



HAL
open science

Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22)

Hli Tcha

► **To cite this version:**

Hli Tcha. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22). Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00717234

HAL Id: dumas-00717234

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717234v1>

Submitted on 12 Jul 2012

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.

UNIVERSITE de BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : Médecine Générale

PAR

Mme Hli TCHA

Née le 1^{er} Décembre 1982 à Rennes

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2012

**ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNANT UNE
MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE A LANNION
(Côte d'Armor, 22)**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Benoist LEJEUNE

Membres du Jury : Monsieur le Docteur Philippe BAIL

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DEWITTE

Monsieur le Docteur Patrice NABBE

**UNIVERSITE DE BRETAGNE
OCCIDENTALE**

**FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE BREST**

***DOYENS HONORAIRES* : Professeur H. H. FLOCH**

Professeur G. LE MENN

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN : Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

Professeur BARRA Jean-Aubert

**Chirurgie Thoracique &
Cardiovasculaire**

Professeur LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques

Cardiologie

Professeur CENAC Arnaud

Médecine Interne

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
GARRE Michel	Maladies Infectieuses - Maladies Tropicales
MOTTIER Dominique	Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ERE} CLASSE

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BOSCHAT Jacques	Cardiologie & Maladies Vasculaires
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillessement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
-------------------------	----------------------------

BERTHOU Christian
BEZON Eric

BLONDEL Marc
BOTBOL Michel
CARRE Jean-Luc
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DEHNI Nidal
DELARUE Jacques
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric

FOURNIER Georges
GILARD Martine
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HU Weigo

LACUT Karine
LE GAL Grégoire
LE MARECHAL Cédric
L'HER Erwan
MARIANOWSKI Rémi
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PAYAN Christopher
PRADIER Olivier
REMY-NERIS Olivier

RENAUDINEAU Yves
RICHE Christian
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
STINDEL Eric

TIMSIT Serge
VALERI Antoine
WALTER Michel

Hématologie - Transfusion
Chirurgie thoracique et
Cardiovasculaire
Biologie cellulaire
Psychiatrie Infantile
Biochimie et Biologie moléculaire
Pneumologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Nutrition
Rhumatologie
Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
Urologie
Cardiologie
Physiologie
Chirurgie plastique, reconstructrice
et esthétique ; brûlologie
Thérapeutique
Médecine interne
Génétique
Réanimation Médicale
Oto. Rhino. Laryngologie
Dermatologie - Vénérologie
Parasitologie et Mycologie
Radiologie & Imagerie médicale
Gastroentérologie - Hépatologie
Bactériologie - Virologie; Hygiène
Cancérologie - Radiothérapie
Médecine physique et de
réadaptation
Immunologie
Pharmacologie fondamentale
Biophysique et Médecine Nucléaire
Rhumatologie
Biostatistiques, Informatique
Médicale et technologies de
communication
Neurologie
Urologie
Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS ASSOCIES

LE RESTE Jean-Yves

Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie-Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean-Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale
SEBERT Philippe	Physiologie

1ERE CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé	Biochimie et Biologie moléculaire
AMICE Jean	Cytologie et Histologie
CHEZE-LE REST Catherine	Biophysique et Médecine nucléaire
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
VOLANT Alain	Anatomie et Cytologie
	Pathologiques

2EME CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie - Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES

AMOUROUX Rémy

Psychologie

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MONTIER Tristan

Biochimie et biologie moléculaire

MORIN Vincent

Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Je tiens à adresser mes sincères remerciements

Au Professeur Lejeune, vous me faites un grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Professeur Dewitte, vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Docteur Nabbe, pour tes conseils et ta tolérance, pour m'avoir accompagnée en tant que tuteur et finir ce cycle en participant à ce jury.

Au Docteur Bail, pour m'avoir proposé ce sujet, pour ton accompagnement et tes encouragements. J'ai vraiment aimé découvrir la recherche qualitative !

Aux Docteurs Garnier, Le Calvez, et Vernusset, vous m'avez beaucoup appris durant mon stage. Nos échanges et nos réflexions m'aident tous les jours dans ma pratique.

Au service de dermatologie de Brest, pour m'avoir donné du temps quand j'en avais besoin et pour m'avoir aidée dans les moments difficiles.

