



HAL
open science

RENOUVELER LE PREMIER RECOURS PAR LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UNE APPROCHE PAR LES OUTILS

Isabelle Kustoscz

► **To cite this version:**

Isabelle Kustoscz. RENOUVELER LE PREMIER RECOURS PAR LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UNE APPROCHE PAR LES OUTILS . 2016. halshs-01463940

HAL Id: halshs-01463940

<https://shs.hal.science/halshs-01463940>

Preprint submitted on 9 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

RENOUVELER LE PREMIER RECOURS PAR LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UNE APPROCHE PAR LES OUTILS

**Isabelle KUSTOSZ, Maître de conférences à l'IAE de Valenciennes. Institut du
développement et de la prospective. IDP EA 1384.**

WORKING PAPER – Juillet 2016

Introduction

Ce chapitre propose de comprendre le fonctionnement et les singularités des MSP en mobilisant la notion d'outil. En effet la MSP peut être considérée comme un instrument de la réforme du système de santé en cours¹ ; mais elle peut aussi être considérée comme utilisatrice d'outils créés pour son fonctionnement quotidien et son développement. La MSP dispose ainsi d'outils spécifiquement dédiés ou régulièrement adaptés sur lesquels elle s'appuie pour fonctionner. Qu'ils soient techniques ou processuels, sanitaires ou organisationnels, destinés à faciliter l'action collective ou à servir la performance, ces outils sont souvent innovants et parfois même sont-ils encore en cours d'expérimentation. Le chapitre s'articule autour de deux parties. La première présente la MSP pouvant elle-même être considérée comme un outil de transformation du premier recours notamment en contribuant à valoriser les fonctions d'accessibilité, de collaboration et de participation dans le système de santé français. La seconde partie présente les outils actuellement en usage au sein des MSP, et dont nous voudrions montrer qu'ils ne sauraient se réduire à n'être qu'exploités, à ne constituer qu'une simple boîte à outils, pour au contraire insister sur leur dimension évolutive et leur contribution à l'exploration de nouvelles voies.

Pour dresser ce panorama, nous allons tenter de classer ces outils en différentes catégories. Un certain nombre d'outils au service du développement des MSP font partie intégrante du cahier des charges national (tels le dossier patient commun et partagé ou la prise en charge pluriprofessionnelle). Parfois ils excèdent ce cadre strict et accompagnent des initiatives spécifiques à chaque contexte particulier (notamment la démarche qualité, les enquêtes de

¹ La MSP est susceptible d'articuler les évolutions en termes de gestion des temps de travail et de la carrière des professionnels de santé et le renouvellement de la prise en charge des soins de premiers recours constituant ainsi un socle à la revalorisation de la médecine générale.

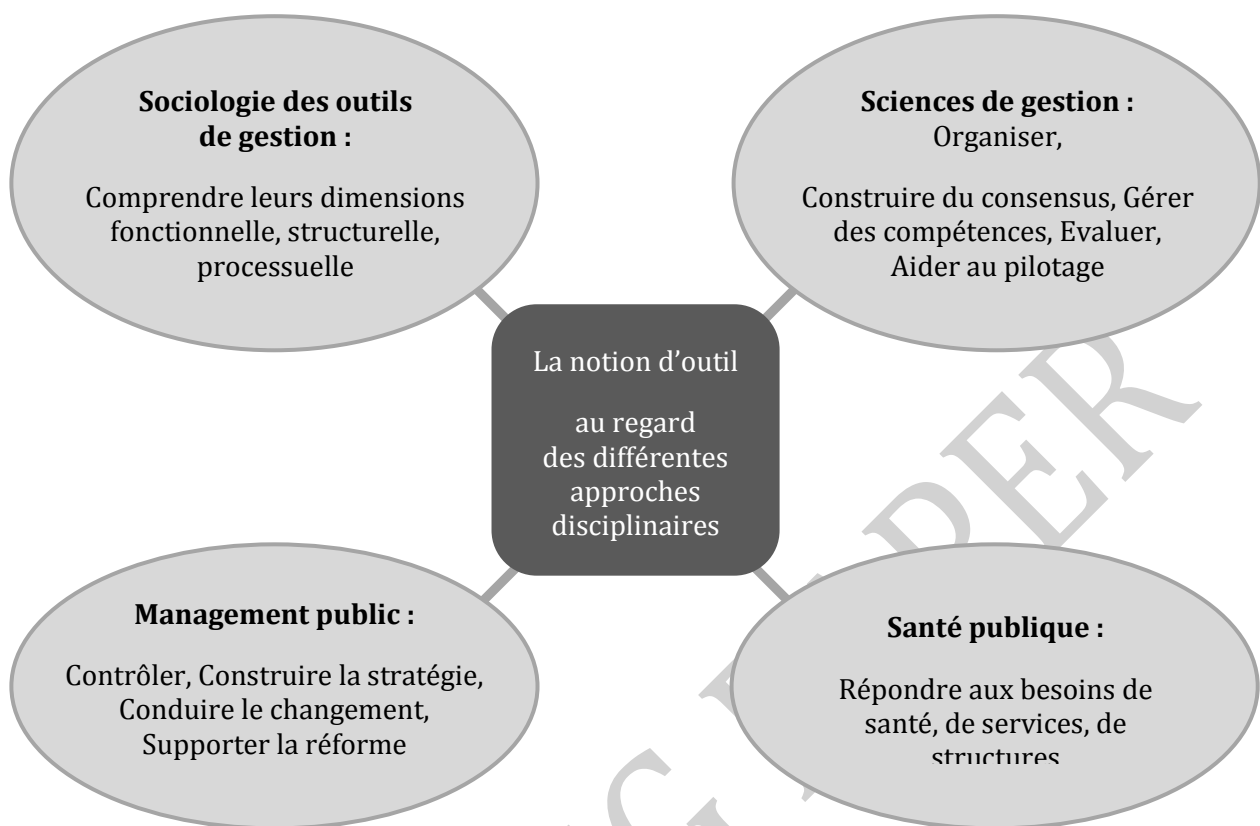
satisfaction auprès des patients, la recherche de financement, etc.). Parfois encore ils reposent sur des techniques managériales essentiellement tournées vers la coordination (l'organisation de réunions, la mise en place de salles de convivialité, la répartition des tâches etc.). On l'aura compris il n'est pas aisé de catégoriser ces multiples outils. Si on mobilise la sociologie des outils de gestion par exemple (Eve Chiapello et Patrick Gilbert, 2013), on pourra les distinguer selon leur dimension fonctionnelle ou organisationnelle (qui renvoie à la performance de l'organisation du point de vue de ses instances dirigeantes), selon leur dimension structurelle (qui en fait les supports de régularités, d'automatismes, de routines organisationnelles) ou encore selon leur dimension processuelle c'est-à-dire leur usage en situation et dans des contextes toujours singuliers et renouvelés. On pourra encore pour les observer, adopter une posture technophile proche des aspirations du management scientifique et des sciences de l'ingénieur ou au contraire on optera pour un regard technosceptique laissant une part importante au facteur humain dans la façon dont on s'en saisit et aux jeux d'acteurs qui s'y mettent en place, comme à la dimension critique qui y verra le poids d'institutions en quête de pouvoir et de légitimité.

Du point de vue de la gestion et du management (Sébastien Damart, 2013), on pourra les classer selon qu'ils servent à construire du consensus, qu'ils gèrent les compétences, qu'ils évaluent, qu'ils aident au pilotage, ou tout simplement qu'ils organisent le travail parfois dans ses aspects les plus prosaïques (la gestion des absences par exemple). Les outils du management public en outre (Jean-Raphael Alventosa, 2012) se fixent désormais des objectifs de performance qui pour être atteints mobilisent tant des outils de contrôle que des outils stratégiques ou encore des outils de conduite du changement et de mobilisation des acteurs.

Du point de vue de la santé publique, on pourra privilégier à l'instar de Raynald Pineault (2012), une classification basée sur la réponse aux besoins. L'identification des besoins constitue selon lui, le point de départ de l'analyse des systèmes de santé et ces besoins peuvent s'exprimer en termes de santé, de services ou de structures. Il s'agit alors de voir les outils comme susceptibles de combler l'écart entre une situation donnée jugée insatisfaisante et une situation souhaitée qu'on se donne comme objectif d'atteindre². La seconde partie s'appuiera sur la classification proposée par Pineault.

Encart 1 - Fonctions des outils selon les approches disciplinaires

² Cependant selon les points de vue adoptés, c'est-à-dire selon les perceptions de l'individu-patient, du professionnel de santé ou du gestionnaire l'ampleur des besoins, de même que leur priorisation, varient.



En tout état de cause les liens entre outils de gestion et organisation témoignent d'une transformation conjointe et de même que la MSP utilise et transforme les outils, les outils deviennent à la fois objets et moteurs du changement. « Il faut donc renoncer à la fiction d'une stabilisation du fonctionnement organisationnel par les outils, ou du moins considérer qu'ils ouvrent autant la voie à l'exploration qu'à l'exploitation » (Bessire et al., 2012, p.55)³.

1. La maison de santé, l'outil physique de l'accessibilité et de la participation

³ Dans ce dossier de Management et Avenir (2012) intitulé « De l'adoption à l'appropriation : une exploration croisée des liens entre outils de gestion et organisation », l'introduction de Bessire et al. rappelle, outre la dimension symbolique des outils et la diversité de leur usage, le mouvement de transformation réciproque des outils par l'organisation et de l'organisation par les outils.

La MSP contribue à la transformation du premier recours notamment en contribuant à valoriser les fonctions d'accessibilité, de collaboration et de participation dans le système de santé français : en ce sens elle est elle-même un des outils de la réforme de notre système de santé.

1.1. La symbolique du lieu domestique : la maison comme métonymie opérante

Attachons-nous d'abord à comprendre ce qu'évoque le concept de « maison » utilisé ici pour désigner cette nouvelle forme d'organisation de santé. La « maison », il n'est bien entendu pas anodin qu'elle soit ainsi appelée, est d'abord un outil physique facilitant l'accès d'une population donnée aux soins de premier recours, en ce sens elle participe de l'aménagement du territoire (comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents). C'est donc un lieu caractérisé le plus souvent par une construction – mais plus qu'un lieu c'est aussi une « maison ».

On imaginera d'abord une bâtisse avec sa porte d'entrée, ses fenêtres, ses couloirs et ses différentes pièces ayant chacune une fonction particulière. On pensera aussi à un lieu familier, humble, convivial, facile à s'approprier, où il est possible de s'abriter, de se reposer, et dans lequel on peut se retrouver, se regrouper, vivre des moments conviviaux. On sentira ce lieu comme un lieu dans lequel on ne sent pas étranger, auquel on est habitué et dans lequel on pourrait se sentir bien. Ce qu'évoque le concept de « maison », c'est d'abord un environnement domestique et quotidien, simple et accessible qui sécurise, aussi bien les professionnels de santé que les patients. Des visites in situ, en France et en Belgique, en milieu rural comme en milieu urbain, ont permis de prendre la mesure de la dimension domestique des « Maisons de santé ». En Belgique notamment ce sont souvent d'anciennes maisons de ville qui ont été aménagées ; hormis la salle d'attente et les cabinets de consultation, on y trouve des espaces de convivialité (salles de rencontre et cuisine). Ces vraies maisons détournées de leur fonction initiale imposent vite des contraintes physiques au développement du projet mais on y sent l'esprit d'entraide qu'on retrouve souvent dans certains lieux associatifs (Les associations, Laville et Sainsaulieu, 2013). En France, des aides financières aux projets immobiliers ont souvent permis de construire des bâtiments neufs aux décors plus aseptisés mais dont la fonctionnalité est souvent remarquable. Certains sont même dotés de logements prêtés aux internes de médecine en stage dans la perspective d'une meilleure attractivité du territoire.

Le nom de « Maison » renvoie donc à des notions de familiarité et d'intimité qui évoquent une autre façon de faire de la médecine, véhiculant l'idée d'un médecin plus accessible, plus proche, sorte de version modernisée du médecin de famille. C'est aussi un lieu vivant permettant la rencontre d'un grand nombre d'acteurs (usagers, professionnels, associatifs, travailleurs sociaux etc.) où cohabitent différents types d'activités (les soins, mais aussi l'accompagnement social, voire des activités associatives). La dimension domestique⁴ renvoie en outre à l'idée d'un modèle

⁴ « Ainsi on notera qu'en France comme aux Etats-Unis, les perspectives de réorganisation de la médecine de premier recours se construisent autour de la même notion de « maison » ce qui révèle l'attraction de la référence à la sphère familiale/domestique – synonyme de confiance, de relations désintéressées, de

économique susceptible de s'affranchir des modèles standards de l'économie de la santé (on verra plus loin les outils de nouveaux modes de rémunération qui y sont utilisés). Pour autant le rôle du médecin généraliste comme pilier et point d'entrée du système de santé est sans doute abusivement considéré comme garant d'une gestion « en bon père de famille »⁵ (On voudrait notamment lui conférer un rôle de *gate keeper*, c'est-à-dire de garde barrière d'accès aux soins spécialisés⁶).

C'est aussi au patient acteur de la gestion quotidienne de sa maladie, que le nom de « maison » renvoie. Quel lieu plus adapté finalement pour suivre le patient dans son milieu, et appréhender sa santé sous d'autres angles que l'angle strictement médical, que la « maison », redonnant potentiellement à la santé son sens existentiel, soulignant la singularité du patient et permettant de le soigner en tenant plus facilement compte de la globalité des éléments qui constituent son environnement quotidien.

Voilà donc un mot riche d'images, chargé d'affects, qui n'a pas été choisi au hasard, mais qui doit finalement désigner la MSP du point de vue du patient, comme un outil pour l'accessibilité et un renouvellement des pratiques de soin et du point de vue du professionnel de santé, comme un des éléments qui permettent de « réenchanter le métier » (p. 92, Magali Robelet), en offrant une plus grande maîtrise des horaires de travail, en favorisant l'entraide dans le cadre des cas difficiles, en évitant de subir ce que le sociologue interactionniste Eliot Freidson⁷ appelle la « dépendance du patient »⁸.

1.2. Des espaces à géométrie variable pour une vision élargie de l'accessibilité

chaleur humaine, de considérations pour la personne – pour caractériser à la fois le lieu et le mode d'organisation de la prise en charge de premier recours. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit aux Etats-Unis d'une maison médicale et en France d'une maison de santé » (P.L. Lebras, 2011, p. 32)

⁵ « Les généralistes français voient leurs rôles valorisés par les pouvoirs publics qui souhaitent ainsi restreindre les surcoûts liés à la pratique spécialisée » (Magali Robelet, « La médecine générale : heurs et malheurs d'une profession », p. 89, in Catherine Halpern (2010), La santé. Un enjeu de société, Edition Sciences Humaines. p. 87-94.

⁶ Frédéric Pierru, p. 249, « Comparaison de quatre systèmes de santé », in Catherine Halpern (2010), La santé un enjeu de société, Edition Sciences Humaines.

⁷ La profession médicale, Payot, 1984. *Profession of medicine, A study of the sociology of applied knowledge*, University of Chicago Press, 1970.

⁸ Il s'agit de dépasser l'ethos professionnel marqué « par la disponibilité permanente pour le patient et les frontières floues entre vie professionnelle et vie privée » (Magali Robert, p.93).

Au-delà de notre analyse préliminaire sur le nom de « maison », nous allons voir en quoi la MSP peut être réellement considérée comme le lieu du renouvellement de l'organisation collective des soins de premiers recours. Elle est à la fois lieu de transformation du rapport aux soins et à la patientèle (nous développerons plus loin la notion de santé communautaire) et un lieu de transformation professionnelle (coordination, articulation vie professionnelle/vie privée etc.).

Parce qu'elle est censée lutter contre les inégalités de répartition territoriale⁹, elle accompagne une nouvelle géographie des soins tournée vers la réduction des inégalités spatiales. A ce titre l'accessibilité est un composant essentiel de la MSP¹⁰. L'accessibilité géographique en premier lieu doit faciliter l'utilisation des services et l'accès aux soins. Elle est conditionnée à la fois par le comportement et les capacités de mobilité des patients qui entreprennent la démarche de consultation et l'offre située géographiquement et matériellement. Distances à parcourir, temps de trajet, possibilités de stationnement, coût du déplacement, amélioration du maillage de transports publics (Thomas Jeanmaire et al., 2009)¹¹, mais aussi aménagement pour les personnes à mobilité réduite par exemple, sont autant de facteurs favorisant ou pas, dont il doit être tenu compte. Mais l'accessibilité n'est pas que spatiale, elle dépend aussi de la disponibilité des professionnels de santé. Les plages horaires nous viennent d'abord à l'esprit, mais l'organisation pratique des soins (durée de la consultation, nombre de médecins sur place, présence d'une salle de consultations non programmées, capacité du personnel d'accueil à renseigner, à informer et à orienter) est elle aussi déterminante¹². Il y a donc de multiples dimensions de l'accessibilité, certes géographique mais d'autres encore qui témoignent du caractère non spatial des services et des ressources (Penchansky et Thomas, 1981)¹³.

La MSP doit idéalement tenir compte de l'accessibilité culturelle, sociale, organisationnelle et bien entendu économique. La question de la généralisation du tiers payant reste à ce titre absolument pertinente. Cette accessibilité socio-organisationnelle fait l'objet d'un soin particulier en Belgique dans les maisons médicales qui sont historiquement le fruit d'une démarche militante encore et toujours très prégnante. La FMM (Fédérations des Maisons Médicales) produit de nombreux rapports rappelant que l'accessibilité est constituée outre de l'élément spatial, de facteurs favorisant la disponibilité (existence de la ressource), la commodité (capacité de s'adapter aux contraintes, horaires d'ouverture, accueil téléphonique, admission),

⁹ Le projet de loi santé 2015 présenté en octobre 2014 continue d'appeler à « généraliser l'engagement des établissements dans des projets médicaux communs de territoire » et propose la création du service territorial de santé au public pour faciliter la structuration territoriale des soins primaires.

¹⁰ Clément M-C., Couralet P-E, Mousquès J., Pierre A., Bourgeuil Y., 2009, « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisations des médecins libéraux. » *Santé Publique*, volume 21, supplément n°4, p. 79-90.

¹¹ Jeanmaire T. et al., dans leur article analysant les résultats d'une enquête de satisfaction auprès des patients de deux MSP francomtoises, soulignent le poids des questions d'accès, d'accueil et d'informations.

¹² Lagerge P., 2012, Enquête de 2012 : Ouverture moyenne de 11 h 30 par jour, souvent 6 jours sur 7, parfois 7 jours sur 7, avec une prise en charge des soins non programmés.

¹³ Penchansky R., Thomas J.W., 1981, « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction », *Medical Care*, Vol. 22, n°6, p. 127-140.

l'accessibilité économique (paiement, coût des services), et l'acceptabilité (pratiques linguistiques et pratiques culturelles).

L'accessibilité dans toute la diversité de ces acceptions correspond en outre aux spécificités d'une population sur un territoire donné. C'est pour cette raison que les MSP doivent être des espaces souples, adaptés à leur population, loin de l'idée d'un modèle unique qui s'imposerait.

Le projet immobilier et ses équipements fluctuent selon ces principes. A l'espace d'accueil qui reste dans tous les cas déterminant (on considère qu'il signale le niveau de coordination de l'ensemble de la MSP), la nécessité et la pertinence des agencements permettront d'envisager en plus de l'espace réservé aux soins de premier recours, un accueil CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), un espace « kiné », des salles de convivialité, des salles réservées aux spécialistes, une salle de télé-médecine, une salle des urgences non-programmées, un studio interne de médecine, des salles de réunion, un bureau HAD (hospitalisation à domicile), un bureau SIAD (soins infirmiers à domicile), un bureau pour les mutuelles comme la MSA (mutuelle agricole), un bureau d'assistance sociale, un espace médecine scolaire, une salle médecine du travail, une salle radio, une balnéothérapie etc.

Encart 2 - Description spatiale d'une MSP en France - Région Hauts de France

Rez de chaussée	Etage
Accueil (permanence de 8 à 20 H – 6 jours sur 7)	Grande salle de réunion – Accueil d'événements ponctuels
Salle des urgences non-programmées	Hospitalisation à domicile
2 cabinets partagés en location pour spécialistes	Soins infirmiers à domicile
Pédicure-Podologie	Bureau de la coordinatrice de la MSP
Dentiste	Locaux de la MSA (mutuelle)
Salle de radiographie	Locaux des assistantes sociales (trois postes financés par la communauté de communes)

Sage femme	Médecine scolaire
Kiné et Balnéothérapie	Médecine du travail
	Salle collective de détente
	Deux studios pour internes de médecine

Par ailleurs les murs parfois ne sont pas assez grands pour contenir toutes les activités proposées par la MSP et leur délocalisation est dans ce cas souvent envisagée avec la collaboration du tissu associatif environnant ; il s'agira notamment d'ateliers de sensibilisation menés avec les associations de quartiers (café santé ; cœur et santé ; atelier mémoire ; psychomotricité ; gym tonic ; yoga ; atelier du potager ; zumba, école du dos ; atelier tricot, atelier cuisine du monde etc.) ou d'interventions en milieu scolaire.

1.3. Le projet de santé : la collaboration, ossature de la maison

Les professionnels de santé exerçant dans une maison de santé doivent élaborer un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire)¹⁴, afin de faciliter l'exercice professionnel, optimiser le temps médical, apporter une meilleure réponse à la prise en charge des patients notamment. A la fois projet professionnel (organisation, coordination, partage de l'information médicale) et projet de prise en charge des patients (continuité des soins, prévention, éducation thérapeutique), le projet de santé, validé par l'ARS¹⁵, s'articule autour de trois domaines :

¹⁴ La loi HPST a institué les SROS-PRS (schémas régionaux d'organisation des soins établis en lien avec les plans régionaux de santé), comme outils opérationnels de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé. Ils comportent notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins avec un objectif supplémentaire relatif à l'amélioration de l'efficacité du système régional de santé (alternatives à l'hospitalisation complète) : L'organisation de l'offre ambulatoire et plus particulièrement le renforcement du 1er recours ; La réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) ; L'organisation des missions de service public des établissements de santé, sur chaque territoire de santé. Ceci en lien avec l'ensemble des documents composants le PRS et plus particulièrement les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention (SRP) et l'organisation médico-sociale (SROMS).

¹⁵ La loi HPST prévoit l'engagement mutuel des professionnels de santé et des autorités publiques pour l'évolution du dispositif de premier recours. La contractualisation validée par l'ARS donne notamment droit aux aides publiques et implique aussi l'évaluation.

- La problématique de santé, à savoir l'organisation de la prise en charge des patients (les besoins, les spécificités de la population, la démarche de soins, l'amélioration de la qualité etc.)
- Le fonctionnement en groupe professionnel, à savoir l'organisation inter professionnelle (la fréquence des réunions, la distribution des rôles dans la prise en charge, la délégation de compétences et de tâches sur protocoles, les supports de traçabilité et de transmission, l'évaluation, les réseaux, les projets professionnels)
- La logistique et le financement (accréditation /certification,...)

Le projet de santé assure la dimension pluri et inter professionnelle de la MSP. Bien qu'existant depuis les années 80, l'exercice de groupe est à ce titre interrogé par la MSP qui est censée apporter bien plus que des commodités logistiques. Non seulement la MSP assure la continuité des soins, y compris des soins non programmés, mais elle offre en plus un projet impliquant toute une équipe composée de professions médicales voire sociales différentes. Pour la monter il faut a minima rassembler autour du projet un médecin leader (porteur du projet), un infirmier et un kinésithérapeute. La composition professionnelle des MSP (généralistes, autres professions médicales, paramédicales, voire spécialistes) constitue à ce titre un indicateur précieux (Marchand et al., 2015). Mais c'est aussi et surtout du temps de coordination et de management pour absorber les contraintes imposées par les institutions dont l'ARS, qu'il faut aussi pouvoir mobiliser d'où la place très importante confiée au coordinateur de la MSP.

Par ailleurs le projet est aussi centré sur la patientèle, idéalement en lien avec les structures médicosociales, ce qui nécessite une importante coopération professionnelle (réunions de concertation, protocoles pluri-professionnels, consultations conjointes).

Ecrire le projet de santé revient donc à faire coïncider les objectifs de l'ARS et la volonté des professionnels de santé. Mais il n'est pas qu'un outil d'accréditation ou de labellisation. La sincérité de ce qu'il dit de l'exercice coordonné nécessite de travailler sur l'analyse du territoire, d'être ouvert à la formation et à la recherche sur les soins primaires, de construire un réseau complexe assurant une bonne gouvernance, d'assurer le financement qui supportera la bonne organisation, de mobiliser les bons outils (programmes de prévention, réunions d'exercice pluriprofessionnel, protocoles de prise en charge, et autres outils numériques : visioconférences, système d'information, logiciel métier, plateforme collaborative). Tout cela nécessite un soutien administratif et logistique qui explique que l'ingénierie de projet devient une compétence indispensable au fonctionnement des MSP.

1.4. Une maison pour une population : l'approche populationnelle et les démarches participatives

Dans le cadre de notre système de santé qui doit faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et aux questions d'équité territoriale notamment, la MSP semble susceptible d'adapter les problématiques de santé publique aux spécificités des territoires. Cela requiert une collaboration de tous les acteurs dans une perspective d'action publique (chapitre 1) et par conséquent un travail en réseau local s'appuyant sur des démarches participatives avec la population, sur les partenariats avec les acteurs sociosanitaires et ceux des autres secteurs d'activité associatifs, afin de répondre aux besoins d'une population locale. La collaboration sectorielle et intersectorielle avec les acteurs et les organisations d'un territoire local implique une vision commune de la réalité territoriale et le partage de la responsabilité pour la santé et le bien-être d'une population donnée. La notion de responsabilité populationnelle¹⁶ instituée au Québec (dans la loi de 2003) renvoie à cette approche et induit l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire ou de sous-groupes en rendant accessibles des services coordonnés, en s'appropriant les données sociosanitaires et en collaborant avec les organisations publiques et privées du territoire. Plus encore il s'agit de répondre aux besoins de la population qu'ils soient exprimés ou non en agissant en amont, sur les déterminants de la santé. Ainsi la responsabilité populationnelle permettrait la mise en place des continuums de services élargis pour assurer une meilleure expérience de soins aux patients et l'instauration d'un équilibre entre la logique descendante de mise en œuvre des politiques publiques et la logique ascendante de coconstruction. Cette notion n'est pas aujourd'hui mobilisée en France. Elle nous semble pourtant importante à décrire voire à traduire dans nos contextes locaux. Introduire cette notion au Québec¹⁷ comme ailleurs nécessite un changement de culture et un changement de fonctionnement difficile à mettre en œuvre et qui repose certainement sur la possibilité d'identifier de nouveaux rôles au sein des équipes de travail, d'adopter des pratiques de gestion plus participatives et d'assurer une meilleure fluidité de l'information.

Louise-Hélène Trottier dans son rapport sur l'implémentation de la responsabilité populationnelle au Québec insiste notamment sur le rôle du gestionnaire devant faire face, selon elle, à des défis significatifs qui exigent à la fois un leadership collectif et un leadership transformationnel mobilisant :

- « Des habiletés d'influence leur permettant, d'une part, de travailler en réseau au sein de leur territoire et, d'autre part, d'alimenter les instances hiérarchiques supérieures en vue de rapprocher l'action publique des enjeux locaux et des potentialités territoriales ;
- Des habiletés dans la gestion du changement afin d'initier et de soutenir les transformations organisationnelles qui permettent d'adapter les services aux besoins,

¹⁶ Louise-Hélène Trottier, octobre 2013, La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. <http://www.ipcdc.qc.ca/>

¹⁷ Pour le Québec il s'agit aussi de promouvoir « un discours d'autonomie plutôt que de bienfaisance ».

d'optimiser l'expérience de soins et d'agir sur les déterminants de la santé. » (L-H, Trottier, IPCDC, 2010, p. 7)

Ainsi le leadership collectif au-delà des relations d'autorité, développe « en complicité » les capacités d'influence, les relations de confiance, grâce au partage d'information, à la construction de sens, à la prise de décisions collectives et à l'engagement sur des projets communs. Et le leadership transformationnel permet quant à lui de saisir les opportunités et de développer les pratiques innovantes pour une utilisation judicieuse des ressources locales.

La responsabilité populationnelle appelle donc non seulement à travailler avec l'environnement immédiat en développant relations de confiance et d'influence, mais s'appuie encore sur l'implication de la patientèle qui participe à identifier les problèmes et à préconiser les solutions de mobilisation et de responsabilisation des destinataires des politiques publiques (*l'empowerment*). Au Québec l'institution de la responsabilité populationnelle a provoqué la création de nouveaux emplois, de nouveaux métiers, de nouvelles formations, comme le décrit l'encart ci-dessous, relativement à la fonction d'organisateur communautaire.

WORKING PAPER

Encart 3 - sur l'organisateur communautaire

Extrait d'un entretien avec la Directrice de la prévention et des services généraux du CSSS de Bordeaux Cartier Ville, Montréal, Québec, Juillet 2013

« Les organisateurs communautaires soutiennent le milieu quand il développe des activités. Ils font le pont entre les services et la communauté. Qu'y a-t-il à développer dans la communauté ? Comment améliorer l'offre de services dans la communauté ? Comment soutenir un groupe qui veut démarrer une activité ?

Par ailleurs ils soutiennent les gestionnaires quand ces derniers vont travailler sur les réseaux de services intégrés avec la communauté, et les partenaires (...) L'organisateur communautaire travaille davantage avec les groupes, les organismes communautaires, les regroupements qui ont besoin d'un soutien, et en partie avec les services. Il a aussi un pied dans les services dans la mesure où par exemple il peut travailler sur les services de réseau intégré en médecine mentale avec le gestionnaire qui pourrait être en lien avec les organismes communautaires précisément. Il anime les rencontres, fait le pont. Il y a des demandes qui arrivent de la communauté pour certains types de services, il examine ces propositions. Ça peut être une association, ça peut être un regroupement spontané de personnes, qui se met en contact avec un organisateur communautaire. Dans les organismes communautaires on retrouve des bénévoles avec parfois un peu de personnels. Mais les organisateurs communautaires ont une formation de travailleurs sociaux avec une spécialité « organisation communautaire ».

À Montréal on rassemble ces organismes communautaires dans ce qu'on appelle des tables de quartiers. La ville de Montréal donne de l'argent à chacun des arrondissements pour se doter de table de quartiers. Il s'agit du regroupement des organismes communautaires de l'arrondissement en question.»

Juillet 2013. CSSS Bordeaux Cartier Ville-Québec

Pour l'heure, en dépit de référence à la démocratie sanitaire, la participation des patients-citoyens est encore en cours de consolidation dans la plupart des MSP en France. Comme en témoignent les verbatims ci-dessous :

« En tant que patient/citoyen, avoir sa place comme consultant et conseil, participer à des groupes de travail, prendre part aux réflexions éthiques ou sur l'aménagement des locaux c'est aussi la difficulté de rester dans le cadre des compétences respectives de chacun. »

« Des débuts difficiles de mise en place d'une association d'usagers, il n'y a pas de réelle volonté de venir, certains sont cooptés par les médecins et n'osent pas dire non, ou cherchent à savoir ce qu'il

faut dire pour faire plaisir aux professionnels » (Congrès de la Fédération française des MSP à Tours, Mars 2014).

Nous venons de le voir dans les sous-parties précédentes, la MSP est un outil de transformation du système de santé. Elle véhicule notamment un discours riche de valeurs et de représentations autour de l'accessibilité, de la collaboration et des démarches participatives qui trouve un écho grandissant chez les professionnels sanitaires et sociaux, les décideurs locaux et les patients. Cette symbolique forte et dynamique prend forme effective sur le terrain à travers notamment l'utilisation d'outils, indispensables supports aux pratiques renouvelées.

2. Les outils au service du développement de la maison de santé : une réponse aux besoins de ressources, de services, et de santé

L'approche populationnelle décrite précédemment s'appuie sur l'identification des besoins de santé d'une population ou des sous-groupes de cette population¹⁸. La conception et la mise en place des outils destinés à répondre à ces besoins sera influencée par des facteurs institutionnels, organisationnels voire axiologiques ; ces outils se situeront en outre à la croisée de normes subjectives (les patients et leur expérience de soin), de normes professionnelles et technologiques (les professionnels de santé et leurs pratiques) et de normes de productivité, d'efficacité et d'efficience (les gestionnaires et leurs objectifs). Depuis l'institution des MSP par la loi de 2009, leur boîte à outils s'est régulièrement enrichie¹⁹. Il est difficile d'en proposer une image stabilisée, et les ouvrages qui s'y consacrent font l'objet de mises à jour régulières²⁰. Nous ne prétendons donc pas ici à l'exhaustivité mais plutôt à une lecture analytique. Nous empruntons à Raynald Pineault (2012) sa classification en trois niveaux de besoins pour présenter ces outils utilisés pour faire fonctionner les MSP. Ainsi distinguerons-nous des outils qui agissent sur les structures et les ressources (humaines, physiques et financières) ; sur les processus donc sur les services (les possibilités d'accès au soin et l'utilisation de services de santé) ; sur les résultats en termes de santé (mortalité, morbidité, facteurs de risque, incapacité etc.). Sans être exhaustif, il s'agit ici de présenter les principaux outils utilisés dans le cadre de la

¹⁸ « Un besoin de santé révèle, à un moment donné, un écart à combler entre une situation désirée et une situation actuelle en termes de santé, généralement dans le cadre d'une démarche de planification » p. 22-23 (R. Pineault, 2012). « C'est une démarche de planification dans une démarche populationnelle ».

¹⁹ A lire relativement à cette première boîte à outils : Baudier F, Clément M-C (2009), « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. », *Santé publique*, volume 21, n°4, p. 103-108.

²⁰ De Haas P., *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier, 2010, 2012, 2015.

création, du fonctionnement et du développement des MSP selon cette classification par les besoins et synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Encart 4 - Proposition de répartition des outils selon les besoins

Besoins de structures et de ressources	Aide au montage de dossier (Accréditation / contractualisation) (Les outils d'évaluation sont traités au chapitre 5)
	Soutien immobilier
	SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires
Besoins de services	Coordination : Secrétariat partagé, réunion de coordination, coordinateur de soins, fonction de coordinateur
	ENMR Expérimentations Nouveaux Modes de Rémunération
	Protocolisation
	Télémédecine
Besoins de santé	Outils de productions de connaissance du territoire et informations
	Outils éducatifs
	Outils conceptuels

2.1. La réponse aux besoins de structure et de ressources

Avant toute chose les maisons de santé ont besoin pour se structurer d'un statut leur permettant de percevoir des revenus mutualisés et de mobiliser des ressources humaines, physiques et financières.

Face à la complexité réglementaire et aux évolutions législatives qui constituent leur environnement, les maisons de santé ont d'abord besoin d'outils qui les aident à démarrer :

a) Des outils d'aide et d'accompagnement (guide, modes d'emploi, fiches pratiques etc.) sont mis en place par les institutions financeuses. Monter une maison de santé peut se révéler très complexe pour des professionnels de santé peu aguerris aux techniques de montage de projets. De même que déposer les dossiers de demande de subventions auprès des ARS, de la préfecture, de la région, des communautés de communes, et autres villes demande une technicité certaine. Ainsi certaines régions ont pris l'initiative d'intervenir sur le soutien en ingénierie en accompagnant les professionnels de santé du 1^{er} recours dans le montage de leur projet (réalisation de diagnostic de territoire, sensibilisation aux concepts et réflexion, formalisation du projet, identification des partenaires, recours à des cabinets conseils...). Ce type d'outils d'aide au montage peut être conditionné, à l'instar de la région Nord-Pas de Calais (aujourd'hui Hauts de France) par la nécessité d'un co-portage par une communauté de communes ou une communauté d'agglomérations, engagées dans une politique locale de promotion de la santé.

b) Autre outil structurant, le soutien immobilier s'avère un levier indispensable à actionner. Des aides financières de l'Etat via le FNADT (Fonds national d'aménagement et de développement du territoire) et la DETR (Dotation d'équipement des territoires ruraux) sous conditions d'éligibilité et sur la base d'un projet de santé validé par l'ARS permettent une intervention jusqu'à 35 % du coût total.

c) La SISA, Société Interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Le statut de SISA est créé en août 2011, pour permettre d'une part l'exercice pluri-professionnel et coordonné et d'autre part la mise en commun des revenus entre les associés de diverses professions de santé ainsi que la facturation à l'Assurance Maladie des prestations coordonnées. Cette facturation en commun doit permettre notamment de dégager des possibilités de financement d'actions mutualisées. Les professionnels de santé et acteurs concernés regrettent souvent un montage lourd pour le dépôt des statuts (ce qui nécessite parfois le recours à des consultants ou des experts comptables) ; ceux-ci doivent régulièrement être révisés pour s'adapter à la mobilité des équipes (en effet chaque départ et arrivée nécessite une nouvelle publication des statuts). Mais chacun s'accorde sur la nécessité d'un tel statut. (Certains d'entre eux cependant ont pu l'interpréter comme le support d'un nouveau modèle économique qui remet en cause l'activité libérale individuelle).

La pratique collaborative pluriprofessionnelle devient effective aussi du fait du cadre juridique qui la permet. Et c'est précisément la question de la rémunération du travail d'équipe qui semble constituer la pierre angulaire du dispositif. Ce constat élémentaire permet de comprendre que la MSP au-delà même de la réforme du premier recours qu'elle accompagne, peut être considérée comme un terrain expérimental pour une réforme plus large visant à faire évoluer le système de rémunération dans son ensemble, en dépassant le paiement à l'acte pour aller vers des solutions mixtes associant le forfait voire la capitation, de sorte à « Conjuguer ensemble qualité des soins et optimisation de la dépense de santé » (Mode d'emploi de la HAS, avril 2012, Coopération entre professionnels de santé).

2.2. La réponse aux besoins de services

La MSP se donne pour objectif d'améliorer le recours aux services de santé. De nombreux déterminants interviennent dans l'utilisation de ces services. Parmi ces déterminants, on prend en compte certes les caractéristiques des patients (démographiques, géographiques, socio-économiques et culturelles – éducation, revenus, langues, ethnicité, attitudes, valeurs), mais aussi les caractéristiques des professionnels de santé (âge, sexe, ...), ainsi que les facteurs organisationnels (groupes pluriprofessionnels, modes de rémunération) et les facteurs institutionnels (prise en charge, réglementation, ressources, budget).

Encart 6 - Tableau des déterminants de l'utilisation des services de santé selon R. Pineault (p. 55)

Nature de la morbidité	Gravité/ urgence (on pourrait rajouter ici la notion de Chronicité de la pathologie)
Caractéristiques des utilisateurs	Démographiques, géographiques, socio-économiques, culturelles, psychosociales
Caractéristiques des professionnels	Age, sexe, expérience, spécialité, caractéristiques psychosociales, milieux de formation (on pourrait ajouter ici la notion de pluriprofessionnalité)
Facteurs organisationnels	Pratique solo ou de groupe, taille de la structure, % de spécialistes ou autres professions, mode de rémunération

Facteurs institutionnels	Régime d'assurance-maladie, cadre régissant l'exercice des pratiques voire des coopérations professionnelles, quantité et type de ressources.
---------------------------------	---

« L'utilisation d'un service de santé est « un processus résultant de la rencontre de deux perspectives, celle du patient qui entame la démarche, et celle du professionnel, qui oriente le patient par la suite dans le réseau complexe des services de santé(...). Parmi les facteurs influençant l'utilisation, un plus grand degré de gravité ou d'urgence d'une affection et le niveau socioéconomique des individus, leur âge et leur sexe influencent à la hausse l'utilisation des services. De plus, les caractéristiques des professionnels, de l'organisation de leur pratique, de même que les modes de rémunération des médecins et de remboursement des établissements comportent des incitatifs qui influencent l'utilisation. Enfin, le point de vue du patient est davantage pris en compte par l'expérience de soins » p. 64

Nous ne reviendrons pas ici sur les outils favorisant l'accessibilité déjà abordée dans la première partie de ce chapitre, pour nous concentrer sur les outils permettant l'émergence de nouveaux services via des expérimentations sur les modes de rémunération et sur les protocoles de coopération interprofessionnelle notamment.

a) Les outils de coordination permettent d'élargir le spectre des services proposés en MSP. Ces outils qui sont communs à de nombreuses situations de fonctionnement administratif et de management d'équipe (Accueil et Secrétariat partagés, réunions de coordination,...) sont idéalement placés sous la responsabilité d'un coordinateur de MSP, souvent mais pas toujours IDE (infirmier diplômé d'Etat) ou encore un manager des entreprises sanitaires et sociales. Dans ce cadre la fonction même de coordinateur est un outil en soi devenu indispensable au fonctionnement et au développement des MSP, notamment pour la question de la captation et du pilotage des ressources.

Encart 5 - Focus sur le rôle de coordinateur

Sin Le Noble - décembre 2012 – une coordinatrice

« C'est mon rôle, d'être l'interface. Pour les libéraux, c'est très complexe de comprendre le mode de fonctionnement institutionnel, cette imbrication d'acteurs, de politiques. Et inversement, pour les institutions c'est aussi très difficile de comprendre que pour les libéraux c'est nouveau ce temps de réflexion collective (...)

La mise en place de cette collaboration nécessite du temps pour se connaître, des réunions, des relais de coordination. Un médecin ou un infirmier ne peut pas aujourd'hui aller taper à la porte de tous les acteurs. C'est un rôle de facilitateur de ces liens, de faire l'interface, de faire connaître, car c'est nouveau, ce que mettent en place les équipes libérales de premier recours. (...)

Il y a plusieurs fonctions de coordination au sein des Maisons de Santé, différents niveaux de coordination. Le premier niveau, de proximité, va être fait par les secrétaires, en lien avec le patient et éventuellement avec les services sociaux, médico-sociaux et les professionnels de santé. Ensuite il y a la coordination entre les professionnels de santé, entre médecins, infirmiers, kinésithérapeutes. Ensuite un niveau de coordination de projet, plutôt sur la mise en œuvre et le suivi du projet de santé. Que ce soit à la fois en interne avec les temps de concertation, de formalisation, d'évaluation, et à la fois à l'extérieur, avec les acteurs locaux, les institutions, dans toutes les prérogatives qui sont aujourd'hui demandées aux Maisons de Santé (...)

Mais si aucun moyen n'est alloué, on ne peut pas demander à ces professionnels de santé de travailler avec les acteurs du territoire, de connaître les dispositifs de politiques publiques. Il ne faut pas tout leur demander mais leur donner des moyens de mieux travailler, d'optimiser leur temps médical, c'est l'enjeu. Si le temps passé en administratif est plus important que le temps médical, il y a un souci.»

b) L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour l'exercice coordonné.

Pour permettre aux MSP d'assumer les nouvelles fonctionnalités qui leur incombent, il faut trouver le moyen de dépasser le cadre du « sacro-saint paiement à l'acte ». Les pratiques de coordination et de collaboration le nécessitent. Des expérimentations ont permis de rémunérer les équipes pluriprofessionnelles pour ces tâches mutualisées et coopératives. Pour percevoir ces NMR (nouveaux modes de rémunération), il faut répondre à des critères bien définis (concertation pluriprofessionnelle, secrétariat physique partagé, dossiers patient partagés entre les médecins, qualité de services, taille de la structure, présence de médecins spécialisés ou dentaires, précarité de la patientèle CMU et AME)²¹.

²¹ Couverture maladie universelle et Aide médicale d'Etat.

Le forfait est fonction de la taille de la structure, de la qualité de services rendus au patient, du niveau de coordination entre médecins et paramédicaux. La MSP permet de tester la rémunération au forfait de ce travail de coordination et de coopération. C'est la MSP qui perçoit le forfait et détermine la répartition entre les différents acteurs alors que les professionnels de santé continuent à être rémunérés à l'acte mais perçoivent un complément forfaitaire en fonction du nombre de patients traités et du temps passé par chaque professionnel de santé au sein de la MSP.

Ainsi peuvent être rémunérées des actions collectives dédiées au management et aux concertations interprofessionnelles, entre les médecins et les autres professionnels de santé, aux nouvelles modalités de prise en charge telle que la préparation de la sortie d'hospitalisation, ou l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou le suivi de cas complexes (ESPREC)²², à la coopération entre professionnels engagés dans un dispositif de transfert d'activités et d'actes de soins (protocole Asalée, voir l'encart ci-après).

A l'issue de l'expérimentation²³, ces forfaits sont proposés à l'ensemble des MSP proposant un projet de santé cohérent avec le projet régional, constituées en SISA et répondant à des conditions socles. Ainsi se trouve étendu le principe d'une rémunération d'équipe que les MSP pourraient amener à généraliser. Ces évolutions en termes de rémunération constituent un enjeu majeur. En effet, il existe une influence des modes de rémunération des médecins sur certains indicateurs de performance du système de santé.²⁴

c) La protocolisation

La protocolisation renvoie au dispositif ASALEE (action santé libérale en équipe). Dès 2002, les rapports du professeur Berland ont initié les pistes de réflexion sur la coopération entre professionnels de santé. Mais il faut attendre l'application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST de 2009 pour voir apparaître ces protocoles de coopération visant à la délégation d'actes ou d'activités de médecins vers des paramédicaux et notamment les infirmiers diplômés

²² Le suivi de cas complexes en équipe de soins de premier recours permet le suivi renforcé de patients autour du trio médecin généraliste, pharmacien et infirmier.

²³ Les modes de rémunération sont régis par le « Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité » (23 février 2015) et gérés par l'assurance maladie.

²⁴ « Du côté de l'organisation de la pratique médicale, il est convenu que la rémunération à l'acte augmente l'utilisation des services comparativement aux autres modes de rémunération, notamment la capitation et le mode salarial. Quant au genre de pratique, en solo ou en groupe, il influence également l'utilisation des services. Généralement, la pratique de groupe favorise une utilisation plus parcimonieuse des services, mais cela dépend des normes prévalant dans le groupe. Il est sûr que la pratique de groupe favorise l'application de lignes directrices et une visibilité plus grande de la pratique individuelle par les pairs. Ces deux facteurs contribuent vraisemblablement à une utilisation plus judicieuse des services. » (Pineault, p. 59-60)

d'Etat (IDE). Outre les aspects dérogatoires du protocole ASALEE, les infirmiers réalisent une activité de repérage des patients dans le système d'information du cabinet et de tenue de leurs dossiers médicaux (génération d'alertes etc.) ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique. L'ARS autorise le protocole par arrêté sur l'élaboration d'une « Grille de protocole de coopération » (synthèse du protocole de coopération, intitulé, contexte, expériences acquises et formations théoriques et pratiques, indicateurs d'efficacité, de sécurité, d'utilité, de coût de mise en œuvre, compétences complémentaires à inscrire dans le programme de formation initiale et continue des professionnels de santé concernés) et après avis conforme de la Haute autorité de santé (HAS). La HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Le protocole de coopération ASALEE représentait 100 équivalents temps plein infirmier en 2014.

Encart 7 - Evaluation médico-économique du dispositif ASALEE menée par l'IRDES

Dans le dispositif ASALEE, l'infirmière est diplômée d'Etat et a reçu une formation adaptée au protocole ASALEE. Pour les patients diabétiques de type 2, elle développe une activité complémentaire à celle du médecin, selon deux modalités :

- la gestion des données et la mise en place de rappels informatiques : dès son arrivée dans le cabinet, l'infirmière recense, dans les dossiers médicaux informatisés des médecins, l'ensemble des patients identifiés comme diabétiques de type 2. Pour tous ces patients, elle complète certaines informations dans les dossiers, essentiellement des résultats biologiques. Si nécessaire, elle inscrit des rappels informatiques dans le dossier patient. Ces rappels ont pour objectif d'indiquer au médecin, au moment de la rencontre avec le patient, les examens à réaliser selon les recommandations professionnelles, par le biais d'une alerte générée par son logiciel informatique. Par ailleurs, l'infirmière alimente la base de données ASALEE sur laquelle reposent les évaluations.

- la consultation d'éducation thérapeutique : pour un peu moins de la moitié des patients (44 %), l'infirmière réalise une consultation d'éducation thérapeutique, sur proposition du médecin au patient. Cette consultation vise notamment à donner des conseils hygiéno-diététiques et relatifs à l'observance du traitement.

d) La télémédecine :

Un autre outil permettant d'améliorer l'utilisation de service dans le sens de la continuité des soins est la télémédecine. On considère qu'elle permet d'obtenir un avis spécialisé plus rapidement, d'améliorer le suivi de patients isolés et d'améliorer le suivi de certaines maladies chroniques. On la conçoit comme un complément à la médecine de premier recours qui ne saurait bien entendu s'y substituer. Des projets de télémédecine contractualisés avec l'ARS ont vu le jour, mais ils nécessitent un vrai management au quotidien pour faire connaître le service auprès de la population, coordonner les acteurs, évaluer les fonctionnements et les résultats. Car il ne s'agit pas d'une pratique hors sol bien au contraire. Elle nécessite une nouvelle forme de

collaboration entre les professionnels de santé. Elle s'articule autour de cinq actes que sont la téléconsultation, la télé-expertise (demande à distance d'avis médicaux spécialisés), la télésurveillance médicale (interprétation médicale à distance des données du patient notamment pour les maladies chroniques), la téléassistance médicale (aide apportée à distance à un médecin par un autre médecin) et la réponse médicale (régulation médicale avec le SAMU)²⁵. Les expérimentations et les réflexions se poursuivent sur le recours à la télémédecine difficile à mettre en œuvre à ce stade de développement des MSP. La DGOS fait état en mars 2016 de 3 % à 7 % seulement des MSP utilisant la télémédecine. Tout porte à croire cependant que les progrès technologiques rapides (objets connectés permettant l'envoi du poids, de la tension...) induiront un lien de plus en plus tangible entre la télémédecine et les soins primaires²⁶.

Encart 8 - Les limites exprimées : des outils encore en cours d'appropriation comme en témoignent les verbatim recueillis auprès de professionnels de la santé ci-dessous : (visite in situ en MSP, avril 2014)

« Une valise e-médecine pas encore opérationnelle ».

« Asalée, c'est une usine à gaz qui remet en question l'exercice libéral et induit une subordination de l'infirmier. Préfère des aides en termes de soutien ou d'accompagnement personnalisé pour l'informatique par exemple etc... »

« Ne souhaite pas tracer et organiser trop formellement la coordination, car c'est le temps de soins le plus important. »

« L'éducation thérapeutique c'est bien mais ça prend aussi du temps de soins. Idem pour la maîtrise de stage d'internat et la direction de thèse. Donc le problème du temps médical disponible n'est pas résolu. »

« Ne pas se faire d'illusion sur l'attractivité immédiate. La maison de santé est un super outil, mais ne peut répondre seule à la question de l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins. Une maison de santé est un argument fort, mais pas un argument suffisant. »

²⁵ Voir rapport de 2008 Place de la télémédecine dans l'organisation des soins par P. Simon et D. Acker.

²⁶ Se référer au site de l'ANTEL, Association nationale de télémédecine et aux interventions de Pierre Simon, Président de l'Antel.

« Regrette le manque de suivi personnalisé de chaque maison de santé par les institutions ; des réunions organisées par l'URPS, et l'ARS pas toujours intéressantes mais qui consomment du temps de soins inutilement. De même jouer le rôle de professionnels facilitateurs pour d'autres maisons en devenir est une contrainte chronophage qui présente donc des limites ».

WORKING PAPER

2.3. La réponse aux besoins de santé : des outils d'ordre informationnel, éducatif et conceptuel

Les besoins de santé s'expriment en fonction de problématiques de santé publique (combler l'écart entre une situation sanitaire donnée et une situation sanitaire souhaitée) mais aussi en fonction de l'expérience de soins telle qu'elle est vécue par le patient. L'expérience de soins se vit du point de vue du patient au travers des notions d'accessibilité (facilités d'accès aux services de santé), mais aussi de continuité (fluidité du parcours, continuité informationnelle et continuité de coordination), de réactivité (respect des personnes et attention accordée au patient) et de globalité (capacité de l'organisation de santé à répondre à l'ensemble des besoins de services) (Pineault, p. 64). Du point de vue des institutions en charge de la santé publique, l'identification des besoins de santé doit conduire à obtenir des résultats positifs sur la santé d'une population donnée²⁷. Les outils qui répondent aux besoins de santé, hormis la dimension clinique et médicale qui ne sera pas traitée ici, sont principalement d'ordre informationnel, éducatif et conceptuel.

a) La production de connaissances en amont et en aval : diagnostic du territoire et recherche en soins primaires

Pour fonctionner autour d'un projet de santé adapté, la MSP doit d'abord pouvoir, en amont, se reposer sur une connaissance fine du territoire. Une phase préalable de diagnostic du territoire²⁸ permet précisément d'identifier les besoins de santé du territoire, dans la perspective d'agir sur les déterminants de santé et de réduire les inégalités territoriales. L'amélioration de la connaissance des spécificités des territoires nécessite la définition d'indicateurs, le soutien à l'observation, des travaux et études sur l'état de santé et l'accessibilité aux services de santé notamment.

Un pan très important de la production de connaissances, outre les données épidémiologiques, relève des enquêtes de satisfaction à mener auprès des usagers et qu'il conviendrait de renforcer davantage. Des démarches qualité peuvent avoir lieu dans les maisons de santé à l'instar des expériences franc-comtoises relatées par Jeanmaire et al. (2009) sur la base d'une enquête de satisfaction auprès des patients et qui montre les besoins relatifs aux informations disponibles en salle d'attente, au rapprochement avec les services sociaux ou encore l'intérêt pour les actions de dépistage et de prévention (Accès, accueil, services proposés, écoute, confiance, ambiance etc.).

²⁷ Certains auteurs, tels que le sociologue Didier Fassin, ont produit des travaux remarquables sur la dimension constructiviste de la santé publique. Faire de la santé publique – Presses de l'EHESP, 2e édition 2008, 80 p.

²⁸ La DGOS dans la circulaire de 2010 – annexe III – précise que le projet de santé doit contenir « le diagnostic préalable des besoins dont les modalités de réalisation de diagnostic au regard de la population »

Autre outil de production de connaissances en aval cette fois-ci, la recherche en soins primaires est appelée à se développer dans les MSP. Elles pourront porter directement et indépendamment d'un établissement hospitalier des projets de recherche, ce qui constitue un élargissement du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) et par conséquent de la médecine de soins primaires. Cet outil s'appuie notamment sur l'accueil d'internes de médecine au sein même des MSP, certaines d'entre elles ayant même prévu dans leur programme immobilier la présence d'un logement pouvant être mis à leur disposition pendant la durée du stage (Selon la DGOS 36 % des MSP prévoient d'accueillir des internes de médecine). De nombreuses thèses de médecine ont eu comme sujet les MSP depuis quelques années et la publication d'articles scientifiques sur ce thème se révèle abondante.

b) Le système d'information : continuité informationnelle et continuité de coordination.

La question de l'information du patient est naturellement traitée dans le fonctionnement quotidien de la MSP (affichages, fascicules, envois ciblés d'informations par courriers ou courriels etc.) comme d'ailleurs dans n'importe quel cabinet. Mais il ne s'agit là que du BA-Ba du traitement de l'information, entendue ici comme communication. Les MSP s'investissent aujourd'hui dans le développement de systèmes d'information qui concernent à la fois l'information sur le patient, qui dans le cadre d'un exercice coordonné doit être partagée (continuité informationnelle), et la coordination des messages donnés aux patients (voir l'encart ci-après) au travers notamment des protocoles pluriprofessionnels PPSPR (continuité de coordination). L'élément fondamental du SI reste cependant le dossier patient unique partagé, « pièce maîtresse de la coordination des soins » (De Haas P., 2010, p.142). Ainsi le SI doit permettre de partager, avec le consentement express des patients, l'information médicale - sous couvert du secret médical bien évidemment - entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient d'une façon coordonnée (La proposition de la FFMSP est de créer des postes de médecins DIM délégués à l'information médicale)²⁹. Le SI peut aussi par ailleurs être articulé aux protocoles pluriprofessionnels dont l'objectif principal est d'harmoniser les connaissances de bases, les pratiques et les messages clés relatifs à une pathologie entre les différents professionnels concernés.

Encart 9 - les protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours

Dès l'année 2006, à l'initiative de la HAS est créé un groupe de travail de professionnels de terrain qui a produit sept protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours (PPSPR) entre 2008 et 2010 autour de la vaccination, de la gestion des AVK (antivitamine K), du diabète, de HTA, des

²⁹ Pierre de Haas, « L'intervention d'un informaticien, une fois par mois ou par trimestre, serait l'occasion de travailler sur la protection et la production des données, sur l'utilisation d'indicateurs, etc. On connaît tous mal les possibilités des logiciels de nos ordinateurs, ... ». Propos recueillis par P. Vaysette in RS&T, n° 54, février 2014, p. 14.

lombalgies, des plaies chroniques, et des bronchiolites. Ces protocoles « reflètent l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques ».

« L'élaboration d'un PPSPR se conçoit localement dans un objectif de mise en œuvre qui repose sur l'exploitation des messages clés en outils pratiques pour les professionnels de santé : rappels de connaissances rapides (reminders), fiches techniques (check-lists) et pour les patients fiches d'information patients, carnets de suivi patients, alertes automatisées, etc. » (HAS, Guide pratique d'élaboration 2011)

c) Les outils éducatifs : L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans l'héritage des préconisations d'Alma Ata qui considèrent qu'au-delà d'une médecine réparatrice, il est préconisé de mettre en synergie plusieurs dimensions éducatives permettant au patient de devenir acteur de sa santé. Les dimensions affectives, cognitives, perceptives pourraient ainsi être mobilisées afin de créer un « environnement motivationnel » de sorte que « le malade n'est plus un objet de soin, il devient progressivement le véritable auteur de son traitement » (André Giordan, p. 133 à 137)³⁰. Contre toute pratique d'infantilisation du patient, l'ETP encourage ce dernier à mieux connaître sa pathologie, à engager sa capacité à discuter avec les professionnels de santé, à utiliser son expérience personnelle...

Selon la définition de la HAS³¹ inspirée par l'OMS « l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (...) ». Précisant encore que l'ETP doit être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, on comprend que l'éducation thérapeutique - au-delà des compétences d'auto-soin et d'adaptation à développer chez des patients souhaitant prendre soin d'eux-mêmes³² - est un dispositif de coordination entre professionnels de santé qui repose aussi sur les financements rendus possibles par le NMR. Ainsi au sein des MSP l'éducation thérapeutique induit une rémunération forfaitaire, permettant notamment l'animation de séances collectives.

³⁰ « Apprendre à se soigner » in Catherine Halpern, 2010, *La santé, un enjeu de société*, Edition Sciences Humaines.

³¹ HAS, « Education thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation. Recommandations », juin 2007.

³² Voir le rapport L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours HCSP (Haut conseil de la santé publique) 2009, Brigitte Sandrin-Berthon : Etablir une relation éducative avec le patient pour améliorer l'auto-prise en charge.

d) Les outils conceptuels : Approche centrée sur le patient et santé communautaire

De nombreux outils conceptuels largement diffusés à l'étranger dans le cadre de réformes de systèmes de soins de certains pays, peuvent être mobilisés pour accompagner le développement des MSP. Ces outils conceptuels orientent l'action et aident à soutenir les dynamiques de changement propices à l'émergence de nouvelles organisations de santé, de nouveaux métiers, de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé.

- L'approche centrée sur le patient :

Aux Etats-Unis l'accompagnement conceptuel qui soutient les nouvelles organisations de santé et notamment les Patient-centered medical home (PCMH), outre le disease management³³, repose sur la notion de « soins centrés sur le patient » (patient-centered care) à la fois dans le sens de la délivrance de soins respectueux et sensibles aux références individuelles des patients, à leurs besoins et à leurs valeurs (Stewart et al., 1995), et dans le sens également du patient acteur de sa prise en charge (P.L. Bras, 2011)³⁴ à travers l'observance médicamenteuse, le style de vie, le respect du parcours de soins, et enfin dans le sens d'innovations organisationnelles traduites dans le « chronic care model » autour de 6 composantes : mobiliser des ressources communautaires, valoriser la qualité de la prise en charge, aider les patients à modifier leur comportement, s'organiser en équipe, planifier et organiser les soins à partir de protocoles, s'appuyer sur un système informatisé de gestion des soins.

- La santé communautaire :

En Belgique, le concept de santé communautaire a fait florès et fait l'objet de nombreuses productions par la Fédération des maisons médicales (FMM)³⁵. Historiquement, la réflexion autour du premier recours a toujours été fortement orientée par les positions successives de l'OMS.

Dès 1946, l'organisation mondiale définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité » et qui est

³³ Aux Etats Unis, on développe le *Disease management* (Ludovic Morin et al., 2010) comme nouveau modèle de prise en charge des maladies chroniques. Le NSH américain définit le « chronic disease management » comme « un système coordonné d'intervention de soins et de communication pour les personnes atteintes de maladies chroniques dans lequel l'auto-prise en charge du patient est significative ». Au sein d'une « Medical home » notamment il s'agit d'accompagner la transition épidémiologique, c'est-à-dire la part croissante de la prise en charge des maladies chroniques par rapport au traitement des affections aiguës.

³⁴ « Accompagner le patient, l'aider à gérer sa maladie devient une fonction essentielle, fonction que le médecin ne peut assumer dans le cadre de la consultation traditionnelle » p. 28.

³⁵ Brochure « Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques. 2004-2008 Belgique – France – Espagne. Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires, novembre 2009. Et Brochure « Action communautaire en santé : un outil pour la pratique », décembre 2013.

« un droit fondamental pour tous ». Par la suite la déclaration d'Alma-Ata lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978, a permis d'insister sur l'accès aux soins de santé primaires en termes de proximité spatiale permettant de mieux répondre aux inégalités. Enfin la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 avance un nouveau principe, celui de considérer que « la promotion de la santé est définie comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur « propre » santé et d'améliorer celle-ci ». La mouvance internationale autour du soin primaire se traduit donc par une inscription dans une démarche de santé globale et par une volonté de réduire les écarts inévitables, de donner les moyens à tout un chacun de réaliser pleinement son potentiel dans le cadre d'un environnement favorable, et d'un accès à l'information développant les capacités de faire des choix favorables à sa santé.

Au Canada par exemple, estimant que les charity organisations qui organisaient le système de santé partaient des « insuffisances » à combler, on préfère mettre en valeur les forces, talents et habiletés des communautés (« empowerment ») d'après le principe selon lequel « les problèmes sociaux et de santé sont de nature collective et doivent faire l'objet de solutions collectives » (Bourque D. et La Chapelle R., 2010). Ainsi la santé communautaire consiste à impliquer les divers groupes de professionnels d'un territoire donné et à permettre l'établissement de liens entre eux, à favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité, à s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux.

Dans le même esprit en Belgique, la loi de 2009 propose la définition suivante dans l'article 14 au sujet des maisons médicales : « La maison médicale est un service ambulatoire qui dispense des soins de santé primaire dans une approche globale, tant organique que psychologique et sociale, considérant le malade comme un sujet ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique. Ces soins intégrés incluent la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels, soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie »³⁶. Dans cette définition transparait un ensemble de valeurs reprises dans la Charte des maisons médicales créée en 2006³⁷ : solidarité, justice sociale, citoyenneté, respect de l'altérité, autonomie, mais c'est surtout la prise en compte de l'environnement du patient qui explique le concept de santé communautaire. Ce qui est préconisé dans le concept de santé communautaire c'est à la fois la mobilisation des ressources autres que médicales pour offrir des activités autres que la consultation, la prise en charge et les soins (mais contribuant pourtant bel et bien à l'état de santé d'une population d'un territoire) ainsi que la participation active de cette population à la définition des activités qui lui sont destinées.

³⁶ Article 14, Section V - Les maisons médicales – Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capital. 5 mars 2009 - Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

³⁷ Edition 2013 disponible sur <http://www.maisonmedicale.org/Leur-charte-leurs-valeurs.html>

Concrètement, les professionnels de santé, les milieux associatifs, les animateurs sociaux et les patients conçoivent ensemble des activités périphériques qui doivent permettre à ces derniers d'acquiescer et d'entretenir un rapport actif à leur propre état de santé (atelier marche, tricot, cuisine, bricolage etc.). L'encart ci-après offre un panorama de ce qui peut s'organiser selon ces principes.

WORKING PAPER

**Encart 10 - Maison Médicale Esseghem (Belgique), courrier de Post, n°54
2^{ème} semestre 2013. Agenda des activités proposées par la Maison Médicale
(avec l'association de quartier L'abordage)**

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
9h30 - 10H30 Gym tonic 11h - 12h Psychomotricité (1 an à 3 ans)	9 h 30-12 h 30 La récré 10h-11h Atelier mémoire	10h 30-11h30 Psychomotricité (1 an à 3 ans)	9 h 30-12 h 30 La récré	9 h 30-12 h 30 La récré
	13h-15h Yoga, relaxation 14h-16 h30 Atelier du pot âgé	16h-17h30 Ecole du dos	14h-15h Pause santé 17h -18h Atelier mémoire	
	18h-19 h Zumba		18 h-19 h Zumba	

Nous avons vu comment le concept de santé communautaire pouvait contribuer à une plus grande participation des usagers et à l'instauration d'un nouveau rapport entre patients et professionnels de santé ; il faut pourtant veiller à ce que la citoyenneté active, l'approche centrée sur la personne, l'autodétermination n'instaurent pas une confusion entre démocratisation du fonctionnement et qualité du service rendu (Klein, Laville, Moulaert, 2014).

Conclusion : Des Chemins de dépendance

Ce chapitre a proposé une présentation des outils utilisés au sein des MSP par les professionnels de santé et leurs cadres pour répondre à aux besoins de structures et de ressources, ainsi qu'aux besoins de services et de santé des populations auxquelles ils s'adressent. Ce faisant les outils constituent un cadre normatif pour les MSP, mais pourtant nous l'avons vu par bien des aspects, les MSP sont aussi des lieux réinterrogeant notamment les liens des professionnels de santé aux pratiques instituées. Rappelons pourtant que l'approche néo-institutionnelle nous a appris que les institutions instaurent de profondes régularités dans le comportement des acteurs, que les cadres institutionnels conditionnent les acteurs qui se conforment et se réfèrent aux dispositifs qui les sécurisent (en réduisant l'incertitude), leur confèrent des ressources (ils agissent en homo oeconomicus) et légitiment leurs actions (leurs actions sont inscrites dans un cadre symbolique où la reconnaissance est importante). Ainsi les institutions régulent les initiatives en établissant règles, contrôles et incitations divers, produisent des normes qui homogénéisent la conduite des acteurs (normes professionnelles, normes de qualité) et instaurent les routines qui entérinent définitivement les allants de soi comme autant de données stabilisées (nouveaux métiers, nouvelles pratiques).

Ainsi bien que la ministre de la santé ait souvent exprimé l'intention de ne pas imposer un « dispositif formaté » pour organiser la permanence des soins³⁸, on peut craindre à l'instar des professionnels de santé que trop de formalisations de la collaboration, la tentation de faire de la MSP un « petit hôpital », le recours à la « solution toute faite », n'aboutissent qu'à détourner la MSP de ses formes les plus inventives. Une certaine forme de collaboration spontanée pourrait ainsi laisser place à un ensemble de procédures formalisées³⁹. L'isomorphisme institutionnel à savoir l'homogénéisation des pratiques et des dispositifs, reste prégnant à la fois pour des questions d'accès aux ressources (accréditations, nouveaux modes de rémunération, nouveaux statuts), d'accès aux patientèles (rendre un service au niveau de ce qui est attendu par les patients eux-mêmes) et finalement de légitimité.

Cependant ces outils qu'ils soient physiques, logistiques, législatifs, financiers, numériques, managériaux ou conceptuels viennent aussi interroger les contraintes institutionnelles qui opèrent et qui tracent les chemins de dépendance qui s'imposent aux acteurs des MSP.

³⁸ « Je n'entends pas couper les ailes des initiatives qui sont en place et qui fonctionnent » car « le service territorial de santé au public n'est pas la généralisation d'un seul dispositif formaté, défini d'en haut » « il doit y avoir partout des réponses » mais « la forme que prend cette réponse est laissée à l'initiative des professionnels, en particulier des professionnels libéraux ». La ministre s'exprimant, le 2 octobre 2014, devant les membres de la mission d'information sur la permanence des soins de l'Assemblée nationale.

³⁹ « La coordination se faisait déjà pas mal avant mais d'une façon naturelle, là c'est un peu plus formalisé. On nous demande que ce soit formalisé, l'ARS nous le demande » (entretien ECF-CS)

Ce système de contraintes loin d'empêcher les professionnels de santé d'agir, leur permet au contraire d'avancer dans un cadre sécurisé. Ainsi les outils législatifs et réglementaires constituent un socle indispensable : la réforme des soins de premier recours, bien que puissamment outillée du point de vue conceptuel, ne peut s'opérationnaliser que dans le cadre de systèmes d'actions rendus possibles par l'évolution législative et réglementaire. Les MSP se situent donc dans un chemin de dépendance balisé sur lequel elles progressent par incrémentalisme, passant progressivement de la *path dependency*, l'imbrication des acteurs dans leur environnement institutionnel au *path building*, la capacité des acteurs à transformer leur environnement (Fontan et al., 2008). Les pratiques collaboratives, la télémédecine, l'éducation thérapeutique du patient nécessitent des cadres à la fois stricts et évolutifs. C'est dire que nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements d'une histoire qui commence à peine à s'écrire.

WORKING PAPER

Références bibliographiques

Alventosa J-R., 2012, *Les outils du management public*, L.G.D.J, Lextenson éditions.

Anger E., Gimbert V., 2011, « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre les professionnels de santé », *Centre d'analyse stratégique*, n°254.

ARS Nord-Pas de Calais, *Guide des aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé*, juin 2013.

Baudier F., 2009, « Les maisons de santé : une solution d'avenir », *Santé Publique*, hs1. vol. 21.

Bourque D. et La Chapelle R., 2010, *L'organisation communautaire en CSSS, service public, participation et citoyenneté*, Presse de l'Université de Québec.

Bras P.L., 2011, « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les Tribunes de la santé*, n°30, p. 113-126.

Bras P.L., 2011, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 42, p. 27-34.

Chiapello E., Gilbert P., 2013, *Sociologie des outils de gestion, introduction à l'analyse sociologique de l'instrumentation de gestion*, édition La Découverte.

Clément M-C et al., 2009, « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », *Santé Publique*, hs1/2009, vol. 21, p. 79-90.

Damart S., 2013, *Innovations managériales en établissements de santé*, collection Versus, EMS éditions.

De Haas P., 2015, *Monter et faire vivre une maison de santé*, édition Le Coudrier.

Delanoe J-Y., Offrey C., 2011, « Maisons de santé pluri-professionnelles : acteurs et financeurs », *La revue hospitalière de France*, n°542, 2011/09-10, p. 68-71.

Fédération des Maisons Médicales, 2009, *Brochure Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*.

Fontan J.-M., Klein J.-L., Tremblay D.-G., 2008, « Social Innovation at the Territorial Level: From Path Dependency to Path Building », dans Drewe P., Klein J.-L., Hulsbergen E. (dir.) « The Challenge of Social Innovation in Urban Revitalization », p. 17-27, Amsterdam, Techne Press.

Friedson E., 1984, *La profession médicale*, Payot.

Gervais J-B., 2010, « Les maisons médicales au secours des urgences », *Décision santé*, n°267, p. 18-19.

Giordan A., 2010, « Apprendre à se soigner » in Catherine Halpern, 2010, *La santé, un enjeu de société*, Edition Sciences Humaines, p. 133-137.

Halpern C., 2010, *La santé, un enjeu de société*, Edition Sciences Humaines.

HAS, avril 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers, comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ? », en collaboration avec l'ONDPS.

Jeanmaire T. et al., 2009, « Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients », *Santé publique*, HS1, vol. 21, p 91-101.

Klein J.L., Laville, Moulaert, 2014, *L'innovation sociale*, Eres.

Lagerge P., 2012, *Les maisons de santé pluridisciplinaires. Enquête sur leur mise en place, leur fonctionnement actuel et leurs perspectives d'évolution*, Editions universitaires européennes.

Laville J-L., Sainseaulieu R., 2013, *L'association. Sociologie et économie*, Collection Pluriel, Fayard.

Marchand O. et al., 2015, « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la région Rhône-Alpes », *Santé Publique*, vol. 27, p. 539-546.

Morin L. et al., 2010, « Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France », *Santé Publique*, vol. 22, p. 581-592.

Penchansky R., Thomas J. W., 1981, « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction », *Medical Care*, vol. 22, n°6, p. 127-140.

Pineault R., 2012, « Comprendre le système de santé pour mieux le gérer », collection Paramètres, Les presses de l'Université de Montréal.

Robelet M., 2010, « La médecine générale : heurs et malheurs d'une profession », in Catherine Halpern, *La santé, un enjeu de société*, Edition Sciences Humaines, p. 87-94.

RS&T, Réseaux, santé & territoire, « Maisons de santé : des collectifs en croissance », février 2014, n°54.

Sandrin-Berthon B., 2009, Rapport « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours », HCSP (Haut conseil de la santé publique).

Simon P. et Acker D., 2008, Rapport « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins Ministère de la Santé et des Sports », Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

Stewart M. et al., 1995, *Patient-centred medicine transforming the clinical method*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Trottier L.H., 2013, « La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle ».

<http://www.ipcdc.qc.ca/>

WORKING PAPER