



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

présentée par

Marianne CINOT

Née le 11 avril 1992 à Auxerre (89)

État des lieux des connaissances sur l'implantation et l'organisation des professionnels au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et l'impact sur les pratiques professionnelles.

Thèse soutenue à Rennes le 6 octobre 2022

devant le jury composé de :

Ronan GARLANTEZEC

PUPH – Santé publique et épidémiologie / *Président du jury*

Patricia AME-THOMAS

PUPH - Immunologie

Sidonie CHHOR

MCA – Médecine Générale

Laure FIQUET

MCA – Médecine Générale / *directrice de thèse*

Julien POIMBOEUF

CCU – Médecine Générale / *co-directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

présentée par

Marianne CINOT

Née le 11 avril 1992 à Auxerre (89)

**État des lieux des
connaissances sur
l'implantation et
l'organisation des
professionnels au sein
des Maisons de Santé
Pluriprofessionnelles
et l'impact sur les
pratiques
professionnelles**

**Thèse soutenue à Rennes
le 6 octobre 2022**

devant le jury composé de :

Ronan GARLANTEZEC

PUPH – Santé publique et épidémiologie / *Président du jury*

Patricia AME-THOMAS

PUPH – Immunologie / *Examinatrice*

Sidonie CHHOR

MCA – Médecine Générale / *Examinatrice*

Laure FIQUET

MCA – Médecine Générale / *directrice de thèse*

Julien POIMBOEUF

CCU – Médecine Générale / *co-directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
AMÉ	Patricia	PU-PH	Immunologie
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BERTHEUIL	Nicolas	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRÉ	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur Emérite	Neurologie
FERRÉ	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire

GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
HEAUTOT	Jean-François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
JÉGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KALADJI	Adrien	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUÉ	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LÉVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHÉ	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLÉDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MÉNER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIÉ	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL	Mikaël	PU-PH	Hématologie ; transfusion
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VÉRIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BERGEAT	Damien	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHEMOUNY	Jonathan	MCF associé	Néphrologie
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
COMMON	Harold	MCF associé	Chirurgie orthopédique et traumatologique Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
CORVOL	Aline	MCU-PH	
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN	épouse		
THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
KAMMERER- JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
KERBRAT	Anne	MCU-PH	Neurologie
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE LOUS	Maëla	MCU-PH	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LESCOAT	Alain	MCU-PH	
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MÉNARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystal	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER	épouse		
LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ronan GARLANTEZEC,

je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et vous prie de recevoir le témoignage de mon profond respect.

A Madame la Professeure Patricia AME-THOMAS,

je vous remercie de vous être rendue disponible pour juger mon travail et vous assure de ma haute considération.

A Madame la Docteure Sidonie CHHOR,

je te remercie d'avoir accepté de te joindre à ce jury. Travailler à tes côtés a toujours été un réel plaisir empreint de bienveillance, sois assurée de ma sincère gratitude.

A Madame la Docteure Laure FIQUET,

je te remercie de m'avoir fait confiance pour ce travail et d'avoir accepté de le diriger. Je tiens à t'exprimer ma gratitude et suis ravie de pouvoir continuer à évoluer à tes côtés.

A Monsieur le Docteur Julien POIMBOEUF,

je te remercie de l'accompagnement que tu m'as proposé pour ce travail et lors des différentes étapes de mon internat. Ta disponibilité, ton écoute et tes conseils ont été d'une grande aide. Reçois ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

Table des matières

INTRODUCTION.....	8
MATERIELS ET METHODES	10
1. Identification des études.....	10
2. Sélection des études.....	10
2.1. Critères d'exclusion	10
RESULTATS	12
1. Inclusion et éligibilité.....	12
2. Caractéristiques des études.....	12
3. Analyse des études	13
3.1. Déploiement et répartition des MSP sur le territoire.....	13
3.2. Dynamiques de coopération au sein des MSP.....	16
3.3. Impact de l'exercice en MSP sur les pratiques professionnelles.....	21
DISCUSSION	23
1. Principaux résultats	23
2. Limites du travail	24
3. Un modèle à discuter	24
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES.....	34

INTRODUCTION

L'augmentation des besoins de santé de la population et la diminution de l'offre médicale sont à l'origine d'une problématique d'accès aux soins en France (1,2). En parallèle, les modes d'organisation des soins primaires ont évolué avec un regroupement des médecins généralistes (MG) en cabinets de groupes et l'émergence de structures pluriprofessionnelles. En France, ces structures mises en place initialement par des professionnels de santé, au départ sous forme d'initiatives locales, sont vues comme un modèle d'organisation à soutenir (3). Des expériences internationales prometteuses renforcent leur pertinence (4). Ce modèle d'organisation apporterait une réponse efficiente aux problématiques liées à la transition épidémiologique (5,6). La coordination des acteurs du système de santé est ainsi devenue une priorité des politiques (7).

Un cadre réglementaire des MSP a été proposé dans la loi de financement de la sécurité sociale en 2008. Cette loi prévoyait également une expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à toute structure pluriprofessionnelle ambulatoire volontaire. Elle reposait sur l'hypothèse qu'un financement collectif pouvait faciliter la coordination des soins et améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins.

En 2009, la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) a joué un rôle majeur en proposant des outils de planification régionale de l'offre de soins avec la création des Agence Régionale de Santé (ARS) et pour renforcer et clarifier le périmètre des soins de primaires. Elle a consolidé le statut des MSP et a introduit le concept de projet de santé qui formalisait l'exercice coordonné. La sémantique a évolué, l'inscription réglementaire a acté l'usage du terme "maison de santé pluriprofessionnelle" (8) depuis 2010.

En 2011, la loi Fourcade crée un nouveau statut juridique intitulé « Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires » (SISA) qui fait de la MSP une personne morale. Elle permet aux structures de recevoir des financements collectivement pour rémunérer l'exercice coordonné. La stratégie nationale de santé en 2013 place le financement des exercices coordonnés comme une priorité. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé en 2017 prévoit que les équipes pluriprofessionnelles signataires, constituées en SISA puissent contractualiser avec l'État et l'Assurance-Maladie et ainsi percevoir une rémunération collective.

Une équipe composée a minima de deux médecins et d'un auxiliaire médical peut se constituer en SISA (9). Pour obtenir la labellisation "MSP", les équipes doivent formaliser leur engagement auprès de l'ARS par la rédaction d'un projet de santé répondant au cahier des charges de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (8). Il est rédigé à partir des besoins de santé identifiés par un diagnostic de terrain et pensé en cohérence avec la politique locale de santé. Il doit être validé par l'ARS et signé par chaque professionnel de la MSP (10).

La signature de l'ACI reste au choix de l'équipe. Parmi les indicateurs obligatoires dit "socles", les structures doivent justifier d'une accessibilité horaire suffisante. Un temps de concertation

pluriprofessionnelle doit permettre de définir collectivement des stratégies de prises en charge de patients complexes. La mise en place d'un système d'information partagée vise à faciliter le travail d'équipe. Enfin une fonction de coordination par une personne est dédiée à la mise en place des outils et anime les relations partenariales. Le respect de ces engagements permet l'obtention d'une rémunération collective calculée en fonction de la patientèle « médecin-traitant » des MG de la structure. Fin décembre 2021, 2018 MSP étaient en fonctionnement dont 1484 ayant signé l'ACI contre 20 en 2008 (11).

Quinze ans après leur inscription dans les textes réglementaires, différents aspects des MSP ont été étudiés dans la littérature mais à notre connaissance il n'existe pas de travail de synthèse.

Cette revue narrative de la littérature vise à comprendre l'enjeu et l'impact du déploiement des MSP sur l'accès aux soins et les pratiques professionnelles. Trois questionnements seront abordés : le déploiement et la répartition des MSP, l'exercice coordonné au sein des MSP en fonctionnement et enfin l'impact de ces structures sur les pratiques professionnelles et sur les soins.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature utilisant la méthodologie publiée sur la revue médicale suisse de 2019 (12). Les critères SANRA (13) ont été utilisés afin d'évaluer la méthodologie.

1. Identification des études

Une recherche des publications parues dans la littérature francophone à partir de l'inscription réglementaire des MSP en 2008 a été effectuée sur les bases de données Cairn, la Banque de données de Santé Publique (BDSP), BASE, BMF, Lissa, HAL, EMBASE et Supernova.

La recherche a été faite à partir des mots-clés : "maison(s) de santé pluri(-)professionnelle(s)" et "maison(s) de santé pluri(-)disciplinaire(s)". Le choix d'utiliser des mots-clés a permis de réaliser une recherche peu restrictive afin de collecter un large panel de références et de ne pas en exclure involontairement.

43 références ont été trouvées sur Cairn, 95 sur la BDSP, 12 sur BASE, 18 sur la BMF, 63 sur LISSA, 41 sur HAL, 3 sur EMBASE, 46 sur Supernova.

14 références ont été ajoutées à partir de la bibliographie thématique réalisée par le centre de documentation de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) portant sur les soins de santé primaires et les pratiques professionnelles en France et à l'étranger en Avril 2022 (14) et à partir des sites institutionnels.