A tous les médecins que j'ai croisé au cours de ma formation, qui m'ont donné envie d'être médecin généraliste.

A tous les professionnels médicaux, paramédicaux, à toutes les secrétaires médicales, à l'association locale des internes de médecine générale de Brest, aux internes, et à Mme Lajarrige qui ont permis la réalisation de travail.

A mes parents, mes frères et sœurs, pour leur amour et leur soutien, pour avoir été toujours à mes côtés, à Mummy pour tes p'tits plats emportés jusqu'à Brest, à mon père qui aurait aimé être là... Ce travail vous est dédié comme témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A mes grands-parents, qui peut-être me voient où ils sont...

A Elisa, pour ta gentillesse et ta disponibilité, pour avoir spontanément proposé de lire ce travail.

A Elisabeth et Eddy, pour votre gentillesse et votre jovialité, pour m'avoir fait partager ce réveillon finistérien !

A Sylvain, pour tes conseils informatiques et pour avoir laissé, Nad et moi, parler de médecine et de bêtises ! A Nadège, pour ta patience et ton bon sens, mais aussi pour ton amitié.

A Franck, pour ton affection et ta présence à mes côtés.

Table des matières

INTRODUCTION	10
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE.....	12
I) Les intervenants de l'offre et de la demande de soins sur le territoire français.....	12
A) La population française et le dynamisme de l'offre et de la demande de soins	12
1) Une augmentation de la population vieillissante.....	12
2) Une augmentation des affections de longue durée	12
3) D'autres facteurs individuels influent sur la demande de soins.....	13
4) Des facteurs généraux du dynamisme des soins et des dépenses de santé	13
B) La démographie médicale	14
1) Une augmentation des effectifs globaux	14
2) Le vieillissement et la féminisation de la profession médicale	15
3) Des médecins salariés plutôt des femmes jeunes, des médecins libéraux plutôt des hommes âgés.....	15
4) Une inégale répartition visible à l'échelle infranationale.....	16
C) Les données politiques	16
1) Un enseignement de la médecine ambulatoire mal intégré au cursus	16
2) Les tentatives de régulation de l'offre de soins	17
D) Les jeunes médecins	18
1) Vers une évolution de l'exercice libéral	18
2) Un comportement paradoxal des jeunes médecins	20
E) La démographie des autres professionnels de santé en soins ambulatoires	21
1) Les infirmiers.....	22
2) Les pharmaciens.....	22
3) Les masseurs-kinésithérapeutes	23
4) Les dentistes et chirurgiens-dentistes	23
5) Les sages-femmes	23
6) Les orthophonistes.....	24
7) Les pédicures-podologues.....	24
8) Les diététiciennes	24
9) Les orthoptistes	24
F) Une réponse organisationnelle possible : la maison de santé pluridisciplinaire	24
1) Définitions et cahier des charges.....	24
2) Le projet de santé et le projet professionnel.....	25
3) Les référentiels juridiques d'exercice.....	25
4) Le statut juridique	26
5) La composition des professionnels de santé de la structure	27
6) Les financements.....	27
7) Les modes de rémunérations.....	27
8) Le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires	27
II) Les données de la démographie bretonne.....	28
A) La population bretonne	28
1) Une population vieillissante qui continue d'augmenter	28
2) Des inégalités de santé.....	28
B) Les professionnels de santé en Bretagne	29
1) Les médecins bretons	29
2) Les autres professionnels de santé en Bretagne.....	30
C) Le contexte local dans le pays du Trégor-Goëlo : le canton de Lannion	31
1) Situation géographique et population locale	31
2) L'offre de soins locale dans le canton de Lannion	31
II) Une étude de besoin : les attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire locale.....	34
A) L'hypothèse de travail.....	34

B) Les objectifs de l'étude	34
I) Méthode.....	36
A) Le choix de la méthode : pourquoi le focus group ?	36
B) La description de la méthode.....	36
1) L'historique.....	36
2) La technique.....	37
3) Les critères de rigueur scientifiques	37
II) Matériel.....	37
A) Les guides d'entretien	37
B) L'échantillonnage des groupes et le recrutement des participants	38
C) Les réunions de groupe	39
D) L'analyse des résultats	39
 TROISIEME PARTIE : RESULTATS	 41
I) La description de l'échantillon.....	41
A) Premier groupe : les internes de médecine générale	41
B) Deuxième groupe : les professionnels <i>paramédicaux</i>	41
C) Troisième groupe : les médecins.....	42
II) L'analyse thématique transversale.....	42
A) Le ressenti de l'exercice libéral actuel est ambivalent	42
1) L'exercice libéral présente certaines facilités.....	42
2) Mais cet exercice est gêné par d'autres aspects.....	45
3) Ce manque d'effectifs oblige les professionnels de santé libéraux à aménager leur pratique	46
4) Le paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux est controversé	47
5) Le devenir de l'exercice libéral de la médecine générale est incertain : une relève non assurée malgré des possibilités incontestables d'installation ; et une surcharge de travail	48
B) Les projections à court terme : un exercice libéral en collaboration ou le départ à la retraite sans successeur	49
1) Les professionnels de santé locaux envisagent de poursuivre leur collaboration	49
2) Exercer en libéral et en collaboration est unanime chez les jeunes médecins, mais s'installer est conditionné et mis en attente.....	50
3) Les professionnels de santé en fin de carrière vont partir en retraite sans successeur	51
C) Il n'est pas envisagé de modèle unique d'une MSP, mais plusieurs représentations de structures pluridisciplinaires, avec des intérêts et des avantages.....	52
1) Le projet d'une MSP locale inspire plusieurs représentations.....	52
2) Les avantages d'une MSP locale sont évoqués lors des entretiens mais aussi ses inconvénients.....	55
3) Les médecins généralistes de Lannion envisagent une autre forme de collaboration locale type pôle de santé.....	57
4) Les médecins spécialistes non généralistes envisagent une structure pluridisciplinaire locale à l'image d'une polyclinique.....	58
 QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	 59
I) Discussion de la méthode.....	59
A) Biais de recrutement	59
B) Biais de l'interviewer	59
C) Biais de l'interview	59
D) Biais de l'analyse.....	60
II) Discussion des résultats	60
A) L'attrait de la liberté d'exercice.....	60
B) La fin de l'exercice isolé	61
C) Le paiement à l'acte controversé	61
D) Une qualité de vie plébiscitée.....	62
E) Le poids des tâches administratives	63

F) L'unanimité des jeunes médecins pour un exercice libéral.....	63
G) L'installation	64
H) Les obstacles à la création d'une MSP locale.....	66
III) Propositions pour l'avenir.....	67
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE	70
LISTE DES ABREVIATIONS	76
ANNEXES	77
annexe n°1 : table des illustrations	79
Liste des graphiques	80
Liste des tableaux.....	85
Liste des cartes.....	89
annexe n°2 : financements	93
annexe n°3 : guides d'entretien.....	97
Guide d'entretien n°1 : guide pour les internes en médecine général	98
Guide d'entretien n°2 : guide pour les professionnels installés	100
annexe n°4 : courriers.....	103
Courrier n°1 : courrier au groupe des professionnels <i>paramédicaux</i>	104
Courrier n°2 : courrier au groupe des médecins	105
annexe n°5 : verbatim.....	107
Focus group avec des internes de médecine générale	109
Focus group avec les professionnels <i>paramédicaux</i>	133
Focus group avec les médecins locaux	161
annexe n°6 : grilles d'analyses	187
Grille d'analyse du 1 ^{er} entretien.....	189
Grille d'analyse du 2 ^{ème} entretien	211
Grille d'analyse transversale du 1 ^{er} entretien et du 2 ^e entretien	231
Grille d'analyse du 3 ^e entretien	271
Grille d'analyse transversale des trois entretiens.....	293

Introduction

La démographie médicale et l'accès aux soins primaires sont devenus depuis ces dernières années, des préoccupations majeures dans le domaine de la santé en France. En ce qui concerne la démographie médicale, la densité médicale en France est l'une des plus élevées d'Europe^a. Pourtant, la répartition des médecins s'effectue de façon très inégale sur le territoire national [1-3]. Cette hétérogénéité dans l'offre de soins entraîne une inégalité d'accès aux soins, et particulièrement dans les soins primaires, appelés aussi soins de proximité ou encore de premier recours. En effet, cette hétérogénéité se retrouve aussi dans la répartition des médecins généralistes, acteurs centraux du parcours de soin. Par ailleurs, une augmentation des difficultés d'accès aux soins semblent s'envisager en raison de certains aspects de l'offre et de la demande de soins. Du côté de la demande de soins, certaines données, comme les données démographiques de la population française^b, concourent à la poursuite d'une hausse des soins. Du côté de l'offre de soins, celle-ci est modifiée par des changements récents au sein de la profession médicale [4-9]. Ces derniers sont parfois non quantifiables et difficiles à maîtriser.

Depuis plusieurs années, les institutions politiques essaient de répondre à ces enjeux de santé par des mesures de régulation de la démographie médicale. Des moyens incitatifs ont été mis en place [10]. Ces derniers sont d'ordres financiers et accordés sous certaines conditions^c. Malgré ces efforts, le problème de la répartition médicale demeure toujours. En effet, ces mesures incitatives présentent des objectifs quantitatifs sur le nombre de médecins. Elles n'incitent pas les jeunes médecins diplômés à s'installer en libéral^d. En 2010, le Dr E. Hubert est missionnée, par le Ministère de la Santé, pour répondre au problème de l'accès aux soins de proximité [11]. Plusieurs groupes institutionnels ou médicaux [12-14] établissent tour à tour des recommandations afin de proposer des solutions. Mais, le cœur de ce problème reste dominé par la médecine générale libérale. Si celle-ci n'est le choix que d'une minorité de jeunes diplômés, ces derniers se tournent souvent vers un exercice en groupe [3,15,16].

Une organisation nouvelle de travail en groupe émerge depuis quelques années pour faire face aux enjeux de la médecine de proximité. Cette organisation est celle de la maison de santé pluridisciplinaire [17-24]. Introduite par la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2008, la maison de santé pluridisciplinaire permet un exercice de coopération entre médecins mais aussi avec d'autres professionnels paramédicaux, médicaux, parfois sociaux, au sein d'une même structure. Elle dispense des soins de premiers recours et son organisation fonctionnelle concilie l'activité professionnelle avec la vie familiale. Elle semble répondre à la fois aux attentes des jeunes médecins et au problème de soins primaires [15,25]. En effet, selon une enquête menée par les syndicats de jeunes médecins [26], ce sont des aides logistiques et financières à la création d'une maison de santé pluridisciplinaire qui sont les premières mesures à réaliser pour favoriser l'installation en zones déficitaires.

Le problème d'accès aux soins de proximité est incontestable à l'échelon local. D'une part, la main d'œuvre médicale étrangère commence à être sollicitée dans certaines communes françaises, faute d'installation des nouvelles générations médicales. Un tiers des nouveaux

^a Selon les données de l'OCDE disponibles sur le site <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>.

^b Ces données sont fournies par l'INSEE <http://www.insee.fr/fr/>.

^c Selon la loi de février 2005 relative au développement des territoires ruraux, et le décret de décembre 2005 relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé.

^d Seuls 9.4 % des nouveaux médecins diplômés s'installent en libéral en 2010, selon le CNOM.

inscrits en 2010 au Conseil de l'Ordre, est diplômé hors de France [3]. D'autre part, lors de mes stages chez le praticien à Lannion, j'ai pu moi-même constater les difficultés des médecins généralistes locaux à gérer une demande croissante des soins ainsi que celles à trouver un successeur.

La ville de Lannion, dans les Côtes d'Armor, est située à proximité immédiate du littoral. Offrant un milieu environnemental et socioculturel favorable, elle bénéficie de l'attractivité d'une population jeune et active, par l'existence d'écoles supérieures et d'un secteur d'emploi dans la télécommunication. A l'échelle départementale, la densité médicale^a des médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale mais aussi, la plus faible de la région bretonne [3]. Les médecins généralistes locaux se trouvent en difficultés face à un accroissement de la demande de soins. Les collectivités locales et les professionnels de santé locaux se sont réunis pour réfléchir aux solutions afin d'offrir un accès aux soins de proximité équitable pour la population locale. Lors de cette réflexion, la question d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion s'est alors posée, et ce présent travail y fait suite. Si la maison de santé pluridisciplinaire semble répondre aux attentes des jeunes médecins généralistes et au problème d'accès aux soins, qu'en est-il des besoins des professionnels de santé locaux à Lannion ? Quelles sont leurs attentes en termes d'exercice professionnel ? Quelles sont-elles en ce qui concerne un exercice dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

Pour répondre à ce questionnement, une étude sociodémographique générale et locale, présentant la situation actuelle entre l'offre et la demande de soins, sera d'abord établie. Ensuite, étant donné qu'aucune étude des besoins ou des attentes des professionnels de santé locaux concernant une maison de santé pluridisciplinaire n'ait été réalisée à ce jour, notre travail de recherche s'inscrit dans une première approche locale. Il s'appuiera sur une méthode qualitative par focus group. Puis, les résultats seront présentés. Enfin, ces derniers seront discutés au regard des données de la littérature avant de conclure.

^a Selon le CNOM, au 1^{er} janvier 2011, la densité des médecins généralistes dans les Côtes d'Armor est de 131 pour 100 000 habitants, cette densité est de 142 pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

Première partie :

PROBLEMATIQUE

I) Les intervenants de l'offre et de la demande de soins sur le territoire français

Pour comprendre l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, il s'agit d'abord d'en établir quelques constats sociodémographiques et politiques. Ces derniers permettent d'apprécier les enjeux de santé. Par ailleurs, cette notion d'inadéquation se rapporte à la notion de volume entre de l'offre et la demande de soins. De ce fait, nous aborderont aussi la notion des dépenses de santé.

A) La population française et le dynamisme de l'offre et de la demande de soins

L'objectif est d'établir un constat général afin de percevoir l'évolution de la demande de soins. Pour cela, quelques indicateurs sociodémographiques de la population française peuvent nous aider. En effet, l'évolution de la demande de soins est liée en partie aux facteurs de morbi-mortalité et à certains facteurs sociaux. Par ailleurs, il existe d'autres facteurs généraux qui influent sur la nature et/ou le volume des soins. Ils interviennent alors dans l'évolution des dépenses de santé.

Les deux principaux facteurs de la demande de soins influençant les dépenses de santé sont l'état de santé et l'âge.

1) Une augmentation de la population vieillissante

Au 1^{er} janvier 2011, selon l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population française compte un peu plus de 65 millions d'habitants. La croissance estimée est de 0.55 % en un an. Elle est surtout liée à un solde naturel positif.

La pyramide des âges de la population française marque son vieillissement par une forme inversée (cf. graphique n°1). L'espérance de vie à la naissance augmente : elle est dorénavant de 84.8 ans pour la femme et de 78.1 ans pour l'homme. Les plus de 65 ans, représentant un sixième des Français, augmentent lentement en proportion et en valeur absolue. Cette tendance n'est pas à négliger, puisque les dépenses de santé se réalisent surtout aux deux extrémités de la vie. Ces dépenses sont liées aux soins de fin de vie et sont surtout réalisées pendant la dernière année de vie [27,28].

2) Une augmentation des affections de longue durée

Le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge à cent pour cent au titre d'une affection de longue durée (ALD) augmente chaque année ainsi que le nombre de nouveaux cas annuels (cf. graphique n°2). Les principales ALD sont les cancers, le diabète et l'hypertension. L'augmentation du nombre d'ALD suit avec l'âge. Ce sont les personnes de plus de 50 ans qui sont surtout concernées (cf. graphique n°3). A juste titre, des plans

nationaux de santé et de campagne de prévention sont mis en place par les pouvoirs publics. Les objectifs pluriannuels de santé sont fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé. Ainsi cent objectifs figurent dans le rapport annexé à la loi.

3) D'autres facteurs individuels influent sur la demande de soins

D'autres aspects individuels interviennent aussi dans les dépenses de santé. Tout d'abord, le sexe : son incidence sur les dépenses de santé n'est pas tellement dans le volume global, mais dans la nature des dépenses de santé. Les dépenses des soins de ville concernent majoritairement les femmes, tandis que celles des soins hospitaliers concernent plus souvent les hommes [29]. Ensuite, le milieu social, la catégorie socioprofessionnelle, l'éducation, l'appartenance à une famille monoparentale, et la couverture complémentaire de l'assurance maladie sont aussi d'autres facteurs influençant les dépenses de santé [28,30].

4) Des facteurs généraux du dynamisme des soins et des dépenses de santé

Des facteurs généraux influent sur l'offre et la demande de soins, et donc des dépenses de santé. Leur incidence étant souvent concomitante et complexe, il est difficile de prévoir leurs projections dans les dépenses de santé. Nous pouvons distinguer la hausse du niveau de vie, l'éducation sanitaire, le système de santé, le progrès médical, et le prix relatif aux soins [27,28,31].

D'abord, les dépenses de santé évoluent avec la richesse du pays. Cette croissance se fait souvent plus vite que l'évolution du produit intérieur brut [28,31]. La hausse du niveau de vie s'accompagne chez les nouvelles générations, d'une demande de soins différente et d'une dépense de soins plus importante que les anciennes générations. Ceci est en partie lié aux attentes de la nouvelle génération différentes dans le domaine de la santé et au coût du progrès médical. L'éducation sanitaire a aussi favorisé une prise de conscience, collective et individuelle, de l'importance des problèmes de santé, ce qui joue en faveur d'une hausse de la demande de soins.

Ensuite, l'organisation du système de santé intervient évidemment dans la régulation des dépenses de santé [28]. D'une part, une couverture médicale universelle complémentaire chez les plus démunis, comme dans le système de santé français, joue plutôt en faveur d'une hausse de la demande de soins. En effet, la demande de soins est, chez les assurés bénéficiant de cette couverture médicale, supérieure à celle des assurés sociaux sans complémentaire santé [30]. D'autre part, l'organisation du système de soin vise à une maîtrise des dépenses par la négociation des termes de la convention médicale, la négociation du prix du médicament, le remboursement des soins dans le cadre du parcours de soins...

Enfin, les avancées dans le domaine médical ont un impact à la fois sur l'offre et sur la demande de soins [28]. En effet, le mécanisme est le suivant :

- La recherche médicale est onéreuse. Elle engendre donc un coût élevé des soins dans un premier temps (limitant l'offre et la demande de soins) ;
- Puis si ces soins se révèlent efficaces, ils seront beaucoup prescrits (augmentation de l'offre de soins), donc leur coût pourra dans un second temps baisser, du fait de l'augmentation de leur volume ;

- Par ailleurs, la baisse du coût des soins favorise l'accès à ces soins (augmentation de la demande de soins). Elle favorise aussi l'augmentation des la prescription des soins (augmentation de l'offre de soins) du fait d'une baisse de la rentabilité financière.
- Ceci concoure à une hausse conséquente du volume des soins qui va être limitée par une hausse du coût des soins ou par des régulations des dépenses de santé des pouvoirs publics (limitant l'offre et la demande de soins).

La variation du coût relatif au soin décrit ci-dessus, est appelée par les spécialistes : élasticité [28,31]. Celle-ci a donc une incidence sur les dépenses de santé. Cette incidence est difficile à mesurer d'autant qu'il existe aussi un contrôle de régulation des dépenses de santé par les institutions politiques.

*
* *

Au final, ces facteurs confortent l'idée d'un maintien des demandes de soins. Par ailleurs, les théories économistes ne se prononcent pas sur le lien entre la hausse des dépenses de santé et le vieillissement propre de la population du fait du gain incertain des années de vie prolongées sur la morbidité. Toutefois, les projections économiques s'accordent à dire que le progrès médical conjugué au vieillissement de la population, entraînera le maintien des dépenses de santé [28,31,32].

Un autre facteur du dynamisme des dépenses de santé évoqué ci-dessus, est l'offre de soins. Nous nous intéresserons particulièrement à l'offre de soins en ambulatoire. Celle-ci comprend entre autres les professionnels de santé libéraux et particulièrement les médecins généralistes.

B) La démographie médicale

Différentes données sont disponibles concernant la démographie médicale en France. Il existe les publications de la Direction de la Recherche des Etudes d'Evaluation et de la Statistique (DREES) [2], qui utilise le répertoire Automatisation DEs LIstes (ADELI) et les relevés du Système National Inter-Régime (SNIR). Les autres données sont celles fournies par l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) [33] et celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [3,34]. Ne considérant pas les mêmes champs d'analyses, les données diffèrent d'une source à l'autre.

1) Une augmentation des effectifs globaux

Ces données montrent qu'il existe actuellement une augmentation des effectifs globaux, mais une stagnation des effectifs actifs depuis 2001. Au 1^{er} janvier 2011, le CNOM compte un peu moins de 200 000 médecins actifs. Les autres sources en dénombrent un peu moins. La densité médicale des médecins en activité régulière, à savoir une activité dans un même endroit, est de 306.7 médecins pour 100 000 habitants. Elle est en très légère baisse.

Cependant, sur ces cinq dernières années, la valeur ajoutée du nombre de médecins retraités a augmenté plus vite que celle du nombre de médecins actifs (cf. tableau n°1). L'accroissement entre 2005 et 2010 des médecins retraités est de 25 % alors que celle des médecins actifs n'est que de 3.6 %. Par contre le CNOM ne dénombre pas le nombre de médecins non diplômés ayant une activité de remplaçant. Seuls les inscrits au tableau du

Conseil de l'Ordre, et donc ayant soutenu leur thèse, sont comptabilisés. Le solde entrée - sortie n'est pas positif pour toutes les spécialités. En 2010, certaines spécialités, comme la médecine générale, présente un solde négatif. Il en est de même pour les spécialités de gynécologie médicale, pédopsychiatrie et neuropsychiatrie. Parmi les médecins sortant, 11 % exerçaient en milieu rural.

Par ailleurs, une autre main d'œuvre médicale, est représentée par celle des médecins retraités. Au 1^{er} janvier 2011, elle représente 15.2 % des médecins retraités. Leur nombre est en augmentation. L'âge moyen est de 68.6 ans. Ce sont surtout des hommes (80.4 %), et des médecins généralistes (41.3 % des retraités actifs). La moitié des retraités actifs exerce en libéral.

2) Le vieillissement et la féminisation de la profession médicale

On constate le vieillissement des médecins en activité régulière avec la pyramide des âges (cf. graphique n°4). L'âge moyen de ces médecins est de 51.4 ans. La part des plus de 60 ans, susceptible de partir dans les cinq ans à venir, représente 22 % des médecins. Les plus âgés sont surtout des hommes.

La seule tranche d'âge des médecins en activité régulière inférieure à 40 ans compte plus de femmes médecins que d'hommes médecins. Cette observation résulte de la féminisation de la profession au cours de ces dernières décennies.

3) Des médecins salariés plutôt des femmes jeunes, des médecins libéraux plutôt des hommes âgés

A partir de 2007, le nombre de médecins salariés augmente rapidement (cf. graphique n°5), alors que celui des médecins libéraux diminuent progressivement de moitié sur ces deux dernières décennies. En s'intéressant à la médecine générale, pour l'année 2010, le nombre de nouveaux médecins généralistes dans le salariat croît plus vite que celui dans le secteur libéral^a. Toute spécialité confondue, les femmes médecins sont majoritaires dans le salariat et particulièrement dans les centres de santé et de prévention.

Les médecins exerçant en libéral sont généralement plus âgés que ceux dans le salariat. Selon le répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2011, l'âge moyen d'un médecin libéral est de 52.2 ans^b tandis que celui d'un médecin salarié dans le secteur public est de 49.4 ans. Selon le CNOM, au 1^{er} janvier en 2011, la part des plus de 55 ans est de 26.5 % pour les généralistes libéraux. Parmi les autres spécialistes libéraux, c'est un médecin sur deux qui a plus de 55 ans. Les médecins libéraux sont pour une grande majorité des hommes (69.5 % des généralistes et 67.6 % des autres spécialistes).

Par ailleurs, certains médecins libéraux abandonnent leur exercice [3]. Selon l'enquête du CNOM, cet abandon concerne 10 % des médecins libéraux et dans 7 cas sur 10, un médecin généraliste. Près de la moitié de ces abandons, se fait au profit d'une activité

^a En 2010, selon le CNOM, l'accroissement des médecins généralistes libéraux a été seulement de 5 %, alors que celle des médecins généralistes salariés était de 13 %.

^b Selon de CNOM au 1^{er} janvier 2011, l'âge moyen d'un médecin en libéral est de 53 ans.

salariée^a. Leurs motifs sont d'ordre professionnel. Ils sont dus aux charges financières, aux difficultés de la permanence des soins, et au burn-out. Mais ils tiennent aussi à l'incompatibilité avec la vie familiale.

4) Une inégale répartition visible à l'échelle infranationale

Il existe une répartition hétérogène des médecins à plus petite échelle. Sur le plan régional, quatorze régions en France métropolitaine ont une densité médicale de médecins en activité régulière inférieure à la moyenne nationale. La densité régionale la plus forte en région Provence-Alpes-Côte d'Azur est une fois et demie plus grande que celle de la région Picardie.

Cette inégalité de répartition se constate aussi au sein d'une même région au niveau départemental (cf. carte n°1). La densité médicale départementale peut doubler d'un département à l'autre pour les médecins généralistes en activité régulière. Elle est même jusqu'à huit fois plus importante chez les autres médecins spécialistes en activité régulière^b. Les départements les mieux dotés en médecins généralistes sont les départements du pourtour méditerranéen. Ceux qui sont les mieux dotés en médecins spécialistes non généralistes sont souvent ceux dotés d'une faculté de médecine.

L'analyse de la densité médicale, à l'échelle des bassins de vie, met davantage en exergue le problème de l'accès aux soins de proximité. Se positionner à cette échelle est intéressant pour la définition du bassin de vie. En effet, un bassin de vie étant le plus petit territoire français sur lequel les habitants ont accès aux services et aux équipements de la vie courante, des disparités de densité médicale observées soulignent mieux l'inégalité d'accès aux soins primaires de la population locale. Quatre bassins de vie n'ont pas de généralistes libéraux en activité régulière (cf. carte n°2). Il existe aussi un vieillissement différentiel des médecins à l'échelle des bassins de vie. Cinquante-trois bassins de vie ont exclusivement des médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus. Concernant les autres médecins spécialistes libéraux, 45 % des bassins de vie n'ont pas de médecins spécialistes non généralistes et, dans 64 % des bassins de vie la densité est inférieure à la moyenne ou nulle (cf. carte n°3).

C) Les données politiques

1) Un enseignement de la médecine ambulatoire mal intégré au cursus

La réforme Debré en 1958 confère aux Centres Hospitaliers Universitaires le monopôle de l'enseignement universitaire de la médecine. Ces derniers développent ainsi l'hyperspécialisation au sein des spécialités. Cette réforme est importante pour comprendre la valeur actuelle de la médecine générale. G. Bloy [35] analyse cet événement comme la rupture avec le monde libéral. La spécialisation est devenue un prestige supérieur avec une tarification et des honoraires plus élevés. La médecine générale n'en faisant pas partie, se trouve alors la discipline dévalorisée.

^a Dans 48 % cas, ces médecins partent à l'hôpital. Les autres abandons se font ensuite pour 18.8 % à la retraite active, 17.5 % en remplacement, 6.3 % à la retraite, 5.9 % en arrêt ou temporairement sans activité, 3.4 % dans une autre activité libérale.

^b La densité des médecins spécialistes est la plus élevée à Paris et la plus faible en Haute-Loire.

Il va falloir attendre les années 90 pour intégrer des médecins généralistes dans les facultés, par la nomination de maîtres de conférences associés de médecine générale. En 2004, la médecine générale devient une spécialité à part entière avec sa maquette spécifique de stages et particulièrement son stage chez le praticien.

L'instauration des épreuves classantes nationales, censée aligner la médecine générale au rang des autres spécialités, semble plutôt confirmer un certain désintérêt des étudiants pour cette spécialité. Les derniers postes de médecine générale ne sont pas pourvus.

De nombreuses facultés de médecine manquent de stage de découverte en ambulatoire en deuxième cycle malgré les arrêtés. Il semble difficile de faire explorer la spécialité médecine générale aux jeunes étudiants. Le cursus de cette spécialité ne contribue pas non plus à une formation ambulatoire pour tous les internes en médecine générale. En 2010, le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) n'est réalisé que par 30 % des internes en médecine générale d'une promotion [11]. Ce manque de formation en soins primaires pendant la période de la formation initiale, incite au recul de l'installation en libéral. Ce phénomène peