

UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux des transformations et innovations des  
maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-  
France depuis leur création**

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 2023  
au pôle formation

**Par Romain PETIT**

---

**JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

**Asseseurs :**

Monsieur le Docteur Benoit DERVAUX

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur TURI Laurent

---

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Le questionnaire ayant permis de réaliser cette thèse a été diffusé aux différentes maisons de santé de janvier 2022 à avril 2022. Les innovations et changements survenus après cette date (Loi RIST...) n'ont donc pas été évoqués dans ce questionnaire.

# Sigles

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AM : Assurance Maladie

ANS : Agence du Numérique en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CDS : Centre de Santé

CLS : Contrat Local de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

*CSP : Centre de Soins Primaires*

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREAL : Directions Régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ET : Education thérapeutique

FEDER : Fonds Européen de Développement Régional

FEMAS : Fédération des structures d'exercice coordonné

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIE : Groupement d'intérêt économique

HDF : Hauts-de-France

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier(ère) en Pratique Avancée

IPEP : Incitation à une Prise en Charge Partagée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

*MVZ : Medizinische Versorgungszentren*

*NCQA : National Comitee for Quality Assurance*

OFP : Organisme de Formation Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régionale pour la Santé  
*PCMH : Patient-Centered Medical Home.*  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PRS : Projet Régional de Santé  
PTA : Plateformes Territoriales d'Appui  
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données  
SCM : Société Civile de Moyens  
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé  
ZAC : Zone d'Action Complémentaire  
ZAR : Zone d'Accompagnement Régional  
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

# Sommaire

Avertissement.....	2
Sommaire .....	5
Introduction.....	9
1 Le développement de l'exercice coordonné en France : .....	9
1.1 Les médecins libéraux au centre de l'organisation des soins ambulatoires : 9	
1.2 Les nouveaux enjeux de la médecine libérale depuis les années 2000 : ....	10
1.2.1 Une répartition inégale des médecins libéraux sur le territoire :.....	10
1.2.2 Un vieillissement de la population :.....	10
1.3 Un système de santé en pleine réforme : de la création du statut de MSP aux différentes innovations mises en place.....	11
1.4 Différentes formes d'exercice coordonnée : .....	13
2 Organisation des soins de premiers recours dans d'autre pays ou régions françaises : .....	13
2.1 Aux Etats-Unis :.....	13
2.2 En Allemagne, les <i>MZV (Medizinische Versorgungszentren)</i> :.....	14
2.3 En Catalogne, un système basé sur les CSP :.....	15
2.4 Etat des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Nouvelle-Aquitaine : .....	15
2.5 Une enquête similaire en Occitanie : .....	16
3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France :.....	16
4 Objectif .....	16
Matériel et méthodes .....	17
1 Type d'étude :.....	17
2 Elaboration du questionnaire et recueil des données :.....	17
3 Population étudiée :.....	17
3.1 Critères d'inclusion : .....	17
3.2 Critères d'exclusion : .....	18
4 Analyses statistiques :.....	18
5 Cadre réglementaire :.....	18
Résultats.....	19
1 Caractéristiques principales des MSP et des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire : .....	19
1.1 Qualité du répondant : .....	19

1.2	Commune d'implantation :.....	19
1.3	Date de validation initiale du projet de santé :.....	19
1.4	Nombre de professionnels de santé dans la MSP .....	20
1.5	Profession du leader.....	21
1.6	Age du leader .....	21
1.7	Sexe du leader : .....	21
1.8	Année de début d'exercice du leader :.....	21
1.9	Renouvellement du leader :.....	21
2	Coordination au sein d'un territoire de santé :.....	22
2.1	Coopération interne :.....	22
2.2	Structuration du projet sur le territoire : .....	23
2.2.1	Contrat local de santé :.....	23
2.2.2	Organisation en SISA : .....	23
2.2.3	Liens avec les structures sanitaires du territoire :.....	23
2.2.4	Nature du partenariat avec ces structures : .....	23
2.2.5	Adhésion à une CPTS :.....	23
2.2.6	Terrain de professionnalisation ou de stage : .....	24
2.2.7	Formation aux pratiques innovantes :.....	24
2.2.8	Equipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique :.....	24
2.2.9	Organisme de formation pluriprofessionnelle :.....	24
3	Outils numériques et informatisation : .....	24
3.1	Système d'information partagé :.....	24
3.2	RGPD :.....	25
3.3	Prestataire de rendez-vous en ligne :.....	25
3.4	Télémédecine :.....	26
3.5	Objets connectés :.....	26
3.6	Fibre optique :.....	27
3.7	Cybersécurité et protection des données de santé :.....	27
4	Pluriprofessionnalité :.....	27
4.1	Nouveaux métiers et salariats : .....	27
4.2	Gestion des ressources humaines : .....	27
5	Modes de financements dérogatoires :.....	28
5.1	ACI : .....	28
5.2	Protocoles de coopération type article 51 :.....	28
5.3	Expérimentation professionnelle sur un projet article 51 :.....	28

5.4	Expérimentation d'exercice coordonné au sein d'un projet type article 51	28
5.5	Programme ARS, FEDER ou FIR	28
	Discussion	29
1	Discussion des résultats	29
1.1	Implantation des MSP	29
1.2	Notion de leader et caractéristiques	31
1.3	Projet de santé et mise en œuvre	32
1.3.1	La coordination pluriprofessionnelle	32
1.3.2	La coopération externe	33
1.3.3	Les dispositifs de territoire : CPTS et CLS	33
1.3.4	Les protocoles de coopérations type article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale	34
1.4	Statut juridique et financement	34
1.5	Terrain de stage	35
1.6	Pratiques innovantes	35
1.7	Education thérapeutique	35
1.8	Outils numériques	36
1.8.1	Logiciel santé	36
1.8.2	Télémédecine	36
1.8.3	Objets connectés	37
1.9	Nouveaux métiers	37
1.10	Tableau comparatif des données brutes entre la région Hauts-de-France et la région Occitanie	38
2	Discussion de la méthode	39
2.1	Points forts de l'étude	39
2.2	Points faibles de l'étude	39
2.2.1	Faible nombre de répondants	39
2.2.2	Surreprésentations de MSP adhérentes à la FEMAS	40
2.2.3	Longueur du questionnaire	40
2.2.4	Questions non abordées	40
3	Perspectives	40
	Références	43
	Annexe 1	46
	Annexe 2	47
	Annexe 3	61
	Annexe 4	62

Annexe 5 .....	63
Annexe 6 .....	64
Annexe 7 .....	65
Annexe 8 .....	66



# Introduction

Depuis une vingtaine d'années, la France fait face à un défi majeur concernant la santé publique : la difficulté croissante d'accès aux soins de premiers recours. La France comparativement à d'autres pays comme le Canada ou la Grande-Bretagne, possède un système de soins hospitalo-centré avec un développement faible des soins premiers, principalement représentés par des médecins généralistes, libéraux, isolés les uns des autres dans leur cabinet de ville.

Au tournant des années 2000, ce modèle est mis à mal par la difficulté grandissante de la population à avoir accès à des soins médicaux de premiers recours avec pour causes principales : le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la diminution du nombre de médecins généralistes en exercice.

Les pouvoirs publics ont bien identifié cette problématique et tentent d'y remédier par plusieurs moyens : l'un de leur principal levier d'action est le développement de l'exercice coordonné pour réduire les inégalités d'accès aux soins sur le territoire.

## 1 Le développement de l'exercice coordonné en France :

Aujourd'hui, l'exercice coordonné et plus particulièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles sont présentées comme l'un des leviers principaux pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins sur le territoire.

### 1.1 Les médecins libéraux au centre de l'organisation des soins ambulatoires :

Les soins primaires qui sont définis par l'OMS comme : « Les soins primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »(1)

En France, les soins premiers sont majoritairement exercés par les médecins généralistes libéraux. Au cours du 19<sup>ème</sup> siècle, ils se sont regroupés progressivement comme une profession à part entière jusqu'à la charte médicale de 1927 qui pose encore aujourd'hui les fondements de la médecine libérale (liberté de choix de son médecin traitant, liberté d'installation, secret médical, liberté tarifaire, contrôle des malades par l'assurance maladie). (2)

## **1.2 Les nouveaux enjeux de la médecine libérale depuis les années 2000 :**

### **1.2.1 Une répartition inégale des médecins libéraux sur le territoire :**

Dès les années 2000, les élus alertent sur l'inégale répartition des professionnels de santé et notamment des médecins libéraux sur le territoire entraînant de facto une inégale répartition de l'accès aux soins premiers (rapport Berland de 2002).(3)

Cette inégale répartition s'explique principalement par le manque d'attractivité de ces zones pour les médecins généralistes : en parallèle de cette désertification médicale, ces zones ont connu une désertification des différents services de l'Etat (écoles, poste, police, justice, crèches...) mais aussi une désertification commerciale. Les nouveaux médecins généralistes sont réticents à s'installer dans ces territoires sous-dotés qui fleurissent progressivement. De plus, la réticence s'explique également par un isolement professionnel et une obligation de permanence et de continuité des soins plus contraignante du fait du manque de professionnels.

De plus, la nouvelle génération de médecins libéraux aspire à un mode de vie professionnel différent de leurs aînés qui intègre un cadre familial et environnemental favorable.

Ces nouvelles dynamiques poussent les professionnels de santé à se regrouper et à coopérer pour améliorer leurs conditions de travail (aménagement des horaires et volumes de travail, coopération autour des prises en charge complexes...). L'exercice coordonné apparaît alors comme un confort à l'activité médicale.

### **1.2.2 Un vieillissement de la population :**

En 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Même si elle a légèrement reculé depuis 2019, l'espérance de vie à la naissance a considérablement augmenté depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Au 1er janvier 2023, en France, 21,3 % des habitants ont 65 ans ou plus. Cette proportion augmente depuis plus de trente ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du babyboom. (4)

Une espérance de vie plus longue représente alors un risque accru de développer une maladie chronique (définition de l'OMS : une maladie chronique est une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois). Ces maladies chroniques entraînent de nombreuses conséquences pour les patients notamment une dégradation de la qualité de vie et de l'autonomie complexifiant grandement la prise en charge des patients par les professionnels de santé.

Dès lors, le suivi de patients atteints de maladies chroniques est une charge mentale importante pour le médecin généraliste. Une prise en charge pluridisciplinaire devient donc une priorité pour ce type de patients (médecin traitant, médecin spécialiste d'organe, infirmier, kinésithérapie, assistante sociale...).

Ces nouvelles problématiques font pression sur le système de santé actuel. Ces nouveaux enjeux exposés ci-dessus nécessitent alors un exercice coordonné et coopératif de la médecine de soins premiers entre les différents intervenants (sanitaires, sociales et médico-sociales, privées et publiques).

Les politiques publiques vont donc s'emparer de l'exercice coordonné et vont le présenter comme une solution majeure permettant de lutter contre l'accroissement des inégalités d'accès aux soins.

### **1.3 Un système de santé en pleine réforme : de la création du statut de MSP aux différentes innovations mises en place**

En France avant les années 2000, l'exercice de la médecine générale est principalement isolé avec l'image du médecin exerçant seul dans son cabinet. Localement, de façon indépendante, des initiatives sont prises par certains professionnels de santé pour rassembler leurs compétences et leurs moyens pour faire face aux changements de plus en plus importants de la démographie médicale.

Les modifications profondes de la société et de la démographie médicale ont entraîné une désertification médicale progressive ce qui a donc poussé les politiques à légiférer pour réorganiser le système de soins premiers en France.

En 2007, dans son rapport d'information sur la démographie médicale, le sénateur Jean-Marc Juilhard pointe le risque de pénurie de médecins généralistes dans les vingt prochaines années. Il formule alors plusieurs propositions inspirées d'initiatives déjà présentes sur le terrain au niveau local et notamment : la création d'un label « maison de santé » (regroupement de médecins et auxiliaires médicaux travaillant en coopération pour une approche pluridisciplinaire du patient). Il préconise également la mise en place de dispositifs d'aide à leur fonctionnement et la création d'un contrat propre aux maisons de santé pour leur permettre de réaliser des actions de santé publique ou d'éducation thérapeutique. (5)

Le terme de maison de santé pluriprofessionnelle apparaît pour la première fois dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 avec la mise en place des expérimentations de nouvelles modalités de rémunération (ENMR) qui ont pour but de promouvoir la création de ces maisons de santé. (6)

La définition officielle des MSP est alors introduite dans le code de la Santé Publique à l'article L6323-3 : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre les professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ». (7)

La définition est approfondie dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux ». (8)

Dans la loi Fourcade de 2011, des précisions sont apportées à ce concept. Elle crée surtout le statut juridique de « structure interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ». Les MSP reçoivent des financements essentiellement régionaux et les redistribuent aux membres de la SISA. (9)

En juillet 2010, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) émet une circulaire visant à développer 250 MSP dans des territoires ruraux jugés déficitaires sur le plan

médical. Elle émet alors un cahier des charges national à respecter pour bénéficier de ces aides : il s'agit du projet de santé. C'est l'élément obligatoire conclut entre le représentant de la MSP et l'agence régionale de santé (ARS) pour permettre de délivrer le label « maisons de santé ».

Puis, lors de la décennie suivante jusqu'à nos jours, les différents gouvernements ont amplifié le développement de l'exercice coordonné comme la solution principale à la désertification médicale.

Les pouvoirs publics tentent de diminuer la charge de travail reposant sur les médecins pour la répartir sur d'autres professionnels de santé via la création de nouveaux métiers de la santé par exemple et ainsi permettre de dégager du temps médical au bénéfice de la population.

Ainsi, l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Certains protocoles comme le protocole ASALEE existe depuis 2004 mais connaît depuis les années 2010 un important soutien de l'Etat et un développement national au sein des MSP.(10)

Il s'agit d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique en équipe de soins premiers au service du patient. Leur mission est d'assurer une éducation thérapeutique personnalisée auprès des patients sur les thèmes du diabète, des risques cardiovasculaires, de la BPCO ou de l'asthme, des troubles du sommeil, du repérage des troubles cognitifs, du dépistage précoce de l'enfant en surpoids et de l'accompagnement au sevrage tabagique. (11)

En 2018, la loi de modernisation du système de santé introduit le concept d'infirmier en pratique avancée et crée le diplôme correspondant. Il s'agit d'une nouvelle coopération entre un médecin généraliste et un IPA qui lui délègue après accord, le suivi patients avec pathologies chroniques stabilisées. L'IPA se voit attribuer des compétences élargies notamment celui de diagnostiquer et de prescrire des médicaments ou dispositifs médicaux définis par la loi. (12)

Dernièrement, l'accélération de l'exercice coordonné est confirmée par la stratégie Ma Santé 2022 promue par le Ministère de la Santé et de la Solidarité.

Il y est clairement explicité la phrase suivante :

**« 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 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Pour redonner du temps aux médecins pour soigner, Ma Santé 2022 va aussi s'appuyer sur de nouvelles fonctions d'assistant médical qui pourront assumer des tâches administratives et soignantes. La pratique avancée infirmière répondra elle aussi à cet enjeu de libérer du temps médical et ouvrira par ailleurs de nouvelles possibilités pour accompagner les patients, notamment ceux parmi les plus fragiles ou atteints de maladies chroniques ».** (13)

La maison de santé pluriprofessionnelle deviendra donc probablement la norme dominante pour l'exercice de la médecine générale dans les années à venir.

Dernièrement, c'est la loi RIST « visant à améliorer le système de santé » qui accélère le développement de l'exercice coordonné et la coordination entre professionnels de santé : elle élargit les compétences des professions paramédicales (renouvellement d'ordonnance par les pharmaciens, prescriptions plus larges pour les podologues, les infirmiers ou les IPA), elle prévoit un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes ou aux IPA exerçant notamment dans les MSP. Elle renforce également les protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Cette proposition de loi n'est pas abordée dans le questionnaire car postérieure à sa réalisation.

Le Ministre de la santé actuel, François Braun, dans une de ses dernières déclarations rappelle l'objectif principal de 4000 MSP sur le territoire français dans les années à venir.

#### **1.4 Différentes formes d'exercice coordonné :**

Il existe plusieurs formes d'exercice coordonné : la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) qui nous intéresse ici ; l'autre forme prédominante est le centre de santé : ils regroupent des professionnels de santé qui y exercent comme salariés et sont gérés soit par les collectivités territoriales, soit par des associations ou par des assureurs de santé.

Il existe également des pôles de santé qui ressemblent aux MSP dans leur composition et leur mission (regroupement de professionnels de santé autour d'un projet commun avec des missions de prévention et d'éducation thérapeutique) mais les professionnels exercent le plus souvent sur des lieux différents. Un pôle de santé peut réunir des structures aussi variées que des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

## **2 Organisation des soins de premiers recours dans d'autres pays ou régions françaises :**

### **2.1 Aux Etats-Unis :**

Au début des années 2000, une réflexion majeure se met en place aux Etats-Unis sur la qualité des soins premiers. Les critiques sont de plus en plus importantes envers des soins devenus inadéquats face aux changements de société et démographie médicale. La médecine de soins premiers est organisée pour répondre ponctuellement à la demande des patients, demande motivée par les signes ressentis de l'épisode aigu. Or elle devient donc inadaptée pour prendre en charge l'explosion des maladies chroniques dont la part dans les soins est de plus en plus grande.

Ces réflexions ont conduit les pays anglo-saxons à l'élaboration d'un schéma qui devient une référence dans la prise en charge des maladies chroniques : « *le chronic care model* ».

Ce modèle repose sur 6 composantes dépendantes : les professionnels de santé doivent mobiliser des ressources communautaires, la qualité de la prise en charge doit être valorisée, les patients doivent être les acteurs principaux de leur santé, une organisation en équipe est nécessaire avec un partage clair du travail, les soins doivent être planifiés et organisés à partir de protocoles de soins, un système informatisé permet de gérer les soins.

Ces recommandations du « *chronic care model* » vont alors être mises en place au sein des cabinets médicaux à travers le projet de *PCMH (patient-centered medical home)*.

La définition de *PCMH* est alors adoptée par quatre associations de médecins américains. Il s'agit d'un label avec 31 critères dont peut se prévaloir les cabinets médicaux de ville. Ils sont évalués par le *NCQA (national comitee for quality assurance)*.

On retiendra que *la PCMH* vise à promouvoir un mode d'exercice de la médecine de premier recours fondé d'une part sur le travail en équipe sous l'autorité du médecin et d'autre part sur l'utilisation intensive des nouvelles technologies de la communication et de l'information. (14)

## **2.2 En Allemagne, les *MZV (Medizinische Versorgungszentren)*:**

Un *MVZ* est un centre de soins ambulatoires pluridisciplinaires soumis à l'autorisation de l'union des médecins conventionnés. Son projet médical est obligatoirement multidisciplinaire avec au moins deux médecins de spécialités différentes et formalisé par un programme de coordination entre les acteurs de soins. Les praticiens exercent en tant que médecins conventionnés libéraux ou salariés.

Les *MVZ* sont issus des anciennes « *Polikliniks* » de l'ex-Allemagne de l'est, des centres de santé de proximité qui regroupaient en moyenne une dizaine de médecins de spécialités différentes, des infirmières et un plateau technique d'imagerie, d'exploration fonctionnelle et d'analyses de laboratoire.

Ils peuvent être créés par des médecins libéraux, des hôpitaux, des pharmaciens, des centres médico-sociaux ou des collectivités territoriales.

Les *MVZ* se distinguent des cabinets privés par l'intégration possible de médecins salariés et l'association obligatoire d'au moins deux spécialités distinctes. Ils se différencient des polycliniques privées françaises par la taille et l'absence de lits. Les *MSP* et les centres de santé médicaux ou polyvalents en France sont les entités les plus comparables aux *MVZ* allemands.

Leur création officielle date de 2004 et leur nombre progresse fortement parallèlement à celui des *MSP* en France. La médecine générale et la médecine interne sont les deux spécialités les plus représentées au sein des *MVZ*. En 2013, on y retrouvait 6,4 médecins en moyenne. Leur répartition se fait sur l'ensemble du pays avec plus de la moitié se trouvant en zone urbaine. Il n'y a pas véritablement de règle de répartition sur le territoire.

La rémunération des prestations médicales dans un MVZ suit les mêmes règles que celles des médecins de ville. Cependant, les honoraires des actes médicaux sont revalorisés, ils prennent en compte le caractère pluridisciplinaire et intégré de la prise en charge.

Ils permettent donc de proposer une médecine de proximité en facilitant l'accès aux soins de premier et second recours, d'offrir des activités hospitalières en médecine de ville et de favoriser une médecine centrée sur le patient en renforçant la coordination pluriprofessionnelle interne et la coopération externe avec d'autres acteurs de soins. (15)

### **2.3 En Catalogne, un système basé sur les CSP :**

Le CSP (centre de soins primaires) constitue la base du système. Ils ont été développés à partir de la réforme de santé de 1986 qui inscrit les soins premiers et le médecin généraliste au cœur du système de soins.

L'une des spécificités du système catalan est, en effet, que l'accès aux soins a lieu au niveau du centre de soins primaires. C'est le médecin généraliste exerçant dans les CSP qui est toujours consulté en première intention, il a un rôle de « *gate-keeper* », orientant le cas échéant les patients vers des services de soins spécialisés.

Le territoire est divisé en zone de santé comportant de 5000 à 40000 habitants pour les zones les plus denses. Chaque zone de santé comporte au moins un CSP.

Le nombre de professionnels exerçant dans les centres de soins primaires est variable selon la taille de la zone desservie. Cela peut aller de 2 médecins généralistes et 3 infirmiers dans une zone rurale à une vingtaine de médecins et d'infirmiers dans une grande ville. Le nombre de professionnels de santé est fixé sur la base de ratios par habitant.

Ils proposent un éventail de soins important : soins communautaires, soins à domicile, prévention, médecine d'urgence, chirurgie mineure. Ils sont également des centres de formation et de recherche médicale. Ils privilégient la coordination et le travail d'équipe. De nombreux programmes de prise en charge des maladies chroniques ont été mis en place au sein des CSP. Les professionnels de santé y sont tous fonctionnaires et salariés. (16)

### **2.4 Etat des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Nouvelle-Aquitaine :**

En Mars 2022, L'Observatoire Régionale de la Santé de Nouvelle-Aquitaine publie une enquête réalisée auprès des structures de la région et des entretiens auprès des collectivités territoriales. Son objectif vise à réaliser l'état des lieux des MSP et des centres de santé pluriprofessionnels en Nouvelle-Aquitaine.

Cette étude cherchait notamment à décrire l'offre actuelle de soins dans la région, étudier leur fonctionnement, mesurer l'impact de l'installation de ces structures sur les territoires et apporter l'éclairage des élus et des collectivités sur l'apport des MSP.

Un questionnaire a été envoyé aux 201 MSP en fonctionnement de la région, puis après 2 relances 138 questionnaires ont été récupérés soit un taux de participation de 69%. (17)

## 2.5 Une enquête similaire en Occitanie :

En Mai 2019, l'Union régionale des professionnels de santé d'Occitanie publie une enquête quantitative sur l'état des lieux de l'exercice des médecins d'Occitanie en maisons de santé pluriprofessionnelles.

L'objectif est de faire également l'état des lieux de l'exercice en MSP après leur développement exponentiel. 4 objectifs principaux sont décrits dans l'enquête : réaliser un panorama de la diversité des MSP, analyser les obstacles rencontrés pour proposer des améliorations possibles, de réaliser une typologie des MSP de la région et de questionner la satisfaction des médecins travaillant au sein des MSP.

L'enquête s'est déroulée sous la forme de deux questionnaires (l'un pour décrire les MSP, l'autre pour mesurer la satisfaction des médecins) qui ont été transmis à l'ensemble des MSP de la région après un contact téléphonique systématique. 30 questionnaires ont été retournés soit une participation de 36%. (18)

## 3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France :

Le développement des structures d'exercice coordonné constitue une priorité du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France. A l'heure actuelle ce sont 221 MSP qui sont implantées et reconnues par l'ARS dans la région. (**Annexe 1**)

On retrouve 31 MSP dans le département de l'Aisne, 82 MSP dans le département du Nord, 19 MSP dans le département de l'Oise, 52 MSP dans le département du Pas-de-Calais et 37 MSP dans la Somme. (19)

Il n'existe pas d'enquête similaire à celle de la région Nouvelle-Aquitaine ou Occitanie pour les MSP de la région Hauts-de-France.

## 4 Objectif

Suite à la lecture de cette littérature, il m'a semblé important de faire un focus sur l'état des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France comme il a été fait précédemment pour les régions Occitanie et Nouvelle-Aquitaine.

L'objectif principal de ce travail est donc de dresser l'état des lieux de l'organisation et des innovations mises en place par les MSP de la région Hauts-de-France et de présenter l'importante diversité de ces installations.



# Matériel et méthodes

## 1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale.

Pour recueillir les données de cette thèse, nous avons établi un questionnaire avec réponses à la fois fermées ou ouvertes.

## 2 Elaboration du questionnaire et recueil des données :

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec la commission innovation et numérique de la fédération régionale des structures coordonnées des Hauts-de-France (FEMAS) de septembre 2021 à janvier 2022. Plusieurs réunions en distancielles avec des représentants de la FEMAS et le docteur TURI ont permis l'élaboration de ce questionnaire.

Il comprend 70 questions réparties en 6 catégories :

- Données d'identification (15 questions)
- Structuration du projet sur le territoire (17 questions)
- Modes de financement dérogatoires (10 questions)
- Outils numériques (14 questions)
- Cybersécurité des données de santé (4 questions)
- Nouveaux métiers et salariat (10 questions)

Il a été conçu via le logiciel Google Forms.

Il a été diffusé avec un texte introductif expliquant brièvement le contexte et le but de cette thèse. La diffusion s'est faite par mail via l'adresse électronique de la FEMAS des Hauts-de-France aux 197 MSP de la région reconnue par l'ARS au 16 décembre 2021.

La diffusion s'est faite en deux temps : une première diffusion mi-janvier 2022 permettant de recueillir 21 réponses considérées comme complètes puis une seconde diffusion identique à la première, début mars 2022 a permis de recueillir 14 réponses supplémentaire soit un total de 35 réponses sur les 197 MSP de la région.

Au 15 avril 2022, devant l'absence de nouvelles réponses 15 jours après la deuxième relance, il a été décidé de clôturer le recueil des données. L'ensemble des données ont été rassemblées dans un tableur Excel pour permettre leur analyse statistique.

## 3 Population étudiée :

### 3.1 Critères d'inclusion :

La population étudiée représente l'ensemble des maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Hauts-de-France. Un membre de la MSP était

amené à répondre au questionnaire, sa profession étant identifiée dans le questionnaire.

Les MSP ont été sélectionnées grâce à la liste disponible sur le site de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France qui en comptait 197 lors de la diffusion du questionnaire. Il s'agit donc des MSP du territoire ayant un projet validé à la date du 16 décembre 2021.

### **3.2 Critères d'exclusion :**

Les réponses incomplètes ou les doublons ont été exclus de la collecte des données. Il n'y a eu qu'un seul doublon recensé c'est-à-dire les professionnels de santé d'une MSP qui ont répondu deux fois au questionnaire.

## **4 Analyses statistiques :**

Les données ont été anonymisées et intégrées à un fichier Excel grâce au logiciel *Limesurvey*. Chaque item a été traité séparément en analyse univariée.

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités ont été exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

## **5 Cadre réglementaire :**

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.

# Résultats

## 1 Caractéristiques principales des MSP et des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire :

### 1.1 Qualité du répondant :

31 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, un masseur-kinésithérapeute, un infirmier/infirmière, un coordinateur administratif, un autre n'a pas précisé sa profession.

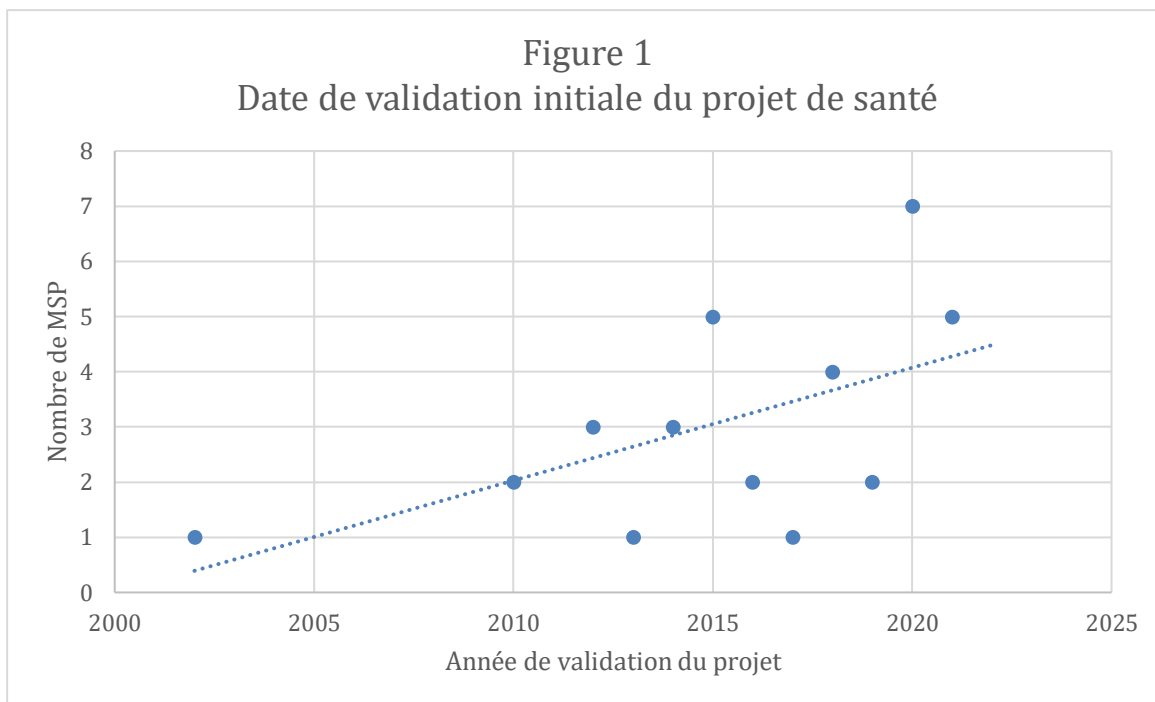
### 1.2 Commune d'implantation :

13 MSP (37,2%) sont implantées dans le département du Nord, 9 MSP (25,7%) dans le Pas-de-Calais, 5 MSP (14,3%) dans le département de la Somme et 4 MSP (11,4%) à la fois dans le département de l'Oise et de l'Aisne.

### 1.3 Date de validation initiale du projet de santé :

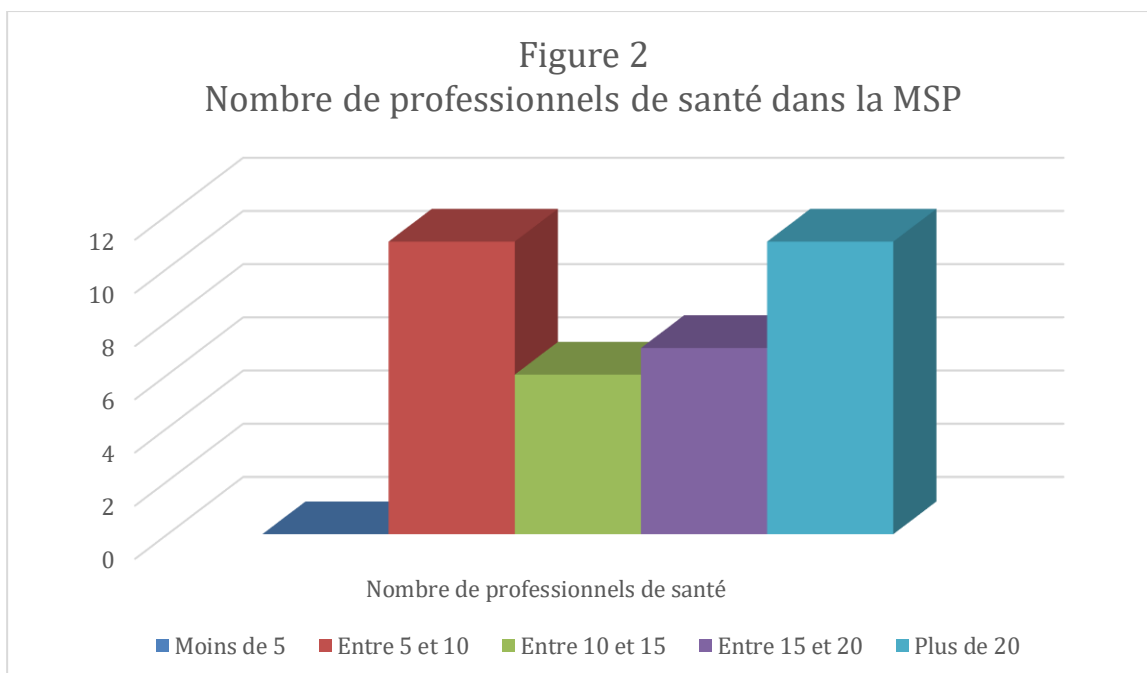
Les dates de validation s'échelonnent du 5 janvier 2002 pour la MSP Pôle Santé de Crécy-en-Ponthieu au 15 octobre 2021 pour la MSP Pôle Santé de Daours.

La médiane est de 2017 (2014 ; 2020). **Figure 1.**



#### 1.4 Nombre de professionnels de santé dans la MSP

11 MSP (31,4%) ont entre 5 et 10 professionnels de santé, également 11 MSP ont plus de 20 professionnels de santé, puis 7 MSP (20%) en ont entre 15 et 20 et 6 MSP (17,1%) en ont entre 10 et 15. **(Figure 2)**



## **1.5 Profession du leader**

32 leaders des MSP répondantes (91,4%) sont médecins généralistes, 2 leaders sont infirmiers/infirmières libéraux et 1 seul leader est diététicien.

## **1.6 Age du leader**

13 leaders ont entre 30 et 39 ans, 9 leaders ont entre 40 et 49 ans, 7 leaders ont entre 50 et 59 ans, 6 leaders ont plus de 60 ans.

## **1.7 Sexe du leader :**

23 leaders (65,7%) sont des hommes.

## **1.8 Année de début d'exercice du leader :**

La médiane de début d'exercice est de 2008 (1993,5 ;2013,5). Les dates s'échelonnent de 1984 à 2020.

## **1.9 Renouvellement du leader :**

11 leaders ne sont pas à l'origine du projet soit un renouvellement de 29,4% depuis la création de leur MSP.

**(Figure 3)**

Figure 3 : tableau des caractéristiques des leaders des MSP ayant répondu au questionnaire :

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Hommes	23	65,7%
Femmes	12	34 ,3%
Age		
20-29 ans	0	0
30-39 ans	13	37,1%
40-49 ans	9	25,7%
50-59 ans	7	20%
Plus de 60 ans	6	17,2%
Professions		
Médecin généraliste	32	91,4%
Infirmier/ière	2	5,7%
Diététicien	1	2,9%

La MSP type de ce questionnaire est une MSP du département du Nord, dont le projet de santé initial date de 2017, qui possède soit entre 5-10 professionnels de santé, soit plus de 20 professionnels de santé, dont le leader est un médecin généraliste, un homme entre 30 et 39 ans qui a débuté sa carrière en 2008.

## 2 Coordination au sein d'un territoire de santé :

### 2.1 Coopération interne :

27 répondants (79,4%), déclarent que le travail au sein de la MSP repose sur un collectif pluriprofessionnel.

Sur une échelle de 1 à 5 pour situer la bonne santé de l'équipe (d'un simple partage de locaux à un véritable projet commun) : 14 ont mis la note de 4 sur 5 (38,9%), 13 la note de 3 (36,1%). La note maximale a été donnée par 5 répondants tandis que personne n'a répondu la note minimale.

## 2.2 Structuration du projet sur le territoire :

### 2.2.1 Contrat local de santé :

24 MSP n'ont pas de contrat local de santé (80%).

### 2.2.2 Organisation en SISA :

34 MSP ont une organisation en SISA (97,1%).

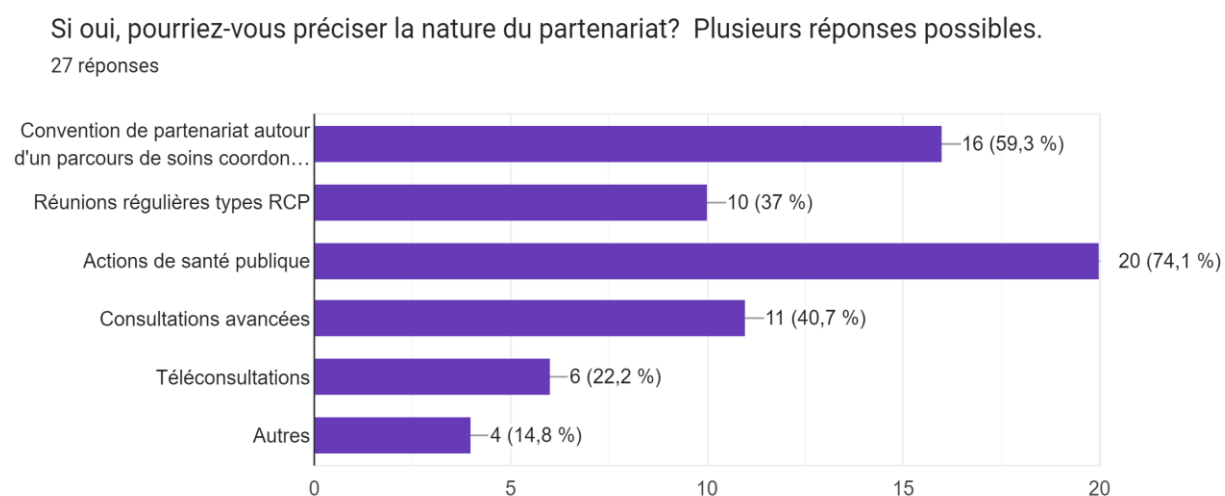
### 2.2.3 Liens avec les structures sanitaires du territoire :

Il y a 25 MSP (71,4%) qui ont des liens de coopération avec les autres structures sanitaires.

### 2.2.4 Nature du partenariat avec ces structures :

20 MSP (74,1%) organisent des actions de santé publique avec les acteurs de santé du territoire. 16 MSP (59,3%) ont un partenariat autour d'un parcours de soins coordonnés. 11 MSP (40,7%) organisent des consultations spécifiques avancées, 10 MSP (37%) des réunions type RCP. **(Figure 4)**

**Figure 4**



### 2.2.5 Adhésion à une CPTS :

18 répondants (51,4%) adhèrent à une CPTS. 22 MSP (62,9%) participent à la dynamique CPTS de leur territoire. **Annexe 3**

Seul 3 MSP (8,6%) appartiennent à un GCS (groupe de coopération sanitaire).

### 2.2.6 Terrain de professionnalisation ou de stage :

32 MSP accueillent des externes ou internes dans le cadre du parcours études de santé, 25 MSP accueillent des étudiants infirmiers, 9 MSP forment des futurs IPA, 8 MSP accueillent des futurs coordinateurs de santé et 6 MSP sur 35 accueillent des assistants médicaux en formation.

### 2.2.7 Formation aux pratiques innovantes :

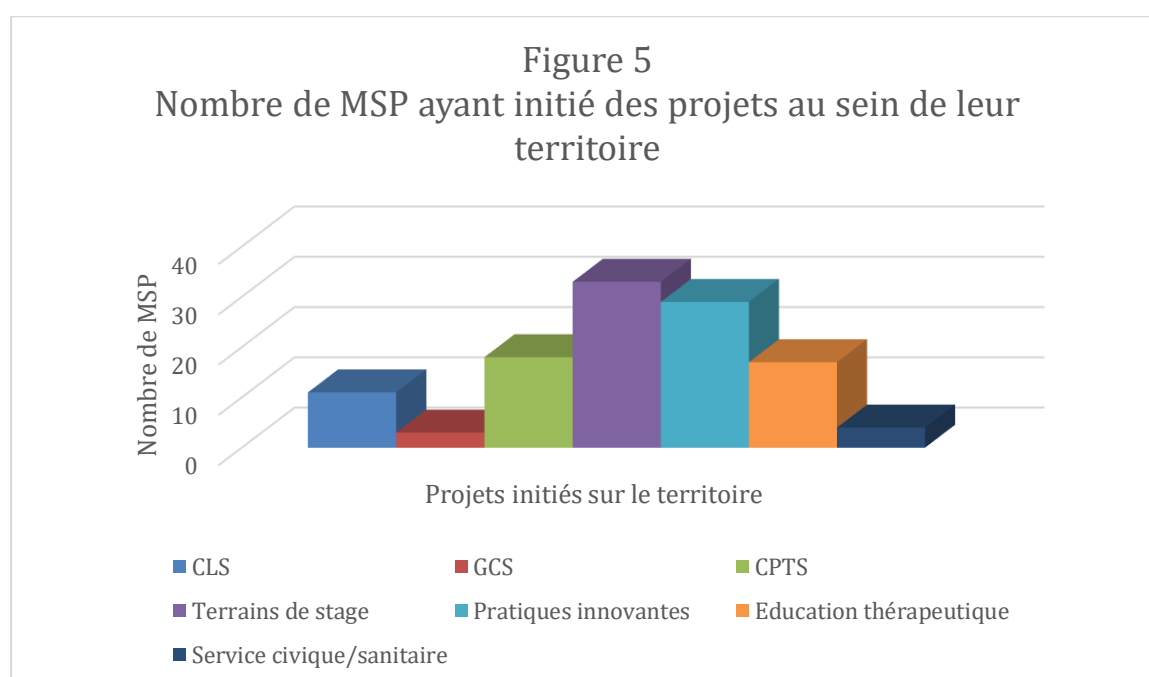
29 MSP (82,9%) engagent des professionnels formés aux pratiques innovantes. Ces pratiques innovantes concernent l'utilisation d'un ECG pour 15 MSP, le dépistage de l'apnée du sommeil pour 14 MSP, la pratique de l'échographie pour 9 MSP et l'utilisation de la dermoscopie pour 6 d'entre elles.

### 2.2.8 Equipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique :

17 MSP (48,6%) ont une équipe d'ET et 10 MSP ont répondu qu'elle était en cours de formation. Parmi ces 17 MSP, 16 en ont une sur la thématique du diabète., 6 sur celle de l'obésité et 5 sur celle de la BPCO.

### 2.2.9 Organisme de formation pluriprofessionnelle :

Seul 2 MSP sont affiliées à un OFP. **(Figure 5)**



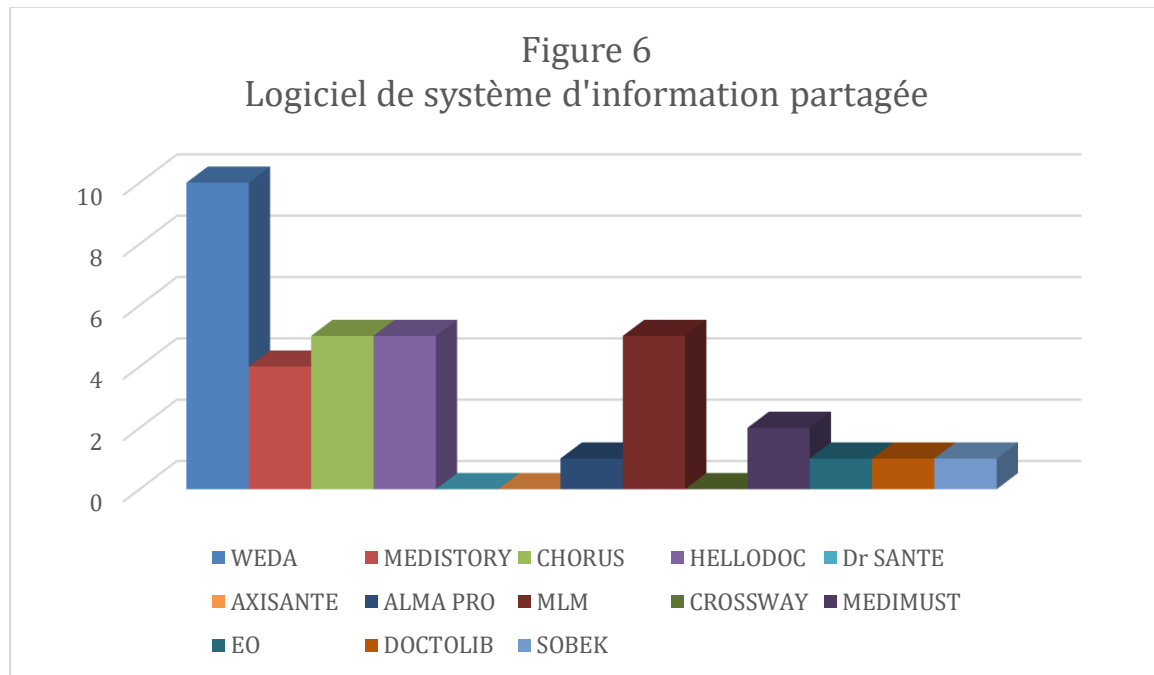
## 3 Outils numériques et informatisation :

### 3.1 Système d'information partagé :

10 MSP (28,6%) possèdent le logiciel WEDA, 5 MSP ont le logiciel CHORUS, 5 MSP ont le logiciel HELLODOC, 5 MSP le logiciel MLM, 4 MSP le logiciel MEDISTORY et 2 MSP le logiciel MEDIMUST. **(Figure 6)**.



Figure 6  
Logiciel de système d'information partagée



### 3.2 RGPD :

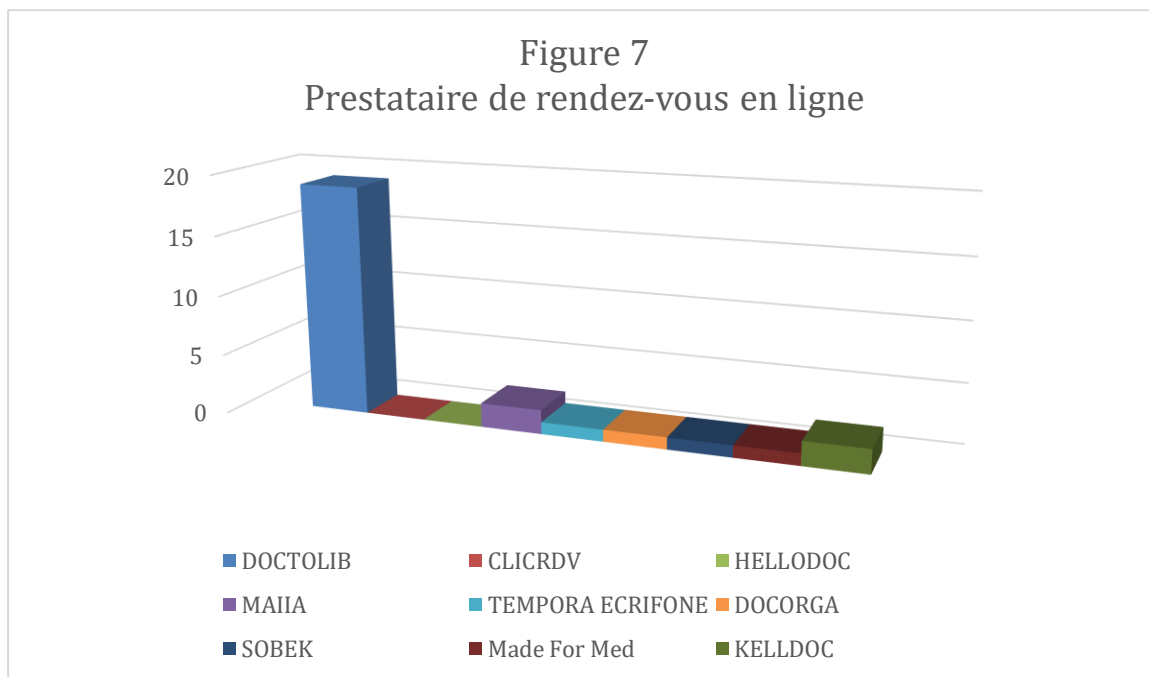
12 MSP (34,3%) ont rédigé un RGPD (registre de traitements des données sensibles).

Sur ces 12 MSP, le rédacteur du registre est soit un coordinateur de la structure pour 5 MSP soit un prestataire externe pour 5 autres MSP.

### 3.3 Prestataire de rendez-vous en ligne :

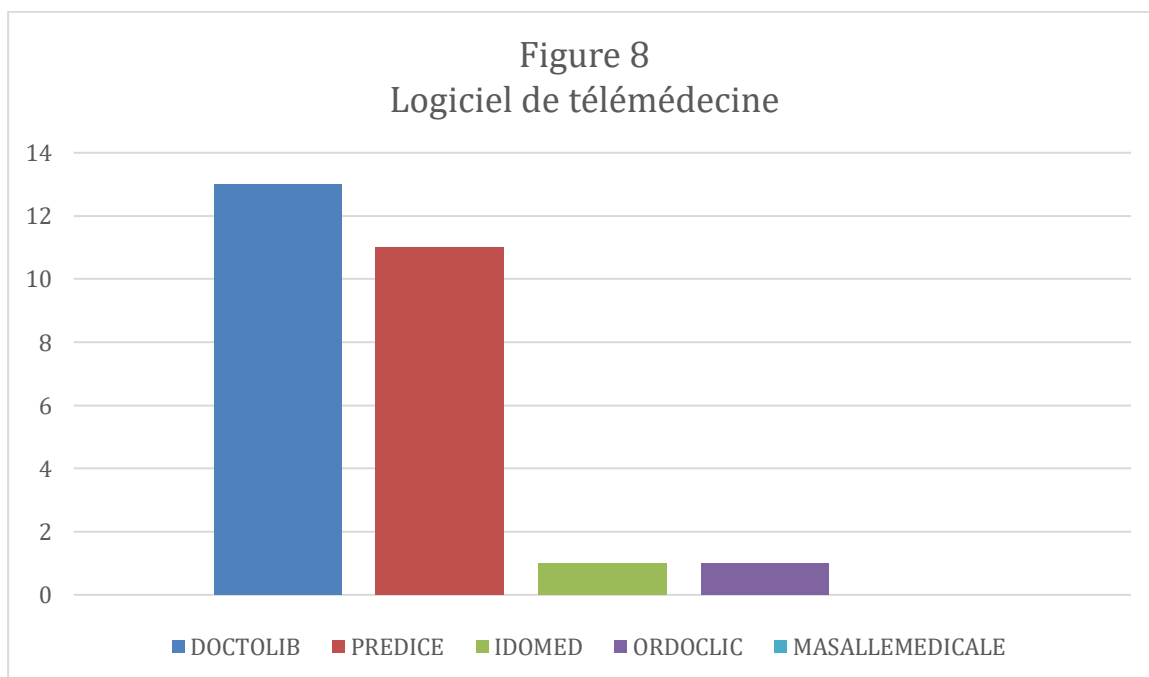
26 MSP (74,3%) ont un prestataire de rendez-vous.

Parmi celles qui en ont un, 19 MSP (54,3%) utilisent Doctolib. **(Figure 7)**



### 3.4 Télémédecine :

25 MSP (71,4%) proposent de la télémédecine. Parmi elles, 13 MSP utilisent Doctolib et 11 MSP utilisent PREDICE. **(Figure 8)**.



### 3.5 Objets connectés :

8 MSP utilisent des objets connectés pour l'exercice médical quotidien. Il s'agit d'un ECG pour 7 d'entre elles, d'un stéthoscope pour 2 d'entre elles et une seule MSP utilise soit un dermoscope, un otoscope ou un rétinographe.

### 3.6 Fibre optique :

22 MSP (62,9%) sont équipées de la fibre optique.

### 3.7 Cybersécurité et protection des données de santé :

21 MSP (60%) ont désigné un responsable informatique.

26 MSP (74,3%) ont équipé tous leurs postes d'un antivirus.

30 MSP (85,7%) font des mises à jour régulières de leur système d'exploitation.

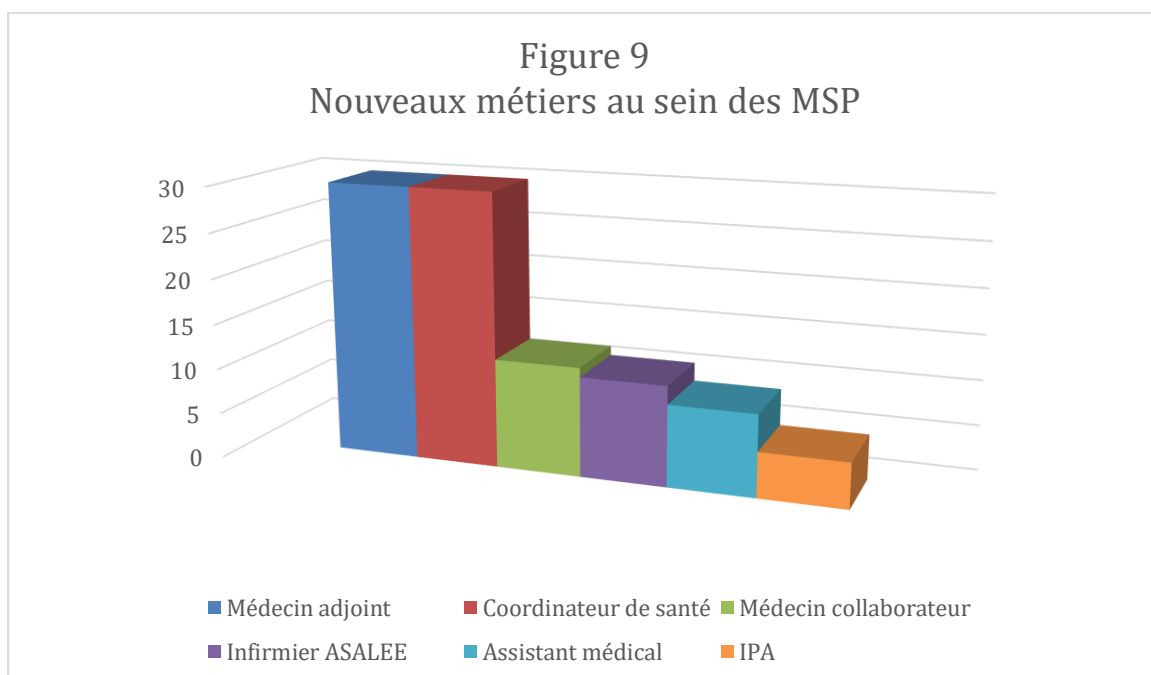
## 4 Pluriprofessionnalité :

### 4.1 Nouveaux métiers et salariats :

Seules 5 MSP (14,3%) ont engagé un médecin adjoint.

30 MSP (85,7%) ont un coordinateur de santé : pour 11 MSP il s'agit d'un salarié de la SISA, pour 10 MSP d'un professionnel de santé de l'équipe, pour 7 MSP d'un auto-entrepreneur.

On retrouve un médecin collaborateur dans 12 MSP (34,3%), un/une infirmière ASALEE dans 11 MSP (31,4%), un assistant médical dans 9 MSP (25,7%), un/une IPA dans 5 MSP (14,3%). **(Figure 9)**



Dans les années à venir, 8 MSP envisagent d'accueillir un/une IPA, 7 MSP un/une infirmière ASALEE et 6 MSP un médecin adjoint.

### 4.2 Gestion des ressources humaines :

Les ressources humaines sont gérées par le gérant de la MSP pour 27 maisons de santé (77,1%).

## **5 Modes de financements dérogatoires :**

### **5.1 ACI :**

32 MSP (91,4%) adhèrent à l'ACI.

### **5.2 Protocoles de coopération type article 51 :**

Lors de la diffusion du questionnaire, ces différentes modalités font encore partie de protocoles de coopération.

13 MSP (37,1%) ont mis en place un tel protocole. Les thématiques les plus retrouvées sont : les lombalgies aiguës concernent 7 MSP, puis les cystites, les angines et les rhinites allergiques ont obtenu 4 réponses chacune.

### **5.3 Expérimentation professionnelle sur un projet article 51 :**

7 MSP expérimentent le projet ASALEE dont les thématiques majoritaires sont le diabète pour 7 MSP, la BPCO et le risque cardiovasculaire pour 6 MSP et les troubles cognitifs pour 5 MSP.

1 seule MSP expérimente un projet type IPEP.

### **5.4 Expérimentation d'exercice coordonné au sein d'un projet type article 51 :**

5 MSP expérimentent un projet Lab Parcours, 2 MSP le parcours Nutri'Age et 1 seule MSP le parcours Retrouve ton Cap.

### **5.5 Programme ARS, FEDER ou FIR :**

10 MSP ont adhérées à un programme cofinancé ARS, FEDER ou FIR dont 9 d'entre elles à la télé-expertise Dermato via Predice.

# Discussion

## 1 Discussion des résultats :

La maison de santé pluriprofessionnelle est depuis 15 ans, un des modèles dominant de l'organisation des soins premiers en France, promu par les élus et par une partie des professionnels de santé.

Depuis la toute première apparition du terme dans la loi HPST de 2007, le paysage médical des MSP a fortement évolué avec une augmentation exponentielle en nombre, taille, fonctions, compétences, prérogatives et devoirs sur tout le territoire national.

Aujourd'hui, le développement rapide des MSP sur le territoire et notamment dans la région Hauts-de-France, a entraîné une diversité locale importante sur de nombreux aspects des soins premiers (accès aux soins, actions de coordination, innovations médicales, informatisation, nouveaux métiers de la santé...). Dès lors, de nombreuses associations ou collectivités ont cherché à collecter de nombreuses données sur les MSP pour tenter d'apporter une meilleure visibilité sur leur fonctionnement et de faire émerger les besoins et les manques dans leur développement.

On peut noter l'enquête de l'URPS des médecins libéraux d'Occitanie publiée en mai 2019 ou celle d'ORS de Nouvelle-Aquitaine publiée en 2021.

Il n'existe pas à ce jour, d'état des lieux des MSP des Hauts-de-France dans la littérature, c'est pourquoi cette thèse permet d'initier un premier aperçu de leur développement dans la région.

### 1.1 Implantation des MSP :

Au moment de la diffusion du questionnaire, la région comptait 200 MSP reconnues par l'ARS. A la réception des réponses, elle en comptait 204.

Les MSP répondantes sont bien réparties sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France malgré le fait que plus de la moitié d'entre elles se situe dans le Nord et le Pas-de-Calais (62,9% des répondants). Au 31 janvier 2023, il existait 221 MSP en activité dans la région dont 61% dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. L'effectif des répondants est donc comparable à la situation régionale. (19)

## Annexe 4

Les maisons de santé répondantes sont également bien réparties en ce qui concerne les bassins de population. Quand on regarde la carte de densité de population de la région réalisée par la DREAL Hauts-de-France en 2017 selon les sources de l'INSEE, on constate que 15 MSP se situent dans une zone de forte densité de population (de 500 à plus de 10000 habitants au km<sup>2</sup> correspondant à une métropole

et son agglomération) et 20 MSP (57,1%) se trouvent en zone de faible densité de population équivalent à une zone rurale. La répartition semble donc égale et permet une meilleur représentativité des résultats. (20)

En Occitanie, ce sont 73% des MSP répondantes qui se trouvent en zone rurale, une participation beaucoup plus forte mais la densité de population en Occitanie est de 82 habitants/km<sup>2</sup> contre 189 habitants/km<sup>2</sup> pour les Hauts-de-France. La part de la ruralité est donc plus forte en Occitanie ce qui explique cette différence. (18)

Elle pourrait entraîner des variations dans les caractéristiques et le fonctionnement des MSP entre ces deux régions.

## **Annexe 5**

A l'échelle nationale un « zonage des médecins généralistes » a été élaboré pour permettre d'identifier les territoires où l'accès à un médecin généraliste est le plus difficile.

Pour déterminer le zonage, la méthodologie nationale repose principalement sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle localisée (APL) qui est calculé chaque année par la DREES, en considérant notamment l'activité par praticien (nombre de consultations ou visites effectuées dans l'année), le temps d'accès au praticien et la consommation de soins par classe d'âge. Dans les Hauts-de-France, il existe 3 zones distinctes : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les zones d'actions complémentaires (ZAC), ainsi qu'une catégorie supplémentaire de zone créée spécifiquement par l'ARS HDF : les zones d'accompagnement régional (ZAR). (21)

Chaque zone représente une difficulté croissante d'accès aux soins premiers pour la population. Les médecins généralistes installés dans ces zones bénéficient alors d'aides financières délivrées par l'ARS HDF, l'Assurance Maladie ou le ministère de la Santé.

En ce qui concerne les MSP répondantes, 14 MSP se trouvent dans une zone sans spécificité, 9 MSP dans une ZAC, 7 MSP dans une ZAR et 5 MSP dans une ZIP soit 60% de MSP répondantes se trouvant dans un territoire concerné par les aides financières.

En Occitanie, 63% des MSP ayant répondu à l'enquête se trouvent dans ce même type de territoire. Leur dernier zonage date de 2018, la même méthodologie a été employée pour l'élaborer puisqu'elle est commune sur l'intégralité du territoire. (18)

Dans l'étude publiée en 2017, sur l'état des lieux de l'ensemble des MSP du territoire d'après une enquête de la DGOS parue en 2014, 45% des MSP se trouvent en zone rurale et seulement 35% dans une zone prioritaire selon le schéma de l'époque. (22)

L'échantillon des MSP ayant répondu permet donc de bien représenter les différents types de territoires de la région.

Les dates de validation initiale des projets de santé (création de la MSP) s'échelonnent de 2002 pour la MSP du pôle santé de Crécy-en-Ponthieu jusqu'en octobre 2021 pour la MSP de Daours soit une durée de 20 ans environ. Une seule MSP est créé en 2002 puis il faut attendre l'année 2010 pour la seconde MSP et les suivantes. Les créations augmentent progressivement pour culminer à 7 MSP en 2020. La médiane est de 2017.

En Occitanie, les MSP ayant répondu ont été créés entre 2008 et 2018 avec la même augmentation exponentielle et un maximum de création sur les années 2016 et 2017 (37% des MSP). (18)

En Nouvelle-Aquitaine, une première création s'est faite en 2005 dans les Deux-Sèvres. Il faut attendre 2012 et 2013 pour voir les premières créations dans les départements de Gironde et de Lot-et-Garonne. On retrouve comme dans notre région, la création d'une MSP « précurseur » plusieurs années avant la vague d'ouverture des autres MSP. (17)

On retrouve ce fait dans l'étude de 2017 où toutes les MSP répondantes ont été créés entre 2009 et la date de rédaction de l'étude, sauf 2 MSP (l'une en 1989 et l'autre en 2005). (22)

Cette augmentation exponentielle de la création des MSP dans la région et toute la France est sûrement due à la multiplication des aides financières et administratives et à l'attrait grandissant des professionnels de santé pour l'exercice coordonné.

La taille de l'effectif des MSP répondantes varie : on a à la fois 31,4% des MSP qui ont entre 5 et 10 professionnels de santé et 31,4% des MSP qui ont plus de 20 professionnels de santé.

Dans les autres études, les effectifs varient également beaucoup : dans l'étude de 2017, 19% des MSP ont au moins 20 professionnels de santé. En Occitanie la plus petite MSP comporte 3 professionnels de santé et la plus grande en comporte 41. Aucune MSP répondante ne comporte moins de 5 professionnels de santé dans la région. On note dans ces études une augmentation progressive et une diversification importante du nombre de professionnels exerçant au sein des MSP ce qui est probablement le cas également dans notre région. (18)

Les autres études détaillent également les différentes professions de santé au sein des MSP (médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmières, pédicure-podologues, diététiciens, psychologues...). Dans notre étude, il aurait été également intéressant de détailler les différentes professions de santé représentées.

## **1.2 Notion de leader et caractéristiques :**

Le terme de leader a été choisi en concertation avec les membres de la FEMAS qui ont pris part à l'élaboration du questionnaire. Ils nous semblaient le plus approprié pour décrire la personne qui porte la responsabilité principale du fonctionnement de la MSP et de l'application du projet de santé.

Même si le concept de MSP repose sur la coordination et l'exercice en groupe, la présence d'un leader semble évidente pour la cohésion et le bon fonctionnement de l'équipe. Toutes les MSP répondantes ont d'ailleurs un leader qui doit sûrement être la personne ayant pris une part importante dans sa création.

La définition du leader dans le dictionnaire est : chef, porte-parole. C'est dans ce sens que le terme est peut-être mal employé car le leader n'est aucunement le chef ou le patron de la MSP, il interagit à niveau égal avec les autres membres. Le terme de responsable aurait peut-être été plus approprié. Quoi qu'il en soit le terme de leader est également employé dans l'étude des MSP d'Occitanie.

Le profil type du leader des MSP répondantes est un médecin généraliste, d'un âge entre 30 et 39 ans, de sexe masculin et dont l'année médiane de début d'exercice est de 2008. On retrouve donc un profil de création récente des MSP (2017) avec des leaders assez jeunes.

D'après le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la démographie médicale de 2022, la moyenne d'âge des médecins généralistes du département du Nord et de l'Oise est de 48,5 ans, de 49,3 ans pour le Pas-de-Calais, de 50,9 ans pour le département de l'Aisne et de 52 ans pour le département de l'Oise. Dans le questionnaire, 63% des leaders affirment avoir moins de 50 ans, on a donc une population de leaders bien plus jeunes que la moyenne régionale. Cette tendance est toujours confirmée par l'attrait grandissant des jeunes médecins pour l'exercice en groupe.

Les femmes représentent 45,2% des effectifs de l'ensemble des médecins en 2022. Pourtant ici parmi les leaders des MSP répondantes : 34,3% sont des femmes soit un effectif bien inférieur à la moyenne nationale. La féminisation de la profession permettra sûrement d'augmenter ce pourcentage dans les années à venir. (23)

Enfin, environ 1/3 des MSP ont renouvelé leur leader (celui actuel n'est pas à l'origine du projet), pour la plupart des MSP créés avant 2015.

### **1.3 Projet de santé et mise en œuvre :**

Le projet de santé d'une MSP comporte 2 parties distinctes : un projet professionnel (organisation des professionnels au sein de la MSP et un projet de soins (organisation de la prise en charge des patients). Il est élaboré à partir d'un cahier des charges qui diffère selon la région. Il est soumis à validation par l'ARS.

La date médiane de validation initiale du projet de santé des MSP répondantes est de 2017. Un peu plus d'un tiers des MSP ont renouvelé leur projet de santé. Pour la plupart, dans un délai de 5 ans après sa mise en œuvre initiale pour palier l'intégration de nouveaux professionnels dans l'équipe. En Nouvelle-Aquitaine, 36% des MSP ont réactualisé leur projet de santé, essentiellement celles dont le projet de santé initial est antérieur à 2016. (17)

#### **1.3.1 La coordination pluriprofessionnelle :**

La bonne santé de l'équipe professionnelle est un des éléments clés du bon fonctionnement d'une MSP. C'est le fondement même du principe de l'exercice coordonné. Cette dimension est reprise dans le projet de santé lui-même et dans la matrice de maturité publiée par l'HAS. (24)

Près de 4 leaders sur 5 jugent que le travail au sein de leur MSP repose sur un collectif pluriprofessionnel ce qui est assez encourageant. Par contre, sur une échelle de 1 à 5 pour juger de la bonne santé de l'équipe, environ 50% des leaders mettent la note de 3 ou moins ce qui représente une vision mitigée de l'entente au sein de leur MSP.

Dans l'étude sur les MSP d'Occitanie, la distinction est faite entre la coordination clinique (qui concerne uniquement la prise en charge des patients) et le travail en équipe (qui concerne les relations entre les différents professionnels de l'équipe). Ainsi les répondants sont positifs en ce qui concerne la coopération clinique (RCP,



protocoles de coopération...) notamment 8 répondants sur 10 affirment que c'est un atout majeur pour la bonne prise en charge des patients. (18)

Les réponses sont plus mitigées en ce qui concerne le travail en équipe car 1 répondant sur 2 considère que le travail en équipe présente des difficultés particulières notamment dans la répartition des charges.

On peut considérer que dans notre étude, il s'agit également du travail en équipe qui est plus mitigé par rapport à la coordination clinique elle-même (réponse mitigée sur la bonne santé de l'équipe). Il serait intéressant de développer une thèse uniquement sur ce sujet pour permettre de mettre en lumière les aspects négatifs de la collaboration au sein des MSP de la région et apporter des solutions pour y remédier.

### **1.3.2 La coopération externe :**

En ce qui concerne la coopération externe, la MSP est incitée à participer au développement et à l'animation d'un projet de santé sur son territoire d'action concernant une population ciblée, en utilisant divers dispositifs et en développant des partenariats avec les autres acteurs du territoire.

Les résultats de l'enquête indiquent que 71,4% des MSP répondantes déclarent avoir des liens de coopération avec les structures sanitaires de leur territoire. Dans l'enquête des MSP en Nouvelle-Aquitaine, 80% des MSP déclarent également avoir des liens de coopération. L'enquête détaille également la part de MSP partenaires selon le type de structures et démontre une diversité importante (Pharmacie, EHPAD, Centre Hospitalier, PTA, SSIAD, MSP, PMI, Clinique Privée, Cabinet libéral, collectivités locales et territoriales...). (17)

Dans l'enquête de 2014, 40% des MSP déclaraient avoir des partenariats avec d'autres structures. En Occitanie, ce sont 53% des MSP qui affirment recevoir des financements via l'ACI pour des actes de coordination externe. (22)

Les résultats sont très variés d'une région à l'autre et d'une année à l'autre. Cela peut s'expliquer par la multiplicité des différents types de partenariats possibles qui complexifie beaucoup le positionnement des MSP.

En effet, les actions de partenariat peuvent revêtir différentes formes : 20 MSP mettent en œuvre des actions de santé publique, 16 MSP signent des conventions autour d'un parcours de soins coordonnés, 11 MSP accueillent des consultations avancées de médecins spécialistes dans leurs locaux, 10 MSP organisent des RCP régulières.

Le résultat diffère selon le type de partenariat mais aussi le type de structure avec une moins bonne représentation des centres hospitaliers en Occitanie (10 à 13% des MSP) alors qu'en Nouvelle-Aquitaine cet effectif s'élève à 50% environ. (17)

Ces enquêtes pointent le fait que la coopération externe n'est pas un enjeu principal du projet de santé initial des MSP mais apparaît souvent comme un projet pour les années à venir. Le manque d'un professionnel expérimenté dans ce type de démarche se fait sentir en Occitanie. (18)

### **1.3.3 Les dispositifs de territoire : CPTS et CLS :**

Seules 20% des MSP répondantes adhèrent à un contrat local de santé. Ils sont portés et développés par les ARS et permettent de répondre à un besoin spécifique

d'une population donnée en mettant en commun les différents moyens des acteurs de santé du territoire. On retrouve des taux de réponses similaires en Nouvelle-Aquitaine (25%) et en Occitanie (20%).

## **Annexe 6**

Voici le lien internet pour visualiser un exemple de contrat local de santé conclu dans l'agglomération urbaine de Lens-Liévin pour 2019-2023.

« [https://www.agglo-lenslievin.fr/?jet\\_download=83260](https://www.agglo-lenslievin.fr/?jet_download=83260) »

En ce qui concerne les CPTS, 1 MSP sur 2 y adhèrent. On compte à ce jour 61 CPTS dans la région : les MSP répondantes recouvrent 18 CPTS sur les 61. L'adhésion à une CPTS est soumise à un accord entre les professionnels de santé d'un territoire, l'Assurance Maladie et l'ARS autour d'un projet de santé regroupant 4 missions principales : faciliter l'accès aux soins des patients (accès à un médecin traitant et prise en charge des soins non programmés), organisation des parcours pluriprofessionnels des patients, organiser des actions de prévention et préparer un plan de réponses à des situations sanitaires exceptionnelles (crise du COVID-19...).

Les CPTS reçoivent des subventions de l'AM pour permettre leur bon fonctionnement. C'est un outil plébiscité par les professionnels de santé car en Nouvelle-Aquitaine 43% des MSP répondantes font partie d'une CPTS. A l'inverse seules 20% des MSP répondantes y adhéreraient en Occitanie. Peut-être que la promotion des CPTS par l'ARS et l'AM dans cette région est beaucoup moins développée. (17) (18)

Comme le CLS, le groupement de coopération sanitaire est peu plébiscité avec seulement 3 MSP répondantes qui ont intégrées ce type de groupement.

### **1.3.4 Les protocoles de coopérations type article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale :**

Ces protocoles permettent clairement de déléguer certaines tâches médicales initialement exercées par les médecins généralistes à d'autres professionnels de santé.

1 MSP sur 2 ont mis en place des protocoles de coopération, le plus fréquent étant le protocole sur les lombalgies aiguës prises en charge par les kinésithérapeutes (7 MSP répondantes dans la région).

Par contre les autres protocoles sont beaucoup moins plébiscités. Seules 7 MSP adhèrent à un protocole ASALEE avec comme thème principal le suivi du patient diabétique, le suivi d'un patient tabagique à risque de BPCO, et le suivi d'un patient à risque cardiovasculaire.

7 MSP expérimentent un protocole d'exercice coordonné. Pour 5 MSP il s'agit du Lab'Parcours coordonné par le CHU de Lille. 2 MSP ont intégré le Parcours Nutri-Âge, 1 MSP le Pr'Agil'Lab et 1 autre la mission Retrouve ton Cap.

## **1.4 Statut juridique et financement :**

Depuis sa création en 2009, le statut juridique est de la SISA est de loin le plus représenté avec 34 MSP sur 35 qui y adhèrent. Seule la SISA peut permettre aux MSP d'avoir le droit aux nouveaux modes de rémunération ce qui explique son quasi-monopole. Trois autres formes présentent avant 2009 existent également (la

société civile de moyens SCM, l'association loi 1901 et le GIE, groupement d'intérêt économique). En Nouvelle-Aquitaine, 89 MSP sur 131 avaient pour modèle une SISA et en Occitanie 80% des MSP. (17) (18)

La seule MSP n'adhérant pas à une SISA est l'Espace Santé Maurice Ravel à Amiens, créée en 2016, plutôt récente donc et en zone urbaine.

9 MSP sur 10 adhèrent à l'ACI qui est conditionné par l'adhésion au statut de la SISA. En Occitanie, 2/3 des MSP adhéraient à l'ACI et 63% des professionnels de santé répondants avaient une perception favorable de cet accord. Pour autant 49% le juge quand même contraignant. En Nouvelle-Aquitaine, ce sont les ¾ des MSP qui ont signé cet accord, la majeure partie des MSP non signataires ayant une forme juridique autre que la SISA. (17)

### **1.5 Terrain de stage :**

Dans notre région, 32 MSP (91%) accueillent des externes ou internes dans le cadre du parcours études de santé, 25 MSP (71%) accueillent des étudiants infirmiers, 9 MSP forment des futurs IPA, 8 MSP accueillent des futurs coordinateurs de santé et 6 MSP sur 35 accueillent des assistants médicaux en formation.

En Nouvelle-Aquitaine, 76% des MSP accueillent des stagiaires dans les domaines médicaux, paramédicaux, sociaux ou administratifs. 56% des MSP accueillent des stagiaires infirmiers. (17)

Dans l'étude de 2014, 1 MSP sur 2 répondantes accueillait déjà des étudiants en médecine et 1 MSP sur 4 des étudiants d'autres professions de santé. (22)

### **1.6 Pratiques innovantes :**

Les pratiques innovantes sont évoquées dans le cahier des charges pour la création du projet de santé d'une MSP. Elles ne sont pas détaillées précisément. Dans le questionnaire, elles font référence à l'utilisation d'appareils de diagnostics technologiques habituellement réservés à l'usage hospitalier avant la création des MSP.

29 MSP (82,9%) engagent des professionnels formés aux pratiques innovantes. Ces pratiques innovantes concernent l'utilisation d'un ECG pour 15 MSP, le dépistage de l'apnée du sommeil pour 14 MSP, la pratique de l'échographie pour 9 MSP et l'utilisation de la dermoscopie pour 6 d'entre elles.

En Occitanie, 56% des MSP répondantes possèdent un ECG, 8% des MSP pratiquent le dépistage de l'apnée du sommeil, 48% des MSP possèdent un échographe. Aucune notion de dermoscope n'est retrouvée. (18)

### **1.7 Education thérapeutique :**

17 MSP (48,6%) ont mis en place une équipe d'éducation thérapeutique et 10 MSP ont répondu qu'elles étaient en cours de formation. Parmi ces 17 MSP, 16 en ont une sur la thématique du diabète., 6 sur celle de l'obésité et 5 sur celle de la BPCO.

En Occitanie, 43% des MSP indiquent avoir mis en place des actions d'éducation thérapeutique auprès des patients, un effectif similaire à la région Hauts-de-France. (18)

Dans l'étude de 2014, seules 40 MSP sur 956 recensées affirment développer des actions d'éducation thérapeutique. (22)

## **1.8 Outils numériques :**

### **1.8.1 Logiciel santé :**

L'agence du numérique en santé référence 19 logiciels de gestion de cabinet médical en ville compatibles avec le Ségur du numérique en santé. Parmi les MSP répondantes, 34 ont un logiciel référencé dont les 3 plus retrouvés sont WEDA, Chorus et Hellodoc. 1 MSP a le logiciel SOBEEK qui n'est pas référencé. (25)

En Occitanie, 80% des MSP enquêtées disposent d'un système d'information (SI) en fonctionnement. Un tiers d'entre elles dispose de la solution WEDA. (18)

### **Annexe 7**

En Nouvelle-Aquitaine, 80% ont un logiciel pluriprofessionnel labélisé par l'ANS dont 20% pour WEDA, 18% pour MLM, 15% pour CHORUS, 11% pour Axisanté et 7% pour Hellodoc. (17)

WEDA reste le leader à ce jour dans 3 régions françaises.

Le registre général sur la protection des données (RGPD) concernent toutes organisations publiques ou privées qui traitent des données personnelles pour son compte ou non. Une MSP est donc directement concernée, pourtant seules 12 MSP (34,3%) ont rédigé un RGPD (registre de traitements des données sensibles).

Sur ces 12 MSP, le rédacteur du registre est soit un coordinateur de la structure pour 5 MSP soit un prestataire externe pour 5 autres MSP.

Il y a donc un travail important de communication à l'égard des MSP de la région pour sensibiliser à la protection des données qui est un enjeu majeur pour les années à venir. Le manque de temps pour les professionnels de la structure peut être l'un des freins principaux à la rédaction du registre, c'est pourquoi il faudrait mettre l'accent sur des aides humaines et financières pour engager une personne extérieure référente.

On note que 21 MSP soit un peu moins des 2/3 déclarent avoir désigné un responsable informatique. Seules 2 MSP n'ayant pas rédigé de RGPD n'ont pas de responsable informatique.

### **1.8.2 Télémédecine :**

25 MSP répondantes (71,4%) proposent de la télémédecine. Parmi elles, 13 MSP utilisent le logiciel Doctolib et 11 MSP utilisent le logiciel PREDICE.

En Nouvelle-Aquitaine, 32% des MSP proposent de la télémédecine. (17)

### 1.8.3 Objets connectés :

8 MSP utilisent des objets connectés pour l'exercice médical quotidien. Il s'agit d'un ECG pour 7 d'entre elles, d'un stéthoscope pour 2 d'entre elles et une seule MSP utilise soit un dermoscope, un otoscope ou un rétinographe.

En Occitanie, on retrouve un plus grand nombre de MSP possédant un matériel diagnostique particulier : un peu plus de la moitié d'entre elles possèdent un ECG et près de la moitié d'entre elles possèdent un échographe alors qu'il n'y en a aucune dans notre enquête. 1/3 possèdent un rétinographe. On retrouve également 16% de MSP possédant un rétinographe, un écho-doppler ou un équipement pour réaliser des EFR. (18)

#### Annexe 8

Cette différence importante entre les 2 régions s'explique difficilement. Il aurait peut-être fallu détailler plus précisément cette question pour permettre une meilleure compréhension du terme « objets connectés ».

Le développement du numérique repose sur un réseau internet de qualité : 22 MSP sur 35 sont équipées à ce jour de la fibre optique, un chiffre encore bien faible qui ralentit le développement des MSP.

### 1.9 Nouveaux métiers :

Le coordinateur de santé est bien implanté puisque 30 MSP en ont désigné un qu'il soit salarié ou non de la SISA. En Occitanie ce sont 67% des MSP qui ont un coordinateur de santé. (18)

A l'inverse le reste des nouveaux métiers de la santé sont toujours peu représentés avec 1/3 environ des MSP qui ont un médecin collaborateur et/ou une infirmière ASALEE.

Le rôle de l'assistant médical et de l'IPA est depuis quelques années mis en avant par les pouvoirs publics qui tentent de développer leur rôle pour permettre d'alléger les tâches médicales des médecins généralistes. Actuellement seules 1/4 des MSP ont un assistant médical et 5 MSP ont au moins un/une infirmier/ère IPA dans leur personnel.

### 1.10 Tableau comparatif des données brutes entre la région Hauts-de-France et la région Occitanie :

	Hauts-de-France (avril 2022)	Occitanie (mai 2019)
Nombre de MSP	200	142
Pourcentage de MSP répondantes se situant dans un territoire « rural »	57%	73%
Pourcentage de MSP répondantes se trouvant dans une zone de spécificité définie par l'ARS	60%	63%
Date de création médiane des MSP de la région	2017	2016
Pourcentage de MSP engagées dans des actions de coopération externe	71%	53%
Pourcentage de MSP ayant signé des CLS	20%	20%
Pourcentage de MSP adhérentes à une CPTS	50%	20%
Pourcentage de MSP adhérentes à un ACI	90%	66%
Pourcentage de MSP dont le statut juridique est une SISA	97%	80%
Pourcentage de MSP possédant un ECG connecté	43%	56%
Pourcentage de MSP possédant un échographe	26%	48%
Pourcentage de MSP pratiquant des actions d'éducation thérapeutique	49%	43%

Pourcentage de MSP utilisant le logiciel WEDA	29%	33%
Pourcentage de MSP ayant un coordinateur de santé	86%	67%

## 2 Discussion de la méthode :

### 2.1 Points forts de l'étude :

Il s'agit d'une des seules études essayant de répertorier les différentes caractéristiques et évolutions des MSP de la région Hauts-de-France depuis leur création. Il existe deux autres études similaires pour la région Occitanie et la région Nouvelle-Aquitaine détaillée plus haut.

### 2.2 Points faibles de l'étude :

#### 2.2.1 Faible nombre de répondants

Le nombre de répondants est faible : 35 MSP ont répondu sur 200 MSP en activité lors de la diffusion du questionnaire soit 17,5% des MSP qui ont répondu. Le questionnaire a été diffusé par la FEMAS à toutes les MSP des Hauts-de-France via leur adresse électronique listées par l'ARS. Mais on remarque que les MSP adhérentes à la FEMAS sont plus représentées dans les MSP ayant répondu au questionnaire. En effet 52 MSP adhèrent à ce jour à la FEMAS soit 25,5% de l'ensemble des MSP. Ici 40% des MSP ayant répondu au questionnaire adhèrent à la FEMAS. Ceci s'explique sûrement par le fait que les personnes répondantes ont été plus réactives en remarquant un message électronique diffusé par la FEMAS. Cela peut créer un biais : la surreprésentation des MSP adhérentes n'est peut-être pas représentative de l'ensemble des MSP de la région.

Le faible nombre de répondants rend impossible l'analyse statistique en modèle bivariée pour comparer 2 variables entre elles. Le test de Student ou du Khi-2 est inutilisable ici. On ne peut que réaliser des analyses univariées.

Une autre cause du faible nombre de répondant peut être la diffusion du questionnaire par messagerie électronique plutôt que par courrier papier par la Poste ou par entretien téléphonique qui est le moyen connu pour entraîner le plus faible taux de réponses.

On se pose la question si la FEMAS est un bon relais de communication vis-à-vis des MSP des Hauts-de-France : par quel moyen pourrait-on communiquer plus facilement avec les différentes MSP de la région ? Peut-être via l'ARS, le CNG, l'URPS ?

Notons qu'il n'existe pas de véritable syndicat de pluriprofessionnalité représentant les MSP lors des négociations avec l'Assurance Maladie. La représentativité des MSP au sein de la région est donc un enjeu majeur à développer.

### **2.2.2 Surreprésentations de MSP adhérentes à la FEMAS :**

La surreprésentation de la FEMAS entraîne un biais de sélection probable avec des caractéristiques différentes des MSP adhérentes par rapport à l'ensemble des MSP.

### **2.2.3 Longueur du questionnaire :**

Une autre limite de l'étude repose sur la construction du questionnaire :

- La longueur du questionnaire : 57 questions au total mais difficile d'essayer d'être le plus exhaustif avec le minimum de questions.
- Les questions étaient indépendantes les unes des autres et donc le répondeur pouvait passer à la prochaine question sans répondre à la précédente. Si une hésitation était possible le répondeur pouvait ne pas s'attarder et donc répondre « à côté ».
- La compréhension de certaines questions qui aurait pu être plus explicite avec des exemples, des définitions ou des annexes.

Certaines réponses montrent la non compréhension des répondants : mise à jour du projet de santé, définir pratiques innovantes ? Articles protocole 51 : 5 réponses « ne savent pas » sûrement dû au manque de précision de la question. Même chose à la question suivante : 5 réponses « je ne sais pas ». Programme co-financé ARS-FEDER ou FIR : 3 réponses « je ne sais pas ».

### **2.2.4 Questions non abordées :**

Au vu de la longueur du questionnaire, il n'a pas été possible d'être exhaustif et d'aborder l'intégralité des transformations au sein des MSP notamment le volet maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires (MSPU).

## **3 Perspectives :**

Malgré le faible nombre de répondants, cette thèse est l'une des seules études à caractériser les évolutions des différentes MSP de la région Hauts-de-France. Elle permet d'avoir un premier aperçu schématique de l'hétérogénéité des MSP de la région.

Nous retrouvons en effet une importante hétérogénéité au sein des MSP répondantes dans l'enquête. On ne retrouve pas 2 MSP semblables avec les mêmes évolutions et les mêmes innovations entreprises depuis leur création. Chaque équipe de professionnels a mis l'accent sur des points différents du projet de santé (implication des patients, coopération pluriprofessionnelle, développement numérique, actions de santé publique...) probablement influencée par les besoins de santé de la population de leur territoire.



Certaines évolutions restent peu développées au sein de la région comme l'éducation thérapeutique auprès des patients (moins d'une MSP sur 2), l'adhésion à une CPTS (environ 1 MSP sur 2), la mise en place de protocoles de coopération entre professions de santé (1/3 des MSP), l'utilisation de matériel diagnostique connecté (8 MSP sur 35 seulement) alors que ces évolutions sont au cœur du projet de santé conclu entre les MSP et l'ARS.

Mais pour mieux se représenter la diffusion de ces innovations au sein des maisons de santé, il faudrait à la fois élargir le questionnaire à d'autres points clés du développement des MSP notamment l'implication des patients dans leur santé ainsi que le fonctionnement administratif (horaires d'ouvertures, différents types de professions de santé, place des soins non programmés,...) et il faudrait diffuser le questionnaire hors des circuits de communication de la FEMAS, à la fois par messagerie électronique mais aussi par courrier pour permettre un meilleur taux de réponse qui sera plus représentatif.

Depuis la fin de la diffusion du questionnaire, de nouvelles innovations ont vu le jour ou sont expérimentées dans différents territoires toujours pour améliorer l'accès aux soins premiers.

Les centres de soins non programmés apparaissent comme une nouvelle forme d'exercice coordonné pour les demandes des patients qui doivent être prises en charge rapidement mais qui ne sont pas des urgences vitales. Ces centres sont expérimentés par l'ARS dans la région depuis juillet 2022 en lien avec les CPTS.

Les évolutions les plus importantes seront sans doute celles dans le domaine du numérique. Le Ministère de la Santé a lancé depuis quelques années un vaste programme appelé « Territoire de soins numériques » pour permettre de faire bénéficier aux territoires existants, les bénéfices des nouvelles technologies de l'information et de la communication au service des soins premiers. 5 projets dans 5 régions différentes sont en cours d'expérimentation.

Le développement de l'Espace Numérique de Santé est un autre facteur important de changement des pratiques de soins premiers.

Ce ne sont pas de simples changements mais des innovations majeures qui se développent progressivement dans notre exercice médical notamment avec le développement de l'intelligence artificielle qui bouleversera probablement le fonctionnement actuel des MSP dans les décennies à venir.



# Références

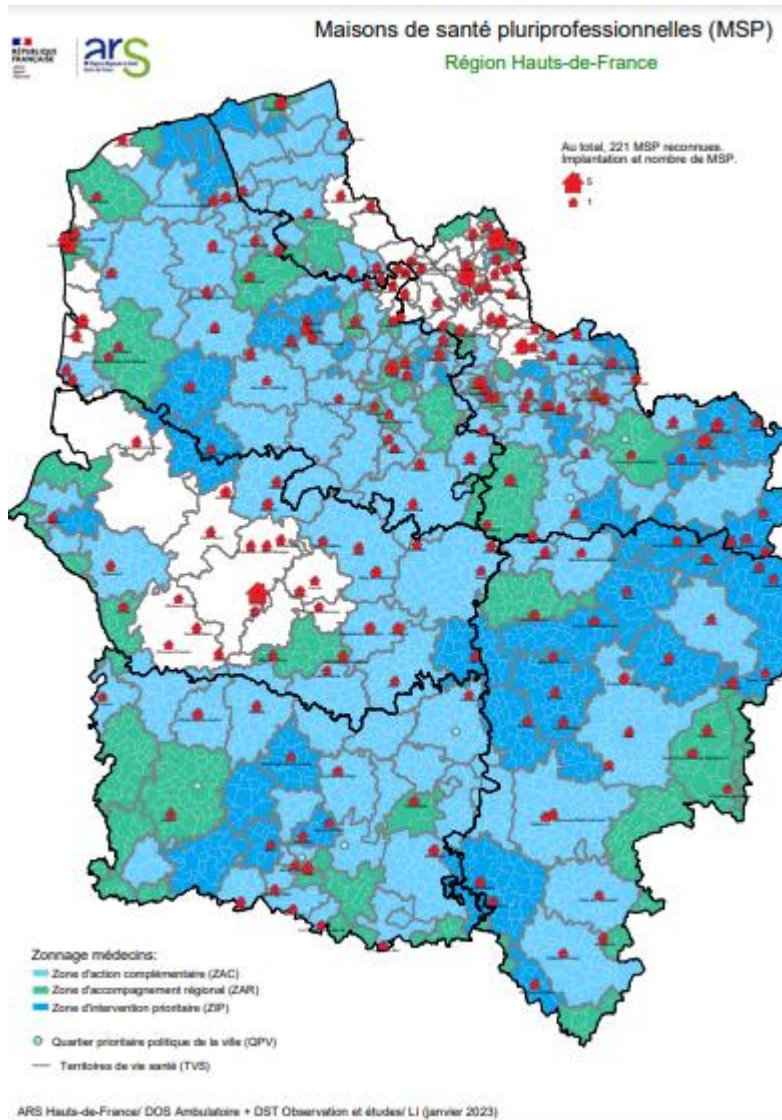
1. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Masson E. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/987174/la-medecine-generale-en-france-de-la-revolution-a->
3. Mission démographie des professions de santé [Internet]. vie-publique.fr. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>
4. Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935 [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
5. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0142.html#toc167>
6. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1). 2007-1786 déc 19, 2007.
7. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886477](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477)
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
9. La loi Fourcade décryptée [Internet]. La Gazette des Communes. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/735299/la-loi-fourcade-decryptee/>
10. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Les protocoles de coopération [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>
11. Protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2>
12. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

13. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
14. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Prat Organ Soins*. 2011;42(1):27-34.
15. Imbaud C, Garassus P, André JM, Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. *Santé Publique*. 2016;28(5):555-68.
16. Dedeu T. Organisation des soins primaires en Catalogne. *Rev Fr Aff Soc*. 2010;(3):49-59.
17. Etat des lieux des maisons de santé et des centres de santé en Nouvelle-Aquitaine. Enquête auprès des structures de la région et entretiens auprès des collectivités [Internet]. ORS Nouvelle Aquitaine. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ors-na.org/publications/etat-des-lieux-des-maisons-de-sante-et-des-centres-de-sante-en-nouvelle-aquitaine-enquete-aupres-des-structures-de-la-region-et-entretiens-aupres-des-collectivites/>
18. LSP. Evaluation des maisons de santé [Internet]. Médecin d'Occitanie. 2018 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/evaluation-des-maisons-de-sante/>
19. Plus de 200 maisons de santé pluriprofessionnelles en Hauts-de-France [Internet]. 2023 [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/plus-de-200-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-hauts-de-france>
20. Carte de densité de population dans les Hauts-de-France (&hellip;) [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.developpement-durable.gouv.fr/?Carte-de-densite-de-population-dans-les-Hauts-de-France-2014>
21. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2022 [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-lacces-aux-aides>
22. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Fr Adm Publique*. 2017;164(4):887-902.
23. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
24. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)

25. Liste des solutions référencées Ségur [Internet]. Agence du Numérique en Santé. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/virage-numerique/segur-numerique-de-la-sante/solutions-referencées>

# Annexe 1

Carte des maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France au 1<sup>er</sup> janvier 2023.



## Annexe 2

Questionnaire de thèse :

### **Capitalisation des expériences de transformations organisationnelles en soins primaires**

Chère consœur, cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale sous la direction du Dr Laurent TURI. Je suis thésard à l'Université de Lille et actuellement médecin généraliste dans un cabinet à Mouvaux.

Il s'agit d'une thèse sur les différentes innovations rencontrées au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de la région Hauts-de-France.

Depuis leur création en 2007 par la loi de financement de la Sécurité Sociale, les MSP sont en constante évolution et ont permis de modifier profondément l'exercice de la médecine et des soins de proximité. Ces innovations concernent tous les domaines au sein des MSP (financement, professionnels médicaux exerçant en leur sein, activités de diagnostic, éducation thérapeutique, suivi des patients, organisation, projets de santé, outils informatiques disponibles...).

Les données seront recueillies par le biais de ce questionnaire d'une durée d'une dizaine de minutes, diffusé par la FEMAS Hauts-de-France (fédération régionale des structures d'exercice coordonné) dont le but est de recueillir et de capitaliser l'expérience des MSP et de permettre un état des lieux des différentes innovations actuelles.

Ces résultats permettront ensuite de promouvoir ces innovations au sein des 188 MSP présentes dans la région (chiffres de juin 2021 du Ministère de la Santé et des Solidarités) et de les mettre en commun pour améliorer l'organisation des soins de proximité ainsi que la prise en charge du patient qui reste la priorité majeure de nos professions.

Merci par avance pour votre contribution et le temps passé à s'y consacrer. Confraternellement, PETIT Romain.

#### 1. Qualité du répondant ? \*

Une seule réponse possible :

Médecin généraliste

Infirmières

Masseur-kinésithérapeute

Pharmacien

Coordinateur administratif

Secrétaire

Assistant médical

Infirmière de pratique avancée

Autres, précisez...

2. Nom de la MSP \*

3. Commune d'implantation \*

4. Date de validation initiale du projet de santé \*

5. Le projet de santé a-t'il fait l'objet d'une mise à jour ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

En cours

Ne sais pas

6. Si oui, à quel intervalle et pour quel motif ?

7. Nombre de professionnels œuvrant au sein de la MSP \*

Une seule réponse possible.

< 5

De 5 à 10

De 10 à 15

De 15 à 20

>20

8. Profession du leader \*

9. Tranche d'âge du leader \*

Une seule réponse possible.

20-29 ans

30-39 ans



40-49 ans

50-59 ans

60-69 ans

>70 ans

10. Genre du leader \*

Une seule réponse possible.

Femme

Homme

11. Année de début d'exercice professionnel du leader \*

Une seule réponse possible.

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020

12. Le leader actuel est-il celui à l'origine du projet ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

13. En pratique, pensez-vous que votre dynamique d'équipe repose plutôt sur un  
\* leadership collectif ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

14. Si oui, est-ce un collectif pluriprofessionnel ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

15. Où se situe la bonne santé de votre équipe ?

Une seule réponse possible.

## STRUCTURATION DU PROJET SUR LE TERRITOIRE

16. Existe-t-il un contrat local de santé ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

17. Votre MSP est-elle organisée en SISA ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

18. Avez-vous des liens avec la/les structure(s) sanitaire(s) (établissement de \* santé, établissement médico-sociaux) de votre territoire ?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

19. Si oui, pourriez-vous préciser la nature du partenariat ?

Plusieurs réponses possibles.

Convention de partenariat autour d'un parcours de soins coordonné

Réunions régulières types RCP

Actions de santé publique

Consultations avancées

Téléconsultations

Autres

20. Adhérez-vous en tant que professionnel au sein d'une CPTS (en structuration \* ou déjà validée) ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

21. Si oui, quel est le nom de la CPTS :

22. Votre Maison de Santé participe-t-elle à la dynamique CPTS du territoire ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Non concerné

23. Votre MSP fait-elle partie d'un GCS ou d'un projet de GCS ? (Groupement de \* coopération sanitaire)

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Non concerné

24. Votre SISA est-elle constituée (ou en cours de constitution) en groupement \* d'employeurs ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Non concerné

25. Votre MSP est-elle un terrain de stage, de contrat de professionnalisation ou \* de certification pour : (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Les externes les internes les IDE

Assistant médical

Les IPA

Coordinateur

D'autres professions de santé que la médecine générale

Des professions non médicales (expl: Ressources humaines, sociologie, anthropologie...)

Non

Ne sais pas

26. Votre MSP accueille-t-elle des volontaires en service civique ou service \*  
sanitaire ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

27. Un ou plusieurs membres de votre équipe se sont-ils formés à des pratiques  
\* innovantes ?

Plusieurs réponses possibles.

Apnée du sommeil

ECG

Dermoscopie

Echographie

Autres

28. Si autres, pourriez-vous préciser svp :

29. Existe-t-il une équipe d'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle au sein  
de \* votre MSP?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

En cours de formation

Ne sais pas

30. Si oui, sur quelle(s) thématique(s):

31. Votre MSP est-elle associée à un organisme de formation pluriprofessionnelle? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

32. Si oui, lequel

### MODES DE FINANCEMENT DEROGATOIRES

33. Votre MSP adhère-t-elle à l'ACI ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

34. Si la MSP est structurée en SISA, avez-vous mis en place des protocoles de \* coopération type article 51 (ou y songez-vous) ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

35. Si oui, sur quelles thématiques ? Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

Rhinite allergique

Cystite

Angine

Varicelle

Lombalgie

Entorse simple

36. Votre équipe expérimente-t-elle un projet Article 51 relatif à une \* expérimentation professionnelle ?

Plusieurs réponses possibles.

ASALEE

PEPS

IPEP

Non

Ne sais pas

37. Si votre MSP a adhéré au protocole Asalée, quelles sont les thématiques de travail mises en place ? Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

Suivi du patient diabétique

Suivi du patient à risque cardiovasculaire

Suivi du patient tabagique à risque BPCO

Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

Autre :

38. Précisez :

39. Votre équipe expérimente-t-elle un projet Article 51 relatif à une \*  
expérimentation d'exercice coordonné ?

Plusieurs réponses possibles.

Parcours Nutri'Age

Lab Parcours

Autre Non

Ne sais pas

40. Précisez

41. Votre équipe participe-t-elle à un programme cofinancé ARS-FEDER ou FIR?

Plusieurs réponses possibles.

Jumelage

Télé-expertise Dermato via Predice

Autre

Non

Ne sais pas

42. Précisez

## OUTILS NUMERIQUES

43. Quel est votre système d'information partagé ? \*

Une seule réponse possible.

WEDA

MEDISTORY

CHORUS

HELLODOC

Dr SANTE

AXISANTE

ALMA PRO

MLM

CROSSWAY

EO

MEDIMUST

Autre

Ne sais pas

44. Si autre, merci de préciser :

45. Avez-vous enregistré un registre de traitements des données sensibles ? \*

(RGPD)

Une seule réponse possible.

Oui

Non

46. Si oui qui est le rédacteur du registre ?

Une seule réponse possible.

Professionnel de santé de la structure

Coordinateur de la structure

Prestataire externe

Responsable DIM (données information médicale)

Autre

47. précisez

48. Prise de rdv : Avez-vous un prestataire de RDV en ligne \*

Une seule réponse possible.



Oui

Non

49. Si oui, lequel

Une seule réponse possible.

DOCTOLIB

CLICRDV (pages jaunes)

Hellodoc Agenda

Autre

Ne sais pas

50. Si autre, merci de préciser :

51. Proposez-vous de la télémédecine ? \* Une seule réponse possible.

Oui

Non

52. Si oui, avec quelle solution numérique :

Plusieurs réponses possibles.

Doctolib

Masallemédicale

Prédice

Autre

53. Si autre, merci de préciser :

54. Disposez-vous d'objets connectés pour votre exercice ?

Plusieurs réponses possibles.

Stéthoscope

Otoscope

ECG

Dermoscope

Retinographe

Echographe Autres

55. Si autre, merci de préciser :

56. Votre MSP est-elle équipée de la fibre optique ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

## CYBERSECURITE DES DONNEES DE SANTE

57. Votre MSP a-t-elle un responsable informatique ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

58. Tous les postes informatiques sont-ils équipés d'un antivirus ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

59. Opérez-vous des mises à jour régulières du système d'exploitation ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

60. Effectuez-vous une mise à jour annuelle de votre logiciel métier ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

## NOUVEAU METIER ET SALARIAT

61. Votre MSP intègre-t-elle un Médecin Adjoint? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

62. Votre MSP intègre-t-elle un Médecin Collaborateur ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

63. Quand les docteurs juniors pourront exercer en MSP en accueillerez-vous?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sait pas

64. Votre MSP intègre-t-elle un coordinateur de santé ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

65. Si vous intégrez un coordinateur de santé, ce dernier est-il :

Une seule réponse possible.

Un salarié de la SISA un prestataire autoentrepreneur

Un professionnel de santé de l'équipe

Ne sais pas

66. Votre MSP intègre-t-elle un(e) assistant(e) médical(e) ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

67. Votre MSP intègre-t-elle une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

68. Votre MSP intègre-t-elle vous une Infirmière ASALEE ? \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ne sais pas

69. Quelle solution utilisez-vous pour la gestion des ressources humaines ? \*

Plusieurs réponses possibles.

Par le gérant de la MSP

Emploi d'un Directeur des Ressources Humaines

Emploi d'un chargé de mission Ressources Humaines

Prestation spécifique externe expertise-comptable mutualisée avec un GHT

Prestation spécifique externe expertise-comptable mutualisée avec un GCS

Prestation spécifique externe expertise-comptable mutualisée avec un Groupement Employeur

Ne sais pas

Pas concerné

70. Pour chacune des réponses négatives au-dessus envisagez-vous ou souhaitez-vous développer dans les 3 à 6 mois un de ces postes ? (Cochez les postes concernés)

Plusieurs réponses possibles.

Médecin Adjoint

Coordinateur de santé

Infirmière en Pratique Avancée

Infirmière Asalée

Assistant médical

Directeur des Ressources Humaines

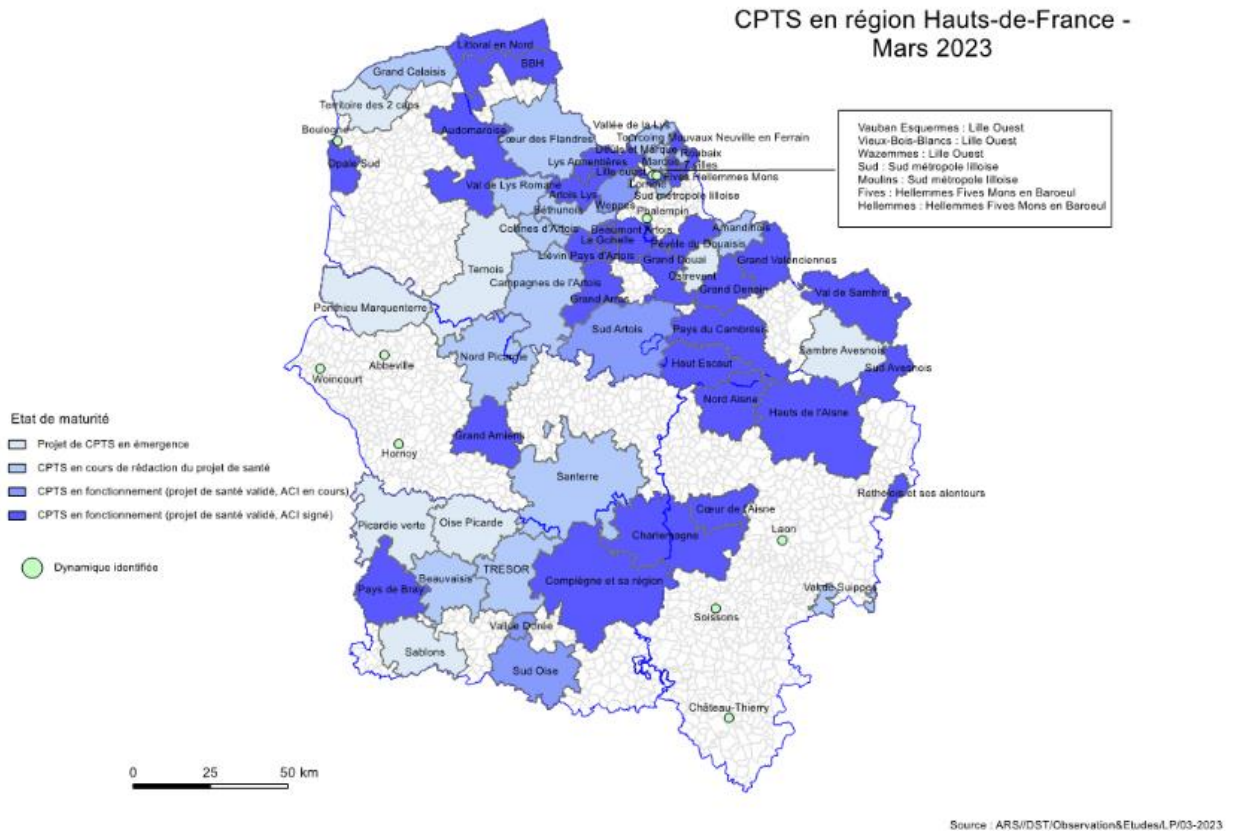
Médiateur santé

Gestionnaire parcours patient

Ne sais pas

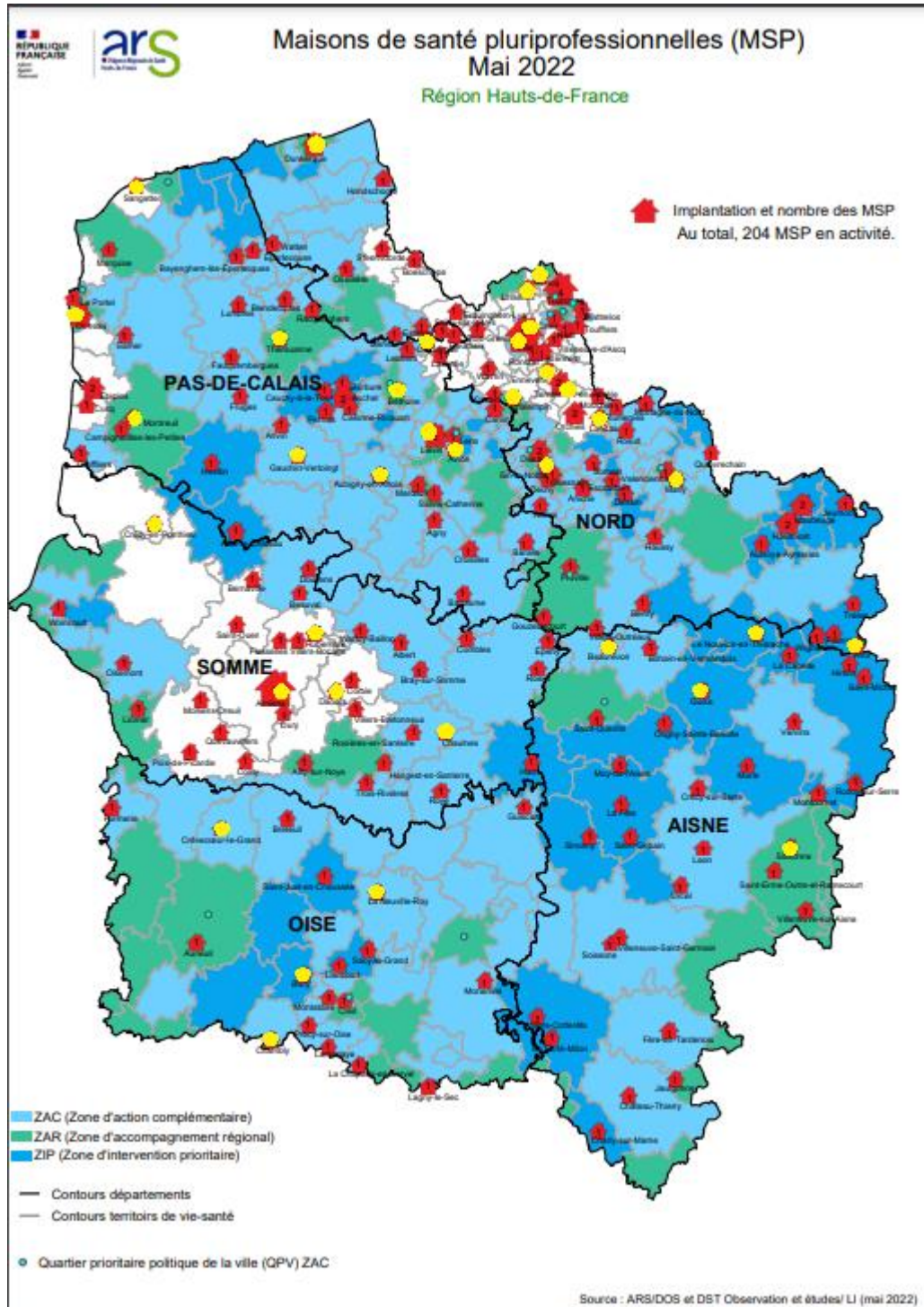
# Annexe 3

Carte des CPTS en région Hauts-de-France en mars 2023.



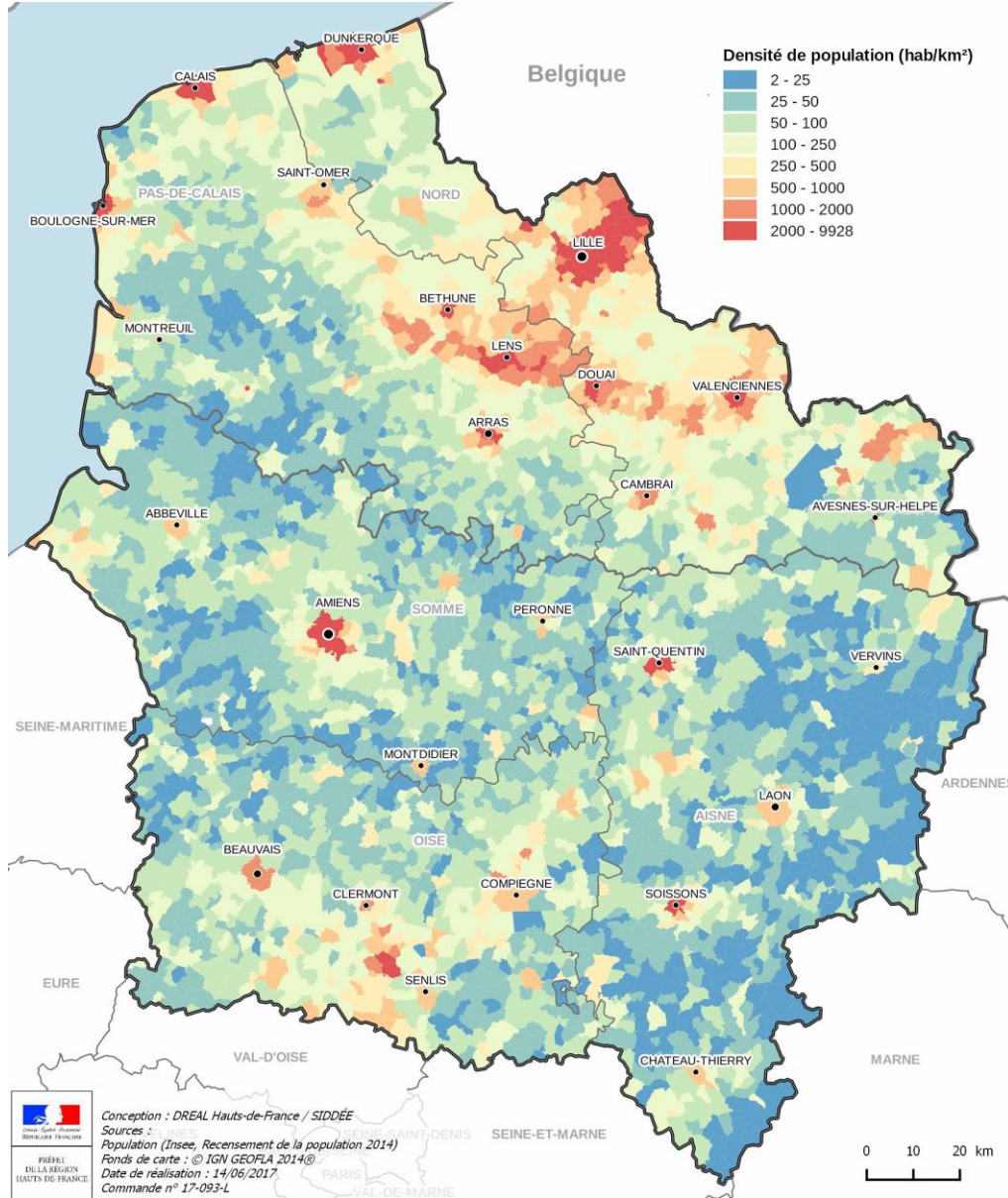
# Annexe 4

Cartographie des MSP répondantes en jaune sur l'ensemble des MSP de la région Hauts-de-France



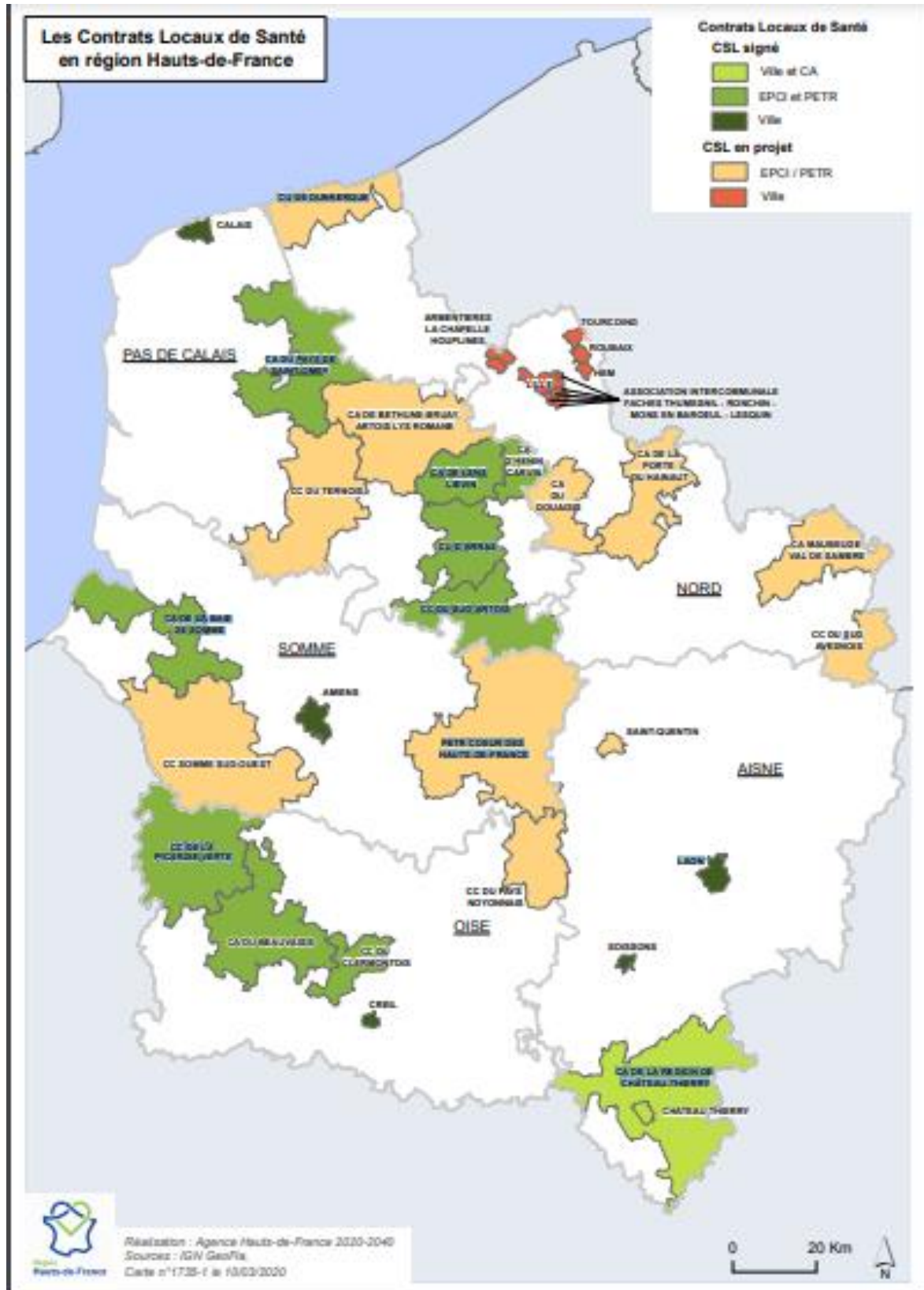
# Annexe 5

Carte de la densité de population dans la région Hauts-de-France :



# Annexe 6

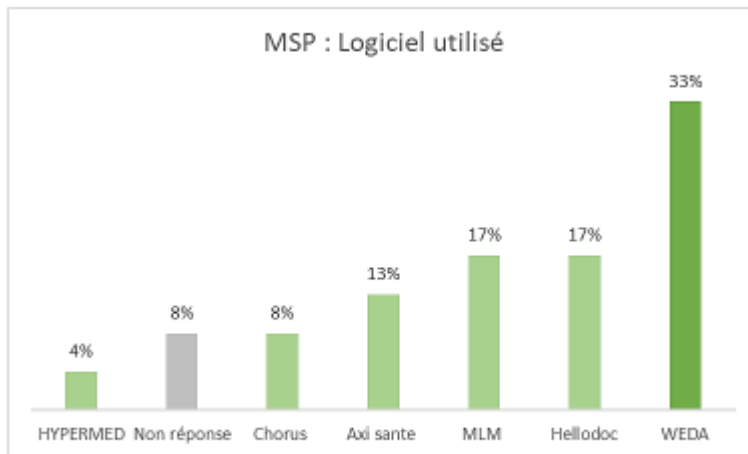
Carte des contrats locaux de santé en région Hauts-de-France au 10 mars 2020





# Annexe 7

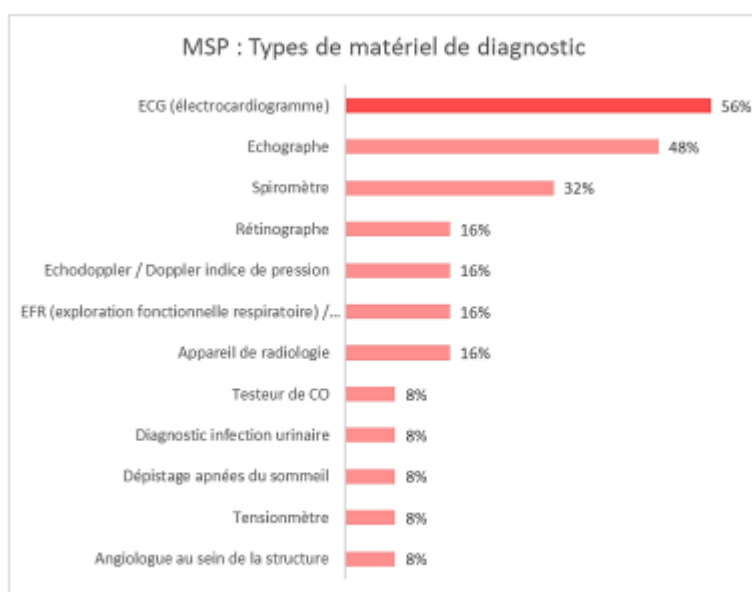
Logiciel utilisé dans les MSP de la région Occitanie en mai 2019 :



Graphique 48 : Logiciel MSP - Base MSP

## Annexe 8

Type de matériel de diagnostic utilisé dans les MSP d'Occitanie en mai 2019.



Graphique 20 : Matériel diagnostic disponible - Base MSP

**AUTEUR : Nom :** PETIT **Prénom :** Romain

**Date de Soutenance :** 25/05/2023

**Titre de la Thèse :** Etats de lieux des transformations et des innovations des maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France depuis leur création.

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + FST ou option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** maisons de santé pluriprofessionnelles, états des lieux, exercice coordonné, innovations

### **Résumé :**

**Contexte :** Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles se sont considérablement développées depuis leur création officielle en 2007. Elles sont devenues l'un des modes d'exercice de la médecine générale les plus plébiscités par les professionnels de santé. Leur nombre a augmenté de façon exponentielle depuis 15 ans et une importante diversité de fonctionnement et d'organisation s'est développée d'un territoire à l'autre. Nous avons voulu donc cartographier cette diversité en faisant l'état des lieux des transformations des MSP de la région Hauts-de-France.

**Matériel et Méthodes :** Notre étude épidémiologique et transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire élaboré avec l'aide de la FEMAS et distribué à l'ensemble des MSP de la région. Il est composé de 70 questions permettant de répertorier les différentes innovations mises en place par les MSP.

**Résultats :** 35 questionnaires sur les 200 MSP sollicitées ont été retournés et analysés en analyse univariée. Les réponses indiquent une diversité importante au sein des MSP de la région avec aucune combinaison de réponses identiques entre les 35 MSP.

**Conclusion :** Cette étude permet de classer les innovations les plus plébiscitées par les MSP de la région tout en démontrant une diversité structurelle importante.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

**Assesseurs :** Monsieur le Docteur DERVAUX Benoit

**Directeur :** Monsieur le Docteur TURI Laurent