Au total, 335 références ont été sélectionnées.

2. Sélection des études

Les articles et documents ont été sélectionnés par trois investigateurs indépendants sur le titre et le résumé en appliquant les critères d'exclusion. L'inclusion a été menée par l'investigateur principal sur la lecture intégrale des articles en appliquant les mêmes critères.

Nous avons éliminé 112 doublons.

2.1. Critères d'exclusion

A partir du titre et du résumé, nous avons exclu les études comportant les critères suivants :

- Articles dont l'objet principal de l'étude ne porte pas sur la création, le fonctionnement, la coordination ou l'impact sur les pratiques de l'exercice au sein des MSP (n=61)
- Articles ne reposant pas sur une étude scientifique (n=40)

- Articles s'intéressant à la place des usagers (n=5)
- Articles s'intéressant à la prise en charge d'une pathologie ou d'un parcours de soins particulier (n=13)
- Articles portant sur les pratiques et expériences internationales (n=2)
- Thèses d'exercice non publiées (n=59)

RESULTATS

1. Inclusion et éligibilité

Nous avons sélectionné 43 articles dont 5 issus de la littérature grise. Après lecture intégrale, nous avons exclu 6 références car elles ne reposaient pas sur une étude scientifique mais consistaient en une synthèse de la réglementation ou des éditoriaux.

1 rapport de l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IRES) n'était pas disponible dans sa version complète mais a pu être inclus grâce à une publication de la synthèse des résultats.

Nous avons inclus 34 études publiées et 3 références issues de la littérature grise (Figure 1).

2. Caractéristiques des études

Nous avons sélectionné 16 études qualitatives, 9 études quantitatives, 6 études mixtes, 2 études médico-économiques, 2 revues de la littérature, un communiqué de presse et un rapport de la CNAM.

Les périodes d'études varient entre les différentes études allant de 2000 à octobre 2020. Plus de la moitié des références (n=22) ont été publiées à partir 2019.

Les caractéristiques des études ont été détaillées dans le tableau (Annexe 1).

3. Analyse des études

3.1. Déploiement et répartition des MSP sur le territoire

3.1.1. Répartition des MSP sur le territoire français

En 2021, il existait une disparité importante dans la répartition des MSP au sein des régions françaises. Le maillage des MSP était le plus dense en Bretagne, Pays de la Loire, Hauts-de-France, et Auvergne-Rhône-Alpes émanant de dynamiques pionnières en soutien au MSP (15).

En 2020, 61% des MSP étaient implantées dans les zones ayant les plus faibles niveaux d'accès aux soins (35,5% en zone rurale et 25,8% en zone périurbains). Leur répartition était équitable sur les autres territoires de vie avec une représentation moins importante dans les villes et leurs périphéries dites favorisées sur le plan socio-économique et sanitaire (15).

L'implantation des MSP semblait suivre une "logique de maintien de l'accès aux soins" (15,16).

3.1.2. Création d'une MSP

La création d'une MSP sur un territoire pouvait provenir des professionnels ou des élus.

Trois logiques spatio-organisationnelles d'inscription territoriale ont été identifiées, de façon non exhaustive :

- Une logique de "*maintien local*" pour faire perdurer une offre de soin en proximité.
- Une logique de "*fonctionnement centré sur les professionnels*" développée autour des liens professionnels affinitaires.
- Une logique "*populationnelle*" qui consistait en un rassemblement d'un grand nombre d'acteurs issus de différents secteurs. La perspective d'offre de santé intégrée et de dimension populationnelle, les partenariats répondaient à des logiques différentes (17).

Trois étapes ont été identifiées dans la mise en fonctionnement d'une MSP et la transformation des pratiques professionnelles : la constitution d'un collectif et un engagement commun autour d'un porteur de projet, une intégration des impératifs gestionnaires à appliquer pour répondre aux enjeux des politiques publiques et enfin la constitution d'un réseau partenarial avec les autres secteurs d'activité (18). La participation des consultants dans certaines régions visait à créer des conditions favorables pour favoriser la création d'un collectif et était vécu comme un accélérateur. Ils intervenaient surtout pour la rédaction du projet de santé (19) qui définissait l'organisation et intégrait les besoins des financeurs (20).

3.1.2.1. Porteur de projet

A l'origine de la constitution d'un collectif, on identifiait le leader ou porteur de projet ; le plus souvent des hommes médecins (21).

Il soudait un collectif, portait le projet, donnait un sens à l'engagement des professionnels et était identifié comme un pilier. Le projet était ainsi soumis aléas individuels et aux histoires personnelles des porteurs et leurs départs étaient source de déséquilibre au sein des équipes. (18,21). Si le porteur du projet n'était pas médecin, un soutien médical était nécessaire pour faire avancer le projet. S'il s'agissait un élu, il devait inventer l'engagement des professionnels (18).

Les leaders rapportaient une charge de travail et une charge mentale importante avec des sentiments de solitude et de lassitude notables (18,21).

Le leadership partagé entre plusieurs personnes se développait et était un facteur favorisant le travail pluriprofessionnel. Il était perçu comme un signe de maturité de l'équipe (21,22).

3.1.2.2. Constitution d'un collectif

Les professionnels cherchaient à s'investir dans un travail pluriprofessionnel pour construire un projet de santé commun (22), réduire les coûts de fonctionnement, mutualiser des ressources, les compétences spécifiques et complémentaires et échanger (20,23,24), rompre l'isolement notamment grâce à une proximité géographique (22,23) et pouvoir déléguer certaines tâches (23). On retrouvait aussi la volonté d'améliorer les conditions de travail, la qualité des prises en charge et l'offre de soins du territoire (25) et ainsi transmettre un outil de travail attractif.

A l'inverse l'émergence du travail pluriprofessionnel était freiné par le poids des normes professionnelles, les découpages catégoriels (20), la nécessité d'adapter son emploi du temps, la difficulté des médecins à déléguer et la méconnaissance des compétences des autres professionnels de santé (dû à une distance cognitive lié à des parcours de formation cloisonnés)(22).

3.1.2.3. Contractualisation avec l'État et l'Assurance-Maladie

L'étape-clé, vécue comme un « choc culturel » (22), de la contractualisation avec l'Assurance Maladie et l'ARS pour obtenir une rémunération forfaitaire demandait aux professionnels une intégration d'impératifs gestionnaires (18). La « culture libérale » des professionnels exerçant de manière individuelle devait s'articuler avec une « culture pluriprofessionnelle » et l'exercice collectif (22).

Certains leader préféraient solidifier le collectif avant la contractualisation pour s'engager d'un commun accord, ne pas déstabiliser la dynamique collective et permettre à chacun d'y trouver un sens (18).

Le contrat légitimait le regard de l'ARS et l'Assurance Maladie sur l'activité des professionnels de la MSP et leur contrôle. Ils pouvaient prétendre à agir comme des régulateurs. Les MSP étaient alors

décrites à l'interface d'une logique professionnelle et d'une logique gestionnaire des autorités régulatrices (26,27). La réussite de l'articulation était dépendante de l'acceptation et du soutien des médecins (27).

Les outils développés dans le cadre de l'ACI imposaient un chiffrage des activités individuelles pour apprécier la réalisation des indicateurs qui était jugé inadapté par certains professionnels et les objectifs quantitatifs de l'ACI arbitraires (27). Les contraintes qu'ils imposent étaient considérés par certains professionnels comme trop lourdes vis-à-vis des bénéfices attendus (18).

D'autres refusaient de contractualiser en raison de l'existence d'une méfiance vis-à-vis des institutions régulatrices et d'un attachement à un modèle libéral pur et aux marques professionnelles identitaires (29).

Lorsque les contraintes perçues de l'ACI étaient acceptées par les professionnels, ils considéraient que la rémunération forfaitaire permettait une reconnaissance des autorités publiques et pourrait attirer les jeunes médecins (28).

3.1.2.4. Constitution d'un réseau partenarial

L'exercice en MSP prétendait transformer une relation duale le patient et le professionnel en un réseau tripartite qui intégrait les autorités publiques (20). Cela constituait un enjeu majeur car il pouvait faciliter ou entraver sa mise en fonctionnement MSP (18,22).

Trois types de partenariats étaient recherchés par les équipes pour disposer des ressources et compétences pour permettre d'améliorer la gradation de soins sur le territoire, pour répondre aux objectifs de coordination autour du patient et enfin pour le partage des compétences et des ressources au sein de la structure (20).

Le soutien des partenaires institutionnels et professionnels était variable et il n'existait pas toujours une articulation entre eux (18). L'ARS pouvait être identifiée comme un guichet unique. Son positionnement structurait l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles (19). Un manque d'aide des professionnels de l'ARS pouvait représenter un frein pour certaines équipes (18). Les logiques et les temporalités des différents partenaires étaient différentes de celles des équipes. Cette divergence pouvait être source de tension (18).

Il existait une méfiance réciproque entre les institutions et les professionnels menant à des dialogues complexes (18). Un travail de traduction entre les enjeux des uns et des autres étaient nécessaires ainsi qu'un apprentissage réciproque lors du travail collaboratif partenarial (18,29).

Le territoire d'une MSP était défini à travers son réseau comme le lieu de déploiement des dynamiques individuelles et collectives (30). Il existait un lien entre la taille de la structure et la dynamique de

coopération qui s'instaurait avec les partenaires (31,32). Les MSP représentaient un interlocuteur visible et unique pour les partenaires, les institutions et les professionnels (22,31).

3.2. Dynamiques de coopération au sein des MSP

3.2.1. Composition des MSP

En 2021, 7 millions des patients ayant déclaré un médecin traitant étaient suivis par un MG exerçant en MSP (11). 14 200 professionnels dont environ 5000 MG exerçaient au sein des MSP ayant signé l'ACI (33). En 2019, 6 % des MG libéraux exerçaient dans une MSP ACI sur l'ensemble des MG libéraux (34). Deux médecins sur trois exerçant au sein d'une MSP ACI étaient aussi impliqués dans un projet territorial (CPTS ou ESP) (34).

La taille et la composition des équipes au sein des MSP était hétérogène (25,32,35–37). En moyenne on retrouvait quinze professionnels par MSP ACI. Les infirmiers étaient parmi les professions les plus représentés au sein des MSP (96%) avec les kinésithérapeutes (72%). Les pharmaciens étaient présents dans moins d'une MSP sur deux (44%) (33).

Les médecins exerçant en MSP étaient plus jeunes (34,38). Ils exerçaient au moins un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, allergologie,...), et avaient plus souvent une activité salariée en complément (38). On retrouvait davantage de MG femmes dans les MSP (34,39). En 2019, le profil des MG en MSP était comparable à ceux des autres regroupements pluriprofessionnels (34).

Plus de la moitié des MSP accueillent des étudiants (32,35) (50% d'étudiants en médecine et 25% d'une autre profession)(32).

3.2.2. Outils ACI

Les outils mis en place à travers l'ACI avaient pour objectif de faciliter la cohabitation des logiques professionnelles des différents soignants et leur articulation avec les logiques institutionnelles de santé publique (27).

3.2.2.1. Fonction de coordination

La coordination était considérée comme l'enjeu et le levier de la durabilité des partenariats tripartites (20) et définie comme le « *processus dynamique basé sur le développement permanent des interactions nécessaires devant l'émergence des enjeux et nourri des valeurs communes des membres de l'équipe* » (40).

3.2.2.1.1. Profil des coordinateurs

Une grande majorité des coordinateurs étaient des femmes. Leur recrutement était assuré par les ARS et différait selon les régions. Les profils variaient selon le fonctionnement des équipes, on retrouvait des soignants, des professionnels administratifs et des « coordinateurs » de métier (21).

3.2.2.1.2. Missions des coordinateurs

L'introduction d'une nouvelle fonction de coordination était problématique pour certaines équipes (18) et en 2014 était perçu comme une fonction de gestion administrative (32).

Le périmètre de la fonction restait flou et dépendait beaucoup des attentes des leaders, de l'espace laissé par l'équipe et surtout des médecins (21,27). Une matrice de maturité proposée par l'HAS (annexe 3) pouvait servir de référentiel mais les réalités de l'exercice nécessitaient des adaptations de la part des coordinateurs (30). Il s'agit du seul outil de suivi et d'évaluation proposé en France (41).

Le coordinateur favorisait et renforçait la cohésion interne, il coordonnait le suivi des relations partenariales (20). La légitimité de la fonction de coordination dépendait de la relation au leader, de la position à trouver entre lui et l'équipe et enfin de la capacité à mobiliser l'équipe (18). Désigner une personne dédiée lui permettait de s'affirmer comme un moteur auprès de l'équipe (42) et si elle était acceptée, elle participait à l'amélioration de la qualité de vie des professionnels (23).

Enfin, la position de neutralité du coordinateur pouvait faciliter l'articulation des différentes logiques professionnelles de terrain et les attentes institutionnelles vis-à-vis des pratiques pluriprofessionnelles. L'articulation suffisante était une des clés de réussite du fonctionnement de ces structures (27).

La place d'un médecin "chef d'orchestre" était favorisée par la définition de la coordination promue par les autorités sanitaires et les procédures formelles de l'ACI. Certains choisissaient d'assumer la fonction de coordination pour conserver une place décisionnaire (42).

3.2.2.1.3. Formation des coordinateurs

La professionnalisation de la fonction s'accompagnait de la mise en place d'une formation diplômante proposée par l'EHESP qui légitimait et labélisait une expertise nouvelle. Elle était à considérer comme un dispositif d'action publique avec un enjeu instrumental et cognitif (21). Elle agissait comme un intermédiaire de diffusion de normes et de pratiques et une micro-régulation de l'action publique. Ainsi, elle visait à justifier une transformation des pratiques libérales en vue d'une amélioration de la qualité des soins (21).

3.2.2.2. Protocoles pluriprofessionnels

Les protocoles pluriprofessionnels de soins définissaient l'articulation des différentes interventions, permettaient d'affermir la dynamique interprofessionnelle et apportaient une légitimité auprès des autorités publiques (22).

La mise en place d'actions collectives et les discussions sur les cadres d'intervention de chacun devaient permettre des modifications des frontières professionnelles. Elles prétendaient à un recentrage sur le suivi clinique pour les médecins et à une extension du champ d'activité pour les paramédicaux (22). Les protocoles semblaient formaliser le plus souvent une division des tâches déjà existante basée sur une délégation de tâches médicales aux autres professionnels mais sans extension réelle de leur périmètre d'activité. Ils représentaient une "mise en image" de leur travail (42,43).

3.2.2.3. Concertation pluriprofessionnelle (CPP)

Les CPP étaient une innovation mobilisée par les MSP pour avancer dans les prises en charges complexes et dépasser l'approche curative du modèle libéral actuel (44). Le nombre et le profil des professionnels y participant était varié. Leur participation se basait sur le volontariat et la motivation. Le binôme médecin-infirmier était souvent présent (44).

Les réunions mensuelles duraient en moyenne une à deux heures le midi (44).

Ces temps de concertation restaient souvent médico-centrés (42,44). Les thèmes abordés dépassaient ceux proposés par l'ACI. Les formes de concertation étaient variés (résolution de problème, anticipation et planification, réévaluation) et la complexité des situations traitait des problèmes sanitaires et sociaux (44).

La valorisation de ces temps de concertation était très hétérogène. La rémunération pouvait être reversée aux professionnels ou utilisée à des fins collectives (44).

L'hétérogénéité des pratiques de CPP renvoyait à leur nouveauté et à des adaptations locales. Elle est alors considérée comme un *"outil polymorphe mobilisé dans différentes activités de la MSP et répondant à différents types de besoins"* (44). Ainsi, pendant la crise COVID, les CPP de certaines structures ont été réorientés vers la gestion de la crise ou seulement vers les cas les plus complexes (17).

Toutefois, les CPP semblaient finalement davantage profiter à une prise de décision par les MG, éclairée par des informations transmises par les autres professionnels (22).

3.2.2.4. Système d'informations partagées

Les logiciels pluriprofessionnels, calqués sur des logiciels médicaux, ne répondaient pas aux missions attendues par les professionnels (22,23,42,45).

Les attentes des professionnels étaient différentes, les médecins cherchaient de l'ergonomie, alors que les kinésithérapeutes ou les infirmiers cherchaient un module de facturation simple. Les infirmiers

cherchaient un accès à domicile facile. Chaque professionnel cherchait à retourner vers un logiciel qui ressemblait à son logiciel professionnel antérieur (45).

Le manque d'adaptabilité (c'est-à-dire la capacité à laisser un degré de liberté à l'utilisateur dans la programmation des logiciels) et d'ergonomie était critiquée et à l'origine d'une dépendance des équipes envers les éditeurs (45).

L'usage semblait souvent initié par les médecins. Une majorité de professionnels conservait leur logiciel d'origine et une minorité d'entre eux remplissait les deux en parallèle. La messagerie partagée était peu utilisée et les informations étaient transmises de façon informelle. Le seul module qui semblait utilisé était celui des CPP (45).

Finalement, le système d'information partagé s'apparentait davantage à un outil de centralisation des informations que de concertation (42). Ainsi il n'était jamais identifié comme l'outil central mais plutôt comme un frein au travail pluriprofessionnel.

3.2.3. Dynamiques pluriprofessionnelles

La dynamique des équipes au sein des MSP étaient liées aux trajectoires de chacun des professionnels et aux opportunités offertes par l'environnement local (27).

3.2.3.1. Proximité entre les professionnels

La connaissance réciproque des compétences des professionnels était à l'origine d'une proximité cognitive et permettait d'accroître la confiance mutuelle et de diminuer la « hiérarchie symbolique » entre les professionnels. Elle émanait de la construction d'un projet de santé commun, du travail de formalisation des actions pluriprofessionnelles ou de formation collective à l'éducation thérapeutique par exemple. Elle favorisait le travail pluriprofessionnel. (22).

Une gouvernance collégiale, un management participatif et leadership partagé permettaient d'augmenter l'engagement des professionnels non médecins et participait à une dynamique pluriprofessionnelle favorable (22).

La proximité géographique induite par le regroupement dans un même lieu favorisait les échanges entre les professionnels (18), l'intensification des échanges, de nouveaux adressages ainsi que la délégation de tâches. Elle serait aussi à l'origine de coopérations informelles contribuant à un déplacement des champs d'intervention (42). Cet "*effet structure*" évoqué n'était pas imputable à l'ACI et induisait une coordination entre les professionnels qui n'était pas encadrée par les procédures formelles (42). On retrouvait d'ailleurs que le recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie était plus fréquent pour les patients suivis par les médecins exerçant en MSP (39).

3.2.3.2. Fonctionnement médico-centré

Les pratiques pluriprofessionnelles naissaient la plupart du temps de logiques médicales (27,42). Les médecins assumaient les décisions politiques et stratégiques, tandis que les autres professionnels se chargeaient des activités logistiques et administratives (42).

Une place hiérarchique du médecin persistait vis-à-vis de la place occupée dans les instances de concertation et la variabilité de la valorisation du temps pluriprofessionnel chez les professions paramédicales (27). L'effacement d'une logique hiérarchique et l'horizontalisation des relations restaient dépendants de l'acceptation des médecins et de leur conception du travail pluriprofessionnel (27).

3.2.4. Acquisition d'une culture commune pluriprofessionnelle

La transformation vers une culture pluriprofessionnelle était un des enjeux des MSP (29) mais faisait craindre une perte des marqueurs identitaires pour certains (18).

Des difficultés relationnelles et de gouvernance rapportées dans certaines équipes étaient dues à la cohabitation de professions autonomes et rémunérées à l'acte (23) et à l'opposition des logiques professionnelles (leadership médical dominant) et une logique pluriprofessionnelle (leadership partagé, rotatif ou collectif)(40).

Éviter les formes de répétition (normes, règles, etc.) maintiendrait la coordination « en mouvement ». Pour y parvenir les formations des professionnels devaient être repensés avec davantage de transversalité et l'ajout de compétences managériales (40).

Enfin la gestion de la pandémie a permis de mettre en évidence l'intérêt concret de la concertation, de resserrer les liens entre les professionnels et d'élargir le réseau au-delà du territoire défini (17).

3.2.5. Déplacement des frontières professionnelles

Les outils de régulation proposés par les politiques publiques cherchaient à définir le périmètre d'action de chacun mais s'éloignait de la réalité médico centrée (26,28). Toutefois des logiques informelles de coordination favorisée par le regroupement géographique entraînaient un déplacement des frontières professionnelles (42).

3.2.6. Utilisation de l'ACI

La contractualisation induisait une rationalisation des pratiques professionnelles qui reposait sur les professionnels et qui a fait naître une réflexion autour d'un statut de "libéral sous contrainte". Une interdépendance entre les professionnels libéraux des MSP et les autorités s'est construite (28,42).

Différents comportements ont été identifiés vis à vis de ce phénomène pour protéger les pratiques et développer de nouvelles approches en lien avec les besoins des professionnels : une formalisation avec un respect apparent des procédures, une réinterprétation des procédures pour adapter leurs pratiques et enfin une utilisation stratégique pour développer de nouvelles pratiques répondant aux besoins des professionnels (28). La taille de la structure, l'identité du leader ou le partage entre plusieurs professionnels du travail de mise en œuvre des procédures et la souplesse des autorités influençaient le mécanisme d'adaptation des pratiques vis-à-vis de l'ACI (28). Les professionnels s'approprièrent donc les outils et participèrent ainsi à la dynamique de rationalisation (28).

Enfin les professionnels soulignaient que le développement des MSP pouvait devenir un engagement « à marche forcée ». En effet, le nouveau fonctionnement et les outils développés dans les structures restaient dépendants des financements perçus via l'ACI (28).

3.3. Impact de l'exercice en MSP sur les pratiques professionnelles

3.3.1. Conditions de travail

L'exercice en MSP est le seul exercice de groupe qui semblait associé à une meilleure perception des conditions de travail des médecins (34). Il semblait améliorer leur qualité de vie, leur état de santé et leur moral (23) et agissait comme protecteur et pourvoyeur d'une qualité de vie satisfaisante si le niveau de coordination est jugé satisfaisant (23,34).

L'amélioration des conditions de travail provenait en partie de la convivialité au sein de la MSP, de la complémentarité des différentes professions et de l'émulation de groupe. Le déséquilibre perçu entre la participation financière aux charges et la rémunération, les difficultés de recrutement des remplaçants et de gestion des absences, l'insatisfaction du soutien moral reçu, la perception de ne pas être écouté lors des prises de décision étaient des difficultés altérant les conditions de travail (23).

3.3.2. Qualité des soins et productivité

Les MG exerçaient de façon plus productive en prenant en charge plus de patients avec un nombre de consultations et visites relativement stable (33,38). Ces résultats suggéraient un nombre d'actes par patient moins important mais une continuité relationnelle conservée (39).

Les MSP produisaient des soins de meilleure qualité avec une dépense ambulatoire moindre. La différence de dépense s'expliquait par une dépense moindre pour le recours aux soins spécialisés et de pharmacie. Ces résultats n'étaient pas directement attribués au versement d'une rémunération collective mais pouvait être attribués aux modalités d'intégration de la structure (colocalisation, coordination et coopération,...) (39,46).

La Rémunération sur Objectif Publique (ROSP) perçue par les médecins exerçant en MSP était supérieure de 9% par rapport aux médecins exerçant isolément, indépendamment du volume de leur patientèle. Ceci témoignait d'une meilleure réponse aux objectifs de santé publique (33,38).

Une offre de soins plus étendue avec davantage d'actions de prévention était proposée dans les MSP (36). Dans la démarche de s'engager dans une médecine du "care", les pratiques s'orientaient volontiers vers de la prévention lorsque les médecins étaient engagés dans le soutien de l'activité de leurs collègues. Les pratiques curatives demeuraient cependant encore majoritaires (27).

3.3.3. Rémunération des professionnels

L'exercice en MSP était associé à une hausse plus rapide des revenus des médecins que l'exercice isolé expliquée par une évolution plus rapide de la taille de la patientèle et les paiements forfaitaires associés (45).

La rémunération moyenne via l'ACI des MSP déjà adhérente en 2017 s'élevait à 69 664€ en 2018 soit 5% de plus que l'année précédente. Elle s'expliquait par la hausse du nombre de patients pris en charge, l'augmentation du nombre de professionnels au sein des MSP et une meilleure atteinte des indicateurs ACI (47).

Si l'ensemble des MSP est considéré, la rémunération moyenne était de 63 500€, la baisse s'expliquait par l'augmentation du nombre de MSP adhérentes à l'ACI (47).

3.3.4. Attractivité

Pour l'ensemble des territoires les MSP agissaient comme un "levier d'aménagement du territoire" en agissant comme amortisseur de la raréfaction des médecins dans les zones rurales (sans inverser pour autant la tendance à la baisse) et d'un levier attractif dans les zones urbaines. La baisse de la densité médicale étant moindre dans l'ensemble des territoires avec MSP (15).

Les zones semi-rurales avec MSP, semblaient plus attractives pour les jeunes professionnels. Cependant les médecins s'installent presque autant dans les zones rurales avec MSP que dans les zones semi-rurales sans MSP (15).

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Au 31 décembre 2021, 2018 MSP étaient en fonctionnement dont 1484 qui avaient signé l'ACI (48).

La répartition des MSP sur le territoire était hétérogène avec une concentration plus importante dans quatre régions « pionnières ». La création d'une MSP reposait sur un investissement conséquent du leader et fonctionnait autour d'une équipe pluriprofessionnelle qui cherchait à mutualiser des ressources. L'intégration des impératifs gestionnaires était à l'origine d'un « choc culturel » pour les professionnels.

Ensuite, le fonctionnement des organisations, le périmètre d'action des coordinateurs et la mobilisation des outils de coordination étaient hétérogènes. Les MSP se trouvaient à l'interface de différentes logiques professionnelles et gestionnaires que la fonction de coordination tentait d'articuler. Une interdépendance entre les professionnels et les autorités publiques pouvait se créer.

Enfin, l'exercice en MSP était associé à une amélioration des conditions de travail des professionnels. Les soins dispensés par des professionnels en MSP semblaient de meilleure qualité pour une dépense ambulatoire moindre. Leur implantation sur un territoire pourrait participer à atténuer la dégradation de l'offre de soin.

Notre revue de la littérature sur les MSP a montré la diversité des publications portant sur le sujet. Si 35 études ont été retenues, la thématique des MSP était surtout développée par quelques chercheurs. Le nombre d'étude sur chaque spécificité du modèle était restreint. Par ailleurs, il n'y avait pas de littérature qui remettait en cause ce modèle d'organisation des soins.

Il semble aussi important de souligner que les études s'inscrivaient dans un contexte réglementaire et conventionnel qui a évolué jusqu'à très récemment. De plus, l'information quant à la perception d'une rémunération forfaitaire (ENMR ou ACI) n'était pas toujours disponible. Une évaluation par l'IRDES de l'impact de l'ACI sur les structures est en cours, les résultats pourront apporter des éclairages à notre étude.

Plusieurs études étaient menées par des chercheurs de l'IRDES qui est un groupe d'intérêt public produisant des publications de recherche indépendantes et financé par l'État et les Caisses d'Assurance Maladie. La validation scientifique de certains enjeux politiques participerait à faire de l'IRDES un acteur du déploiement des MSP (49). Il semblerait aussi important de s'interroger sur la nature des indicateurs essentiellement centrés sur l'activité des MG notamment sur l'efficience et la productivité des structures. Si la place centrale des MG peut être une explication, il s'avèrerait nécessaire d'évaluer les pratiques et les ressentis des autres professionnels pour avoir un reflet holistique de ces organisations pluriprofessionnelles. Aucun auteur n'était issu d'une profession paramédicale et les résultats traitaient souvent des ressentis des médecins. Pour finir, peu d'études comparaient les MSP monosites et multisites alors que le regroupement physique semblait être pourvoyeur de transformation des pratiques.

2. Limites du travail

Notre travail présentait plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons réalisé une revue de la littérature francophone uniquement. Les terminologies pour désigner ces structures ont évolué au fil des politiques publiques, ainsi les études pouvaient être identifiées avec les termes "maison de santé pluri(-)professionnelle" ou "maison de santé pluri(-)disciplinaire". Il n'existait, à notre connaissance, pas de terme MESH défini pour identifier ces structures ce qui limitait les recherches, notamment à l'échelle internationale. Enfin, notre question de recherche traitait d'un sujet vaste avec des thématiques variées. Un choix a dû être fait quant aux résultats retenus et discutés.

3. Un modèle organisationnel à discuter

Malgré l'affichage politique et médiatique d'une volonté de faire de cet exercice coordonné la règle, il restait encore minoritaire en France (49–51). Nos résultats ont montré que le déploiement et l'appropriation du modèle par les différents acteurs était encore variable d'une structure à une autre. Il semble alors nécessaire d'être prudent vis-à-vis des conclusions à tirer sur leur l'accès aux soins.

Les MSP étaient perçues comme une alternative intermédiaire entre l'exercice libéral et salarié (52). La crainte d'une rationalisation de leurs pratiques éloignerait les professionnels de l'exercice libéral traditionnel caractérisé par une indépendance des professions vis-à-vis des institutions et d'un modèle bureaucratique (53,54). Conscient de l'enjeu démographique, les jeunes médecins semblaient moins attachés à cette identité libérale et ouverts aux innovations organisationnelles (55). Cependant le cloisonnement des formations des professionnels de santé et un manque de lisibilité des différentes structures sur un même territoire pourraient expliquer que l'acculturation au travail pluriprofessionnel restait lente (56,57).

A travers l'étude du déploiement des MSP, on constatait que les injonctions à la coopération continuaient d'être pressantes (58). Ces dissensions liées à l'opposition de certaines logiques professionnelles et gestionnaires avaient déjà pu être observée dans les réseaux de santé (59,60). Le regroupement physique pourrait cependant participer à la transformation des pratiques (61). L'absence de « modèle unique » et la plasticité de certaines structures pourraient leur permettre de s'adapter aux réalités du territoire d'implantation et ainsi favoriser leur intégration territoriale (62).

Dans l'organisation des soins primaires en France, d'autres structures d'exercice coordonnées ont été mises en place, pour favoriser un système ambulatoire tourné vers la population (63,64). Il existe des équipes de soins primaires (ESP) qui regroupent des professionnels autour d'une thématique sous une forme de coordination très souple. Les centres de santé (CDS), lorsqu'ils sont régis par l'accord national, contractualisent avec l'Assurance maladie. Ils se distinguent des MSP par le statut salarié des professionnels qui y exercent. Au sein des CDS, on retrouvait des médecins proches de la retraite plutôt « militants » de ce type d'exercice et des jeunes médecins qui ne souhaitaient pas s'installer en libéral(63). Les CDS étaient majoritairement implantés dans des zones fragiles et davantage en zone urbaine, ils offraient tous la garantie d'une large accessibilité financière et devaient obligatoirement pratiquer le tiers payant. Ils proposaient davantage une approche sociale des soins primaires, en lien avec leur histoire (64)(65,66). Le facteur de réussite de ces dispositifs semblait résider dans leur ancrage territorial (59,67). Enfin les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont une approche populationnelle et ont été pensées pour rassembler et coordonner les ESP et/ou les

acteurs d'un territoire autour d'un projet de santé, d'un lien ville-hôpital et d'une contractualisation avec l'Assurance Maladie (68). Les regroupements pluriprofessionnels à différents niveaux sont souvent portés par les mêmes leader (69).

Les structures d'exercice coordonné françaises sont relativement récentes en comparaison à d'autres modèles internationaux. Elles peuvent être décrites comme une hybridation des approches en termes de choix structurels et organisationnels. La pluriprofessionnalité prend différentes formes selon les pays, elle peut recouvrir le binôme médecin-infirmier comme dans les GMF au Québec ou des équipes plus élargies comme en Ontario, aux États-Unis ou au Royaume-Unis.

Au Canada, les mécanismes de régulation et les modalités d'organisation des soins sont gérés au niveau provincial. On retrouve deux modèles d'exercices de soins professionnels qu'il nous semble intéressant de commenter.

Les Groupes de Médecin de Famille (GMF) sont développés au Québec pour améliorer l'accès aux soins et aux services sociaux créés depuis 2001. Ils regroupent des médecins (qui peuvent exercer dans des sites différents) à qui l'État met à disposition des ressources humaines, matérielles et financières pour à assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la globalité des services de santé à la population inscrite (70). Ils contractualisent avec le ministère en charge de la santé qui accrédite les structures pour trois ans (71). En échange d'un nombre minimal d'usagers inscrits, d'une accessibilité horaire suffisante, d'un taux d'assiduité des patients et d'un système d'information partagé, l'État finance des services administratifs, informatiques et met à disposition des infirmières salariées (72). Par ailleurs, d'autres professionnelles peuvent intégrer l'organisation (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes) Ces ressources font l'attractivité du modèle (70). Les financements varient en fonction du nombre patient inscrit auprès des médecins du GMF. Un des médecins est désigné responsable et perçoit une rémunération forfaitaire pour cette fonction. L'évaluation du modèle montre que les professionnels ressentent une valorisation de leur rôle professionnel, permet d'offrir des meilleurs services de soins et instaure un climat de travail agréable (70).

En Ontario, les Family Health Team (FHT) sont des regroupements pluriprofessionnels développés depuis 2005 (73). Ils prennent en charge près d'un quart de la population d'Ontario (74). Les professionnels contractualisent avec l'État. Les modalités de financements sont plus nombreuses que les GMF avec notamment une rémunération sur objectif (75). La capitation qui est devenu majoritaire (73), honoraires pour leurs services, primes pour l'atteinte des objectifs de prévention, et des paiements spéciaux pour élargir leur offre de soins (76). Ils s'inscrivent dans une structuration de l'offre de soins de première ligne qui inclut différents échelons (77).

La patientèle prise en charge par la structure est calculée selon les patients suivis par les médecins de la structure comme en France. Le médecin a une place de leader (78). Les différentes structures varient beaucoup en termes de taille, de composition, d'organisation (79) et de services proposés (80). Leur flexibilité est une de leurs caractéristiques principales, ce qui leur permet de s'adapter aux besoins de la communauté qu'ils en ont en charge. Les professionnels échangent au moyen d'un système d'information partagé qui améliore la qualité de leur prise en charge et organise des réunions d'équipe (76). Les FHT ont démontré leur efficacité en augmentant le nombre et la qualité des soins délivrés et en majorant le nombre de patient suivi (80). L'exercice au sein des FHT est source d'une augmentation

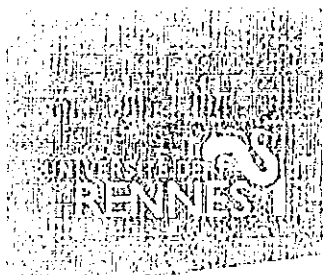
des revenus des médecins (76), ce qui aurait incité les médecins à quitter l'exercice traditionnel isolé (73).

Aux États-Unis, les Patient-Centered-Medical-Home (PCMH) ont été créés en 2007. Une équipe de soins pluriprofessionnelle pilotée par un médecin dispense des soins primaires centrés sur le patient avec de nouveaux modes de rémunération et développe de nouveaux modes de pratiques (81). Les structures répondent à une accréditation, une certification et peuvent percevoir des incitations financières si elles répondent aux critères demandés par la National Committee for Quality Assurance's (82). Les professionnels perçoivent un paiement à l'acte, une rémunération pour la coordination et une rémunération à la performance (81) qui valorise l'exercice coordonné (82). Le modèle des PCMH place le patient au centre de leur fonctionnement (81). Le dossier médical interopérable est identifié comme un élément clé censé faciliter le travail en équipe (81). Les facteurs de réussite de ces structures résident dans leur adaptabilité et l'évolution des mentalités (83). Les soins dispensés sont de meilleure qualité (84,85), toutefois la réduction des coûts totaux et des dépenses ne semble pas avoir été démontrée (86)(87).

Une comparaison plus poussée de ces différentes structures nécessiterait une analyse des systèmes de soins primaires dans lesquels elles s'intègrent.

CONCLUSION

Différentes logiques s'entrecroisent dans le déploiement et le fonctionnement des MSP témoignant des attentes et de l'engagement des différents acteurs dans leurs mises en place. Cela s'illustre aussi dans l'analyse des articles de recherche portant sur les MSP. Une réserve s'impose sur les conclusions à tirer face à l'évolution du contexte réglementaire et conventionnel dans lesquels s'inscrivent les études et le nombre limité d'études sur chacune des thématiques. Les MSP semblaient être relativement attractives chez les jeunes médecins et agir comme levier d'aménagement du territoire. Toutefois une acculturation au travail pluriprofessionnel et une articulation entre les logiques professionnelles et les logiques gestionnaires semblent nécessaire pour participer à la poursuite du déploiement efficace des MSP. Il apparaît nécessaire de poursuivre les évaluations à moyen et long terme et dans leur globalité pluriprofessionnelle.



FACULTE DE MEDECINE

SCOLARITE SANTE
BUREAU 3ÈME CYCLE

NOM et Prénom : CINOT Marianne

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

État des lieux des connaissances sur l'implantation et l'organisation des professionnels au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et sur l'impact sur les pratiques professionnelles.

Rennes, le

31/08/2022

Le Directeur de thèse

Rennes, le

31/08/2022

Pr Ronan GARLANTEZEC
Chef de service
Epidémiologie-Santé Publique
CHU RENNES
Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

19 SEP. 2022

Rennes, le

Le Président de l'Université
de Rennes 1

P/le Président et par délégation
le Vice-Président

D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010 p. 64. Report No.: WHO/HRH/HPN/10.3.
2. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2021.
3. Juilhard JM. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Sénat - Commission des Affaires Sociales; 2007 oct. Report No.: 14.
4. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(hs1):27-38.
5. Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management ». IGAS; 2006. (La Documentation française). Report No.: 2006-136P.
6. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. HEPL. janv 2010;5(1):71-90.
7. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
8. Circulaire du 27 Juillet 2010 relative au lancement du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.
9. Article L4041-4 - Code de la santé publique.
10. Article L6323-3 - Code de la santé publique.
11. AVECSanté. Bilan de l'ACI MSP : une montée en puissance qui doit être davantage accompagnée ! Communiqué de presse. juin 2022;
12. Saracci C, Mahamat M. Comment rédiger un article -scientifique de type revue narrative de la littérature ? Revue Médicale Suisse. 2019;15(664):1694-8.
13. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. déc 2019;4(1):5.
14. Safon MO. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. 2022;408.
15. Chevillard G, Mousques J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? IRDES, Questions d'Economie de la Santé. 2020;(247):8.
16. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. IRDES, Questions d'Economie de la Santé. 2013;(190):8.
17. Schweyer FX, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géral A, et al. Five Primary care teams facing the Covid Pandemic: analysis of territorial mobilizations. Revue francophone sur la santé et les territoires [Internet]. févr 2021
18. Bourgeois I, Fournier C. Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. Revue française des affaires sociales. 2020;(1):167-93.
19. Bourgeois I. Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. Journal de gestion et d'économie de la sante. 2019;N°1(1):54-71.

20. Bartoli A, Sebai J. L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. *Gestion* 2000. 2015;32(6):17-37.
21. Schweyer FX. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la sante*. 12 avr 2019;N° 1(1):33-53.
22. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économie de la santé*. 2014;(200):8.
23. Nguyen A, Joachim F, Lancrerot SL, Duhamel S. L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme. *Médecine*. 1 janv 2019;15(1):38-45.
24. Douguet F, Vilbrod A. L'exercice du métier de sage-femme libérale dans une organisation pluridisciplinaire : quels effets sur les coopérations interprofessionnelles ? *La Revue Sage-Femme*. avr 2019;18(2):68-73.
25. Bourgueil, Clément, Couralet, Mousquès, Pierre. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de franche-Comté et de Bourgogne. *IRDES, Questions d'Economie de la Santé*. 2009;(147):8.
26. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales*. 24 juin 2020;(1):57-77.
27. Fournier C. Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la sante*. 12 avr 2019;N° 1(1):72-91.
28. Moyal A. Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. *Revue française de science politique*. 17 déc 2019;Vol. 69(5):821-43.
29. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences Sociales et Santé*. 2014;32(2):67-95.
30. Beaucourt C, Kustos I, Roux L. Les espaces de médiation en maisons de santé pluriprofessionnelles : une lecture par l'ethos. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*. 13 févr 2017;256(1):3-28.
31. Cret B, Pascal C, Montes-Lihn J, Capgras JB, Guilhot N, Robelet M, et al. Coopération et concurrence dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires : une analyse multi-niveaux. *IRESP ; MultiCoop*; 2019.
32. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*. 2017;N° 164(4):887-902.
33. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 [Internet]. 2021 juill
34. Biais M, Cassou M, Franc C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. *DREES, Etudes et Résultats*. mai 2022;(1229).
35. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Sante Publique*. 5 nov 2015;27(4):539-46.
36. Clément MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Sante Publique*. 1 oct 2009;Vol. 21(hs1):79-90.
37. Yatim F, Sebai J. Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France. *Gestion et management public*. 2021;9 /

3(3):47-69.

38. Cassou M, Mousques J. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. IRDES, Questions d'Economie de la Santé. 2021;(258):7.

39. Mousquès J. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). IRDES, Questions d'Economie de la Santé. 2015;(2010):6.

40. Beaucourt C, Kustoscz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. Gestion et management public. 20 oct 2014;24(2):61-79.

41. François P, Cardaci C, Lopez-Ruiz C, Boussat B, Marchand O. Les outils d'évaluation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires : revue systématique. Rev Epidemiol Sante Publique. 11 févr 2017;65(1):61-9.

42. Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales. 24 juin 2020;(1):103-23.

43. Le Corre T, Fournier JP. Rôle des pharmaciens d'officine dans les protocoles des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2020 : étude descriptive transversale multi-méthodes. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2022;7.

44. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. Revue française des affaires sociales. 24 juin 2020;(1):125-41.

45. Naiditch M. Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? Revue française des affaires sociales. 24 juin 2020;(1):237-62.

46. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. IRDES, Questions d'Economie de la Santé. 2015;(211):6.

47. CNAM. Une rémunération conventionnelle en hausse pour des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en plein développement,. 14 mai 2019;

48. AVECSanté. ACI MSP : +25 % ! Les propositions d'AVECSanté (enfin) entendues. Communiqué de presse. mai 2022;

49. Vezinat N. Vers une médecine collaborative [Internet]. Presses Universitaires de France; 2019. 240 p.

50. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse; 2018 sept.

51. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Les dossiers de la DREES. 2019;

52. Vezinat N. 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. In: Les mutations du travail. La Découverte. 2019. p. 117-34. (Recherches).

53. Bloy G. 1. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: Singuliers généralistes. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 21-40. (Métiers Santé Social).

54. Laude L, Michel L, Schweyer FX. 4. Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ?. Manager une organisation de santé. Presses de l'EHESP; 2018

55. Schweyer FX. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In: Singuliers généralistes. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 379-402. (Métiers Santé Social).

56. Moyal A, Fournier C. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. *Les Tribunes de la santé*. 2022;71(1):33-45.
57. Schweyer FX. Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé. In: *Intervenir en première ligne*. L'Harmattan. 2016. p. 39-60. (Le travail du social).
58. Denise T, Dos Santos M, Divay, Fournier C, Girard L, Luneau A. Pratiques de coopération en santé. *Regards sociologiques*. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. 2022. 488 p.
59. Schweyer FX. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociologies pratiques*. 2005;11(2):89-104.
60. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):231-60.
61. Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*. juin 2019;123(6):550-63.
62. Kustos I. Contextualiser les maisons de santé pluriprofessionnelles dans leur cadre institutionnel : un objet pour plusieurs projets. 2016.
63. Ridard E, Somme D. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. *Santé Publique*. 2018;30(3):361-70.
64. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). Presses de l'EHESP. 2021. 120 p. (Débats Santé Social).
65. Colin MP, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé Publique*. 2009;21(hs1):57-65.
66. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? *IRDES, Questions d'Economie de la Santé*. 2011;(165):8.
67. Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé Publique*. 2009;21(hs1):7-16.
68. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
69. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS. 2018 p. 88. Report No.: 2018-041R.
70. Gauthier A. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers Groupes de médecine de famille au Québec. Québec: Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux; 2008 déc.
71. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011;42(2):101.
72. Hébert R. Les soins et services aux personnes âgées au Québec. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*. 2022;31(1):62-8.
73. Glazier RH, Redelmeier DA. Building the Patient-Centered Medical Home in Ontario. *JAMA*. 2 juin 2010;303(21):2186-7.
74. Government of Ontario M of H and LTC. Family Health Teams - Ministry Programs - Health Care Professionals - MOHLTC [Internet]. Government of Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care;
75. Bourgueil Y. La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France. *Les Tribunes de la santé*. 29 oct 2013;40(3):63-8.

76. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med.* mars 2011;9(2):165-71.
77. Brown JB, Ryan BL. Processes that influence the evolution of family health teams. *Can Fam Physician.* juin 2018;64(6):e283-9.
78. Haydt SM. Politics and Professions: Interdisciplinary Team Models and Their Implications for Health Equity in Ontario. *Int J Health Serv.* avr 2018;48(2):302-27.
79. Rudoler D, Peckham A, Grudniewicz A, Marchildon G. Coordinating primary care services: A case of policy layering. *Health Policy.* 1 févr 2019;123(2):215-21.
80. Somé NH, Devlin RA, Mehta N, Zaric GS, Sarma S. Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine.* 1 nov 2020;264:113310.
81. Rittenhouse DR, Shortell SM. The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? *JAMA.* 20 mai 2009;301(19):2038-40.
82. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2011;42(1):27-34.
83. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stewart EE, Stange KC, Jaén CR. Journey to the patient-centered medical home: a qualitative analysis of the experiences of practices in the National Demonstration Project. *Ann Fam Med.* 2010;8 Suppl 1:S45-56; S92.
84. Reibling N. The Patient-Centered Medical Home: How Is It Related to Quality and Equity Among the General Adult Population? *Med Care Res Rev.* oct 2016;73(5):606-23.
85. Shi L, Lee D, Chung M, Liang H, Lock D, Sripipatana A. Patient-Centered Medical Home Recognition and Clinical Performance in U.S. Community Health Centers. *Health Serv Res.* juin 2017;52(3):984-1004.
86. Pranav MP, Varun V, Renuka G. Accountable Care Organizations and Patient-Centered Medical Homes: Health Expenditures and Health Services. *AJMC.* 2020;8(2).
87. Vetter, Garrett L., "The Patient-Centered Medical Home and the Value of Heightened Care Coordination: A Systematic Literature Review" (2022). Capstone Experience. 213.

GLOSSAIRE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Centre de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPP : Concertation Pluriprofessionnelle

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ESP : Équipe de Soins Primaires

FHT : Family Health Team

GMF : Groupe de Médecin de Famille

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

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

IRESP : Institut pour la Recherche en Santé Publique

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe

PCMH : Patient Centered Medical Home

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

ANNEXES

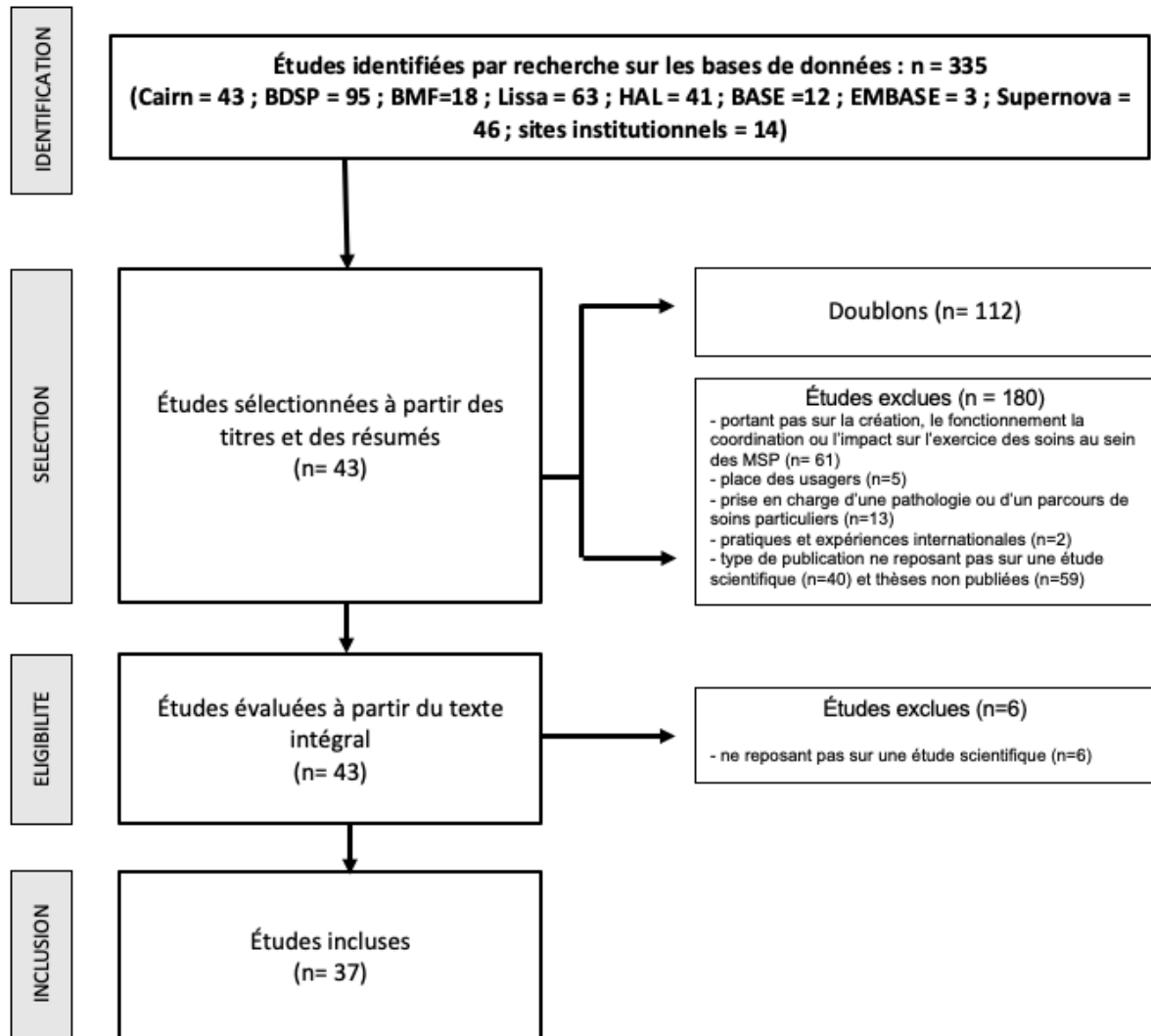
Tableau 1 – Caractéristiques des études

AUTEURS	DISCIPLINE DE(S) L'AUTEUR(S) PRINCIPAL(X)	ANNEE	REVUE	THEMATIQUE ETUDIEE	METHODE	POPULATION	PERIODE D'ETUDE
Clément et al.	Santé Publique	2009	Santé Publique	Caractéristiques organisationnelles, efficacité et productivité	Etude multi-méthode : qualitative puis quantitative	9 MSP en Bourgogne et Franche-Comté	2007-2009
Bourqueil et al.	Santé Publique	2009	Questions d'économie de santé	Caractéristiques organisationnelles, efficacité et productivité	Etude multi-méthode : qualitative puis quantitative	9 MSP en Bourgogne et Franche-Comté	2007-2010
Chevillard et al.	Géographie	2013	Questions d'économie de santé	Répartition géographique des MSP et impact sur la densité des MG	Etude quantitative	MSP française en fonctionnement au 1 ^{er} janvier 2013 - densité des MG	2004-2008 vs 2008-2011 et 2013
Afrite et al.	Statistique	2013	Questions d'économie de santé	Présentation de l'évaluation des ENMR	Etude multi-méthode : quantitative et médico-économique	MG des sites ENMR vs témoins	-
Beaucourt et al.	Science de gestion	2014	Santé Publique	Analyse de la mise en place de la coordination entre acteurs	Etude qualitative	1 MSP française et 1 MSP belge	2013-2014
Fournier	Santé Publique/Sociologie	2014	Sciences sociales et santé	Analyse de la création d'une MSP	Etude qualitative	1 MSP en zone urbaine sensible	Mars 2011 à juin 2013
Afrite, Mousquès	Statistique/Economie	2014	Questions d'économie de santé	Typologies des maisons, pôles et centres de santé	Etude quantitative	36 Centres, 74 maisons et 37 pôles de santé participant aux ENMR et inclus lors des deux premières vagues de l'expérimentation (2010-2011 et 2011-2012).	2011/2012 puis 2013
Fournier et al.	Santé Publique/Sociologie	2014	Questions d'économie de santé	Emergence d'une dynamique pluriprofessionnelle (freins et leviers) et rôle des NMR	Etude qualitative	4 MSP dans 2 régions de France	Avril à septembre 2013
Marchand et al.	Médecine générale	2015	Santé Publique	Implantation et caractéristiques organisationnelles	Etude quantitative	MSP identifiées par l'ARS de la région Rhône-Alpes au 31/03/2013	Mars et avril 2013
Bartoli, Sebai	Sciences de gestion	2015	Gestion 2000	Caractéristiques organisationnelles	Etude qualitative	50 professionnels de santé exerçant en groupe en Ile de France et responsable ARS, FFMPS et élus territoriaux	2013-2015
Mousquès	Economie	2015	Questions d'économie de santé	Impact de l'exercice en MSP sur la qualité des pratiques	Etude quantitative	MG des 94 sites ENMR vs témoins	2009-2012
Mousquès	Economie	2015	Questions d'économie de santé	Impact de l'exercice en MSP sur la productivité et l'efficacité	Etude médico-économique	MG des 94 sites ENMR vs témoins	2010 à 2012
Sebai, Yatim	Science de gestion	2017	Revue Française des affaires publiques	Implantation et caractéristiques organisationnelles	Etude quantitative	Données de l'enquête nationale réalisée en 2014 par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins de la DGOS	2014
Beaucourt et al.	Science de gestion	2017	Revue interdisciplinaire management homme & entreprise	Analyse de la transformation des pratiques professionnelles et des interactions entre les acteurs	Etude qualitative	2 MSP françaises - 1 MSP belge	
Francois et al.	Médecine générale/Santé publique	2017	Revue d'épidémiologie et de santé publique	Evaluation des outils d'évaluation des regroupements pluriprofessionnels	Revue de la littérature	65 documents portant sur 16 instruments d'évaluation	Mai 2014 à avril 2015
Moyal	Sociologie	2019	Revue française de science politique	Impact de l'ACI et la "rationalisation" des pratiques	Etude qualitative	6 MSP	Décembre 2016 à février 2019

Suite Tableau 1

AUTEURS	DISCIPLINE(S) / AUTEUR(S) PRINCIPAL(X)	ANNEE	REVUE	THEMATIQUE ETUDIEE	METHODE	POPULATION	PERIODE
Schweyer	Sociologie	2019	Journal de gestion et d'économie de la santé	Analyse d'une formation et de la professionnalisation des coordinatrices	Etude qualitative	Equipe pilote de la formation PACTE, formateurs et leaders MSP	2014-2017
Bourgeois	Sociologie	2019	Journal de gestion et d'économie de la santé	Intervention des consultant dans la création d'une MSP	Etude qualitative	Mission d'intervention d'accompagnement au changement dans un cabinet de consultant	
Fournier	Santé Publique/Sociologie	2019	Journal de gestion et d'économie de la santé	Analyse de la transformation des pratiques professionnelles	Etude qualitative	4 MSP participant à l'ENMR dans deux régions différentes	2013 puis 2017
Buttard et al.	Economie	2019	Journal de gestion et d'économie de la santé	Intégration des pharmaciens dans une MSP	Revue de la littérature		
Nguyen et al.	Médecine générale	2019	Médecine	Conditions de travail des professionnels	Etude quantitative	243 professionnel exerçant en MSP	Mars à juillet 2018
Douguet, Vilbrod	Sociologie	2019	Sages-femmes	Collaboration des sage-femmes au sein d'une MSP	Etude multi-méthode : quantitative et qualitative	29 sage-femme exerçant dans 22 MSP ou pôle de santé en Bretagne	2015
Cret	Sociologie	2019	-	Dynamique de coopération	Etude multi-méthode : qualitative et quantitative	4 MSP dans l'Ain et 2 en Aveyron UN corpus documentaire a été constitué à partir : - des textes constituant le socle de la politique publique française de développement des MSP : textes de loi, instructions et circulaires, accord conventionnel... - des rapports ayant trait aux MSP (AM, JGAS, IRDES,...)	2000-2019
Ray et al.	Santé Publique/Sociologie	2020	Revue Française des Affaires Sociales	Logique de développement du modèle organisationnel des MSP dans les politiques publiques	Etude qualitative		
Moyal	Sociologie	2020	Revue Française des Affaires Sociales	Impact de la coordination et analyse de la transformation des pratiques	Etude qualitative	5 MSP signataires de l'ACI	2016 - 2018
Ramond-Roquin et al.	Médecine générale/Santé Publique	2020	Revue Française des Affaires Sociales	Concentration pluriprofessionnelle	Etude qualitative	6 MSP signataires de l'ACI en Pays de la Loire et en Bretagne	Décembre 2018 - juillet 2019
Bourgeois, Fournier	Sociologie/Santé Publique	2020	Revue Française des Affaires Sociales	Analyse de l'étape de contractualisation	Etude qualitative	27 MSP non signataires de l'ACI	Juin à octobre 2018
Naiditch	Santé Publique	2020	Revue Française des Affaires Sociales	Système d'information partagé	Etude qualitative	11 MSP enquêtées dans trois régions (Normandie, Hauts-de-France, Pays de la Loire) + 4 experts	
Chevillard, Mousquès	Géographie/Economie	2020	Questions d'économie de santé	Impact du regroupement sur la densité médicale	Etude quantitative	Densités de médecins généralistes libéraux, pour les années de 2004 à 2017 et MSP ouvertes entre 2008 et 2016	2004 vs 2017
Schweyer et al.	Sociologie	2021	Revue francophone sur la santé et les territoires	Analyse de la gestion de crise COVID au sein des MSP	Etude qualitative	5 MSP signataires de l'ACI en Pays de la Loire et en Bretagne	Juin à octobre 2020
Sebai	Science de gestion	2021	Gestion 2000	Adaptabilité de structures dans un contexte pandémique	Etude qualitative	2 MSP d'île de France	Mars à Juin 2020
Cassou, Mousquès	Economie	2021	Questions d'économie de santé	Impact de l'exercice en MSP sur les revenus des médecins	Etude médico-économique	813 MG exerçant en MSP vs témoins	2008 et 2014
Yatim, Sebai	Science de gestion	2021	Gestion et management public	Caractéristiques organisationnelles	Etude quantitative	956 MSP recensées en France depuis 2008	2008-2014
Le coore, Fournier (JP)	Médecine générale	2022	Annales pharmaceutiques française	Rôle des pharmaciens dans les protocoles	Etude multi-méthodes : étude quantitative et qualitative	22 MSP labellisées en Loire-Atlantique et Vendée en 2020	2020
Biais et al.	Economie de la santé	2022	Etudes et résultats	Conditions de travail des médecins dans les regroupements	Etude quantitative	médecins exerçant en France métropolitaine, seuls, en groupe avec des MG, ou en groupe avec d'autres médecins et des paramédicaux.	Octobre 2018 à février 2019

Figure 1 : Diagramme de Flux



CINOT, Marianne - État des lieux des connaissances sur l'implantation et l'organisation des professionnels au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et l'impact sur les pratiques professionnelles.

36 pages, 1 illustration, 1 tableau, 30 cm Thèse : Médecine ; Université de Rennes 1; 2022

Résumé français

CONTEXTE : Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont déployées depuis 2008 pour répondre aux problématiques d'accès aux soins. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) permet d'accompagner et de rémunérer les professionnels.

OBJECTIF : Établir un état des lieux des connaissances concernant l'implantation des MSP, leurs fonctionnements et leurs impacts sur les pratiques des professionnels.

MÉTHODE : Revue narrative de la littérature française à partir de 8 bases de données et des sources institutionnelles.

RÉSULTATS : 35 études et 2 documents institutionnels ont été inclus. Leur implantation était hétérogène mais majoritairement en zone fragile. Leur fonctionnement restait médico-centré et hétérogène d'une structure à l'autre. Elles semblaient participer à une amélioration de la qualité des pratiques, une réduction des dépenses de soins ambulatoires et à atténuer la rareté médicale.

DISCUSSION : Elles participaient au développement de l'exercice coordonné comme une norme promue par les pouvoirs publics et s'inspiraient de modèles internationaux. Toutefois l'appropriation du modèle par les professionnels libéraux restait variable et une acculturation au travail pluriprofessionnel semblait nécessaire. Les évaluations devraient se poursuivre pour obtenir davantage d'étude sur les différentes spécificités pluriprofessionnelles des MSP sur le long terme.

Résumé anglais :

CONTEXT: The Multiprofessional Health Centers (MSP) have been deployed since 2008 to respond to issues of access to care. The Conventional Interprofessional Agreement (ACI) makes it possible to support and remunerate professionals.

OBJECTIVE: Establish an inventory of knowledge concerning the implementation of MSPs, their operation and their impact on the practices of professionals.

METHOD: Narrative review of French literature based on 8 databases and institutional sources.

RESULTS: 35 studies and 2 institutional documents were included. Their location was heterogeneous but mostly in fragile areas. Their functioning remained medico-centric and heterogeneous from one structure to another. They seemed to contribute to an improvement in the quality of practices, a reduction in ambulatory care expenses and to attenuate medical scarcity.

DISCUSSION: They contributed to the development of coordinated exercise as a standard promoted by public authorities and were inspired by international models. However, the appropriation of the model by liberal professionals remained variable and acculturation to multi-professional work seemed necessary. Evaluations should continue to obtain more study on the different multi-professional specificities of MSPs over the long term.

Rubrique de classement : Revue narrative de la littérature

Mots-clés français : Exercice de soins coordonné, Maison de santé pluriprofessionnelle, Soins primaire

Mots-clés anglais : Primary Care team, Primary Health Care, Multiprofessional Group Practice, Coordinated care

Président : Pr Ronan GARLANTEZEC

JURY : Assesseurs : Dr FIQUET Laure – directrice de thèse
Dr POIMBOEUF Julien – directeur de thèse
Pr AME-THOMAS Patricia
Dr CHHOR Sidonie