-refondation-des-urgences-7-leviers-pour-ameliorer-le-parcours-de-soins-non-programmes-en>.
20. Boulenger E. Parcours de soins non programmés : état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin ; exemple de l'agglomération d'Orange. 2017;85.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification CCMU

La CCMU classe les patients relevant de l'urgence pré-hospitalière (Smur) et ou se présentant à l'accueil des urgences hospitalières selon 7 degrés de gravité, déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial.

CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Réalisation d'un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du Smur, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du Smur ou du service des urgences.

Source : Observatoires régionaux des urgences

Annexe 2 : Questionnaire de thèse



Bonjour,

Voici le questionnaire relatif à ma thèse de doctorat en Médecine Générale. Je vous remercie d'avance pour votre réponse à celui-ci.

Prise en charge des soins non programmés en Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) : de la pluri-professionnalité vers l'inter-professionnalité ?

Vos réponses sont anonymes et ne permettent aucune reconnaissance personnelle.

Teddy RICHEBE Interne en Médecine Générale Faculté de Médecine Henri Warembourg Université de Lille

Partie A: Données démographiques

Avant de commencer, il nous faut quelques renseignements sur votre exercice ; pourriez-vous répondre aux questions suivantes ?

Ces données sont primordiales à la bonne interprétation des résultats finaux.

Merci

A1. Quel est votre sexe ?

Féminin

Masculin



A6. Enfin, votre MSP est-elle adhérente (ou en cours) à l'Accord Conventionnel InterProfessionnel (ACI) ?

- Oui
- En cours de signature
- Non

Partie B: Aujourd'hui

Donc, après ces données descriptives, pourriez-vous répondre à ces quelques questions sur votre prise en charge actuelle des soins non programmés au sein de votre MSP et votre place notamment ?

B1. Quelle est la place qu'occupe les soins non programmés dans votre pratique quotidienne au sein de la MSP dans laquelle vous exercez : quelle pourcentage de vos consultations y attribuez vous par semaine environ ?

- 0 à 20%
- 20 à 40%
- 40 à 60%
- 60 à 80%
- Plus de 80%
- Je ne peux pas savoir

B2. Pensez-vous nécessaire d'améliorer, en général, la prise en charge des soins non programmés dans les MSP ?

- Pas d'accord du tout
- Peu d'accord
- Plutôt d'accord
- Entièrement d'accord



B3. Si oui, pour quelles raisons ?

1- Pas d'accord du tout

2- Peu d'accord

3- Moyennement d'accord

4- Plutôt d'accord

5- Tout à fait d'accord

	1	2	3	4	5
Apporter la réponse la plus adaptée à la demande du patient en toute sécurité	<input type="checkbox"/>				
Améliorer sa pratique quotidienne en articulant mieux les soins programmés et non programmés	<input type="checkbox"/>				
Aider les services hospitaliers d'urgences	<input type="checkbox"/>				
Répondre aux réorientations des urgences évoquées dans la loi Ma Santé 2022	<input type="checkbox"/>				
Répondre aux engagements signés dans l'ACI	<input type="checkbox"/>				

B4. Si non, pour quelles raisons ?

1- Pas d'accord du tout

2- Peu d'accord

3- Moyennement d'accord

4- Plutôt d'accord

5- Tout à fait d'accord

	1	2	3	4	5
Manque de temps	<input type="checkbox"/>				
Manque d'effectif	<input type="checkbox"/>				
Locaux inadaptés	<input type="checkbox"/>				
Sans objet pour moi	<input type="checkbox"/>				

B5. A quelle fréquence avez-vous recours à un autre professionnel de la MSP dans votre pratique quotidienne, toutes prises en charges confondues hors soins non programmés?

Rarement

Parfois

Souvent

Quotidiennement



B6. A quelle fréquence avez-vous recours à un autre professionnel de la MSP dans votre pratique quotidienne, quand il s'agit de soins non programmés ?

- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Quotidiennement

B7. Lorsque vous sollicitez un professionnel, comment procédez-vous au sein de la MSP ?

- Rencontre physique
- Appel téléphonique
- Messagerie sécurisée (logiciel métier, MSSanté, ...)
- Messagerie non sécurisée (SMS, Réseaux sociaux,...)
- Courrier écrit
- Par l'intermédiaire d'un tiers (secrétaire par ex)

B8. Concernant les soins non programmés, quels moyens de communication sus-citées préférez-vous ?

- Rencontre physique
- Courrier écrit
- Messagerie sécurisée (logiciel métier, MSSanté,...)
- Messagerie non sécurisée (SMS, réseaux sociaux, ...)
- Par l'intermédiaire d'un tiers (secrétaire par ex)

Partie C: Et demain ?

Enfin, voici quelques questions sur des évolutions possibles des prises en charge des soins non programmés en MSP par l'inter-professionnalité. Un grand merci d'avance pour vos réponses !

C1. On ne retrouvera pas un ratio médecin/patient identique à il y a une vingtaine d'années. Il paraît inéluctable que le partage de certaines compétences doivent se faire au sein des professionnels de santé ; êtes-vous d'accord ?

- Oui
- Non



C2. Les nouveaux métiers de la santé favorisent-ils l'interprofessionnalité selon vous ?

Pas d'accord du tout

Peu d'accord

Moyennement d'accord

Plutôt d'accord

Entièrement d'accord

C3. Les nouveaux modèles de coopération professionnelles (CPTS par exemple) facilitent t-elles ou faciliteront-elles, selon vous, les prises en charge coordonnées inter-professionnelles des soins non programmés en ville ?

Impossible

Peu probable

Moyennement probable

Fort probable



C4. Voici des protocoles pluriprofessionnels (existants ou non) : Quel est votre avis ?

1- Pas d'accord du tout

2- Peu d'accord

3- Moyennement d'accord

4- Plutôt d'accord

5- Tout à fait d'accord

	1	2	3	4	5
Partager la compétence diagnostique d'une angine (y compris le test de diagnostic rapide ou TDR) ainsi que la prescription de son traitement avec un(e) IDE	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence diagnostique d'une angine (y compris le test de diagnostic rapide ou TDR) ainsi que la prescription de son traitement avec un(e) pharmacien(ne) d'officine	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence diagnostique d'une brulure mictionnelle ainsi que la prescription de son traitement avec un(e) pharmacien(ne) d'officine	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence diagnostique d'une brulure mictionnelle ainsi que la prescription de son traitement avec un(e) IDE	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence : consultation initiale d'une lombalgie aiguë avec un masseur-kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence : consultation initiale d'un traumatisme de la cheville avec un masseur-kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>				
Partager la compétence de prise en charge des problèmes gynécologiques aigus (ménos-métrorragies, leucorrhées,...) avec un(e) sage-femme	<input type="checkbox"/>				

C5. Que pensez-vous des Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles (ou RCP) en ambulatoire où l'on discuterait des éventuels problèmes (prise en charge, coordination au tour du patient, organisation des prises en charge, soins non programmés faits depuis la dernière réunion,...) entre professionnels d'une même MSP ?

Inutile

Peu utile

Assez utile

Très utile



Merci d'avoir répondu à mon questionnaire.

Pour toute question ou information, voici mon mail : richebeteddy@hotmail.fr.

A plus tard !

Annexe 3 : Requête par messagerie électronique de l'ARS

Bonjour,

L'ARS Hauts-de-France a été contactée dans le cadre d'un projet de thèse dont le sujet est : «les soins non programmés en MSP : comment passer de la pluri-professionnalité à l'inter-professionnalité ? ».

Ainsi, nous sollicitons votre contribution et vous adressons ci-dessous le lien qui vous permettra, en tant que leader de votre structure, de répondre au questionnaire.

<http://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/996837?lang=fr>

Nous vous remercions par avance de l'aide apportée à Teddy Richebé.

Bien cordialement,
Pour l'équipe en charge des structures d'exercice coordonné.

Déborah DELCOURT

Chargée de mission structures d'exercice coordonné

Service Accès aux Soins sur les Territoires – Parcours Coordonnés et Coopération / Direction de l'Offre de Soins

556 avenue Willy Brandt 59777 Euraille

Tél : 03 62 72 79 97

www.hauts-de-france.ars.sante.fr



Les ministères sociaux agissent pour un développement durable.

Préserveons l'environnement : n'imprimons que si nécessaire !

Annexe 4 : Requête par la newsletter FEMAS

Soins non programmés et interprofessionnalité

Thèse de Médecine Générale

Interne en médecine générale, Teddy Richebé travaille une thèse sur le sujet "Soins non programmés en MSP : comment passer de la pluriprofessionnalité vers l'interprofessionnalité ?".

Pour l'aider dans ses recherches, nous vous remercions de répondre à son questionnaire, à destination des leaders de MSP de la région Hauts-de-France.

Répondre à l'enquête

Annexe 5 : Fiche de thèse validée par le DMG (Département de Médecine Générale) de Lille

Fiche de thèse



Titre de la thèse

Le titre doit clairement faire comprendre la question de recherche et la méthode choisie, selon la grille du [plan de rédaction](#) retenue (**max. 30 mots**)

Soins non programmés en Maisons de Santé Pluri-professionnelles : de la pluri-professionnalité vers l'inter-professionnalité ?

Enquête d'opinion auprès des leaders de MSP de la région des Hauts-de-France

Titre court ou acronyme

Ce titre court est celui qui désigne la thèse dans le langage courant (**max. 7 mots**)

Soins non programmés et Maisons de Santé Pluri-professionnelles

Auteur de la thèse

Prénom NOM : Teddy RICHEBE

Promotion : Pasteur

Adresse électronique universitaire : teddy.richebe.etu@univ-lille.fr

Adresse électronique secondaire : richebeteddy@hotmail.fr

Téléphone cellulaire : 06-26-40-39-43

Directeur de thèse

Titre, Prénom NOM : Dr Laurent TURI

Fonction universitaire/hospitalière : Maitre de Stage des Universités

Adresse électronique : laurent.turi@orange.fr

Dans les cases suivantes vous devez insérer le texte de votre fiche de thèse. Toutes les sections doivent être complétées, en insérant entre crochets les références citées plus bas (max 300 mots**)**

Contexte (background)

Cette première section de texte doit faire la synthèse de l'exploration de votre champ de recherche, pour en définir le cadre, l'état des connaissances, les principales publications, et pour aboutir à la justification de la pertinence de votre question de recherche. C'est principalement cette partie de votre fiche qui doit se référencer à la littérature que vous avez exploitée

La synchronisation des soins non programmés(SNP) (ou urgences de ville :UV) au suivi de pathologies chroniques est le casse-tête quotidien des secrétariats médicaux en ambulatoire. Les UV représentent une part non négligeable des demandes de consultation à laquelle le médecin généraliste se doit de ne pas répondre systématiquement par « faites le 15 » ou « allez aux urgences de proximité ». La fermeture de celles-ci, la saturation des services hospitaliers d'urgence plus éloignés, la faible efficacité de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) continue à mettre en exergue la nécessité urgente mais réfléchi d'une organisation nouvelle, convergente, décloisonnée donc moderne des urgences de ville. Il y a urgence en ville pour les urgences de ville.

Question de recherche

Dans cette seconde section, vous devez exposer votre question de recherche sous forme interrogative ou affirmative. La question de recherche doit exposer au moins l'objet de votre étude, la population dans laquelle vous réaliserez votre étude et la durée du recueil de données. La question de recherche doit se situer dans le domaine de la spécialité médecine générale/soins premiers

Au sein des MSP de la région des Hauts-de-France, quel est l'avis des leaders de MSP pour améliorer les soins non programmés grâce à l'inter-professionnalité ?

Méthode

Dans cette section vous devez décrire la méthode expérimentale que vous allez utiliser pour répondre à votre question de recherche. De cette méthode dépendront le [plan et la grille d'évaluation](#) de votre thèse

Etude descriptive par questionnaire en ligne auprès des leaders de MSP de la région des Hauts-de-France.

But

Dans cette dernière section, vous devez indiquer à qui profiteront les résultats de votre étude : aux patients ? à la spécialité Médecine Générale / Soins premiers ? à l'élaboration d'une nouvelle étude dans le cadre de la spécialité ? à d'autres corps sociaux ?

Cette étude visera à améliorer les demandes de prise en charge urgentes des patients : mieux les organiser et mieux gérer leurs trajectoires de soins. En apportant un bénéfice aux services hospitaliers d'urgences saturés, les médecins généralistes pourront créer un modèle de permanence des soins efficace et avec une coordination réfléchie interprofessionnelle.

Cette étude pourra nécessiter, ensuite, une seconde étude pour tester d'éventuelles organisations interprofessionnelles pour les soins non programmés en ambulatoire.

Mots clés

Dans ce cadre, indiquez 3 à 5 [mots-clés du MeSH](#) caractérisant votre étude

- Soins urgents
- Soins ambulatoires
- Relations interprofessionnelles
- Centres de santé communautaires

Grille des critères de qualité méthodologique et de rédaction retenue (nom)

[Suivre le lien](#)

- STROBE : Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

Références

Dans cette section, citer au [format Vancouver](#), 3 à 5 références que vous avez utilisées pour rédiger votre fiche. Vous pouvez vous aider d'un outil bibliographique comme [Zotero](#)

1. Peneff J. Troisième partie. Les malades des urgences. In: Les Malades des urgences [Internet]. Paris: Editions Métailié; 2000. p. 85-125. (Sciences Humaines). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-malades-des-urgences--9782864243465-p-85.htm>
2. Thomas MESNIER. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
3. PRAZNOCZY-PEPIN C, Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. Paris: ORS Ile-de-France; 2007. 20p.
4. APOLLIS B. L'organisation française de la prise en charge des urgences. Prise En Charge Urgence Médicale Doss. 28 déc 2008;(3):8-16.
5. LAFAY V, GIRAUD C, BEL C, GIOVANNETTI O, Service d'accueil des urgences. Chu Nord. Marseille. FRA. Consultation de médecine générale au sein d'un service d'accueil des urgences : Historique, bilan et perspectives. Presse Med. 2002;31(35):1643-9.

Annexe 6 : Grille de plan rédactionnel STROBE

STROBE statement?checklist of items that should be included in reports of observational studies

Item No	Recommendation
Title and abstract	
1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction	
Background/rationale	2 Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3 State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods	
Study design	4 Present key elements of study design early in the paper
Setting	5 Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6 (a) Cohort study?Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-upCase-control study?Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controlsCross sectional study?Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) Cohort study?For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposedCase-control study?For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7 Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8* For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9 Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10 Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11 Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) Cohort study?If applicable, explain how loss to follow-up was addressedCase-control study?If applicable, explain how matching of cases and controls was addressedCross sectional study?If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results	
Participants	13* (a) Report numbers of individuals at each stage of study?eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14* (a)Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) Cohort study?Summarise follow-up time (eg average and total amount) Cohort study?Report numbers of outcome events or summary measures over time
Outcome data	15* Case-control study?Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure Cross sectional study?Report numbers of outcome events or summary measures (a) Report the numbers of individuals at each stage of the study?eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
Main results	16 (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Other analyses	17 Report other analyses done?eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion	
Key results	18 Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19 Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20 Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21 Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information	
Funding	22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross sectional studies.

The STROBE checklist is best used in conjunction with the explanation and elaboration article.¹⁸⁻²⁰ This article and separate versions of the checklist for cohort, case-control, and cross sectional studies are available at www.strobe-statement.org.

AUTEUR : Nom : RICHEBE

Prénom : Teddy

Date de soutenance : mardi 15 septembre 2020

Titre de la thèse : Soins non programmés en Maisons de Santé Pluri-professionnelles : de la pluri-professionnalité à l'inter-professionnalité ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Doctorat en Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Soins non programmés – Maison de Santé Pluri-professionnelle – Inter-professionnalité – Partage de compétence

Résumé :

Contexte : La saturation des services hospitaliers d'urgence ainsi que les difficultés d'accès aux soins premiers rendent nécessaire une réorganisation profonde de notre offre de soins non programmés. La réorganisation du temps médical et l'augmentation du temps médical utile est primordial. L'inter-professionnalité a fait ses preuves, tant en terme d'efficacité, de satisfaction ou d'efficience dans certaines maladies chroniques ; mais en urgence ?

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative par enquête auprès des leaders de MSP de la région des Hauts-de-France transmis par l'ARS Hauts-de-France et la FEMAS. Les données ont été analysées en univariée à l'aide du site pvalue.io.

Résultats : Les leaders de MSP sont parties prenantes de l'inter-professionnalité mais semblent ne pas en faire encore la priorité dans les soins non programmés. En plein développement dans les maladies chroniques et en éducation thérapeutique au sein des MSP, les soins non programmés ne sont pas associés spontanément à l'inter-professionnalité de façon spontanée et majoritaire.

Conclusion : Beaucoup de travail et de réflexions restent à faire pour placer l'inter-professionnalité là où il y a besoin. Expérimenter et évaluer mais aussi apprendre à se connaître, savoir ce que chacun fait et peut faire semble très important. La coordination interprofessionnelle, les « nouveaux » métiers de la santé permettront peut-être de développer des consultations d'urgence coordonnées non médicales.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Professeur Eric WIEL – Docteur Sabine BAYEN – Docteur Caroline DE PAUW

Directeur de thèse : Docteur Laurent TURI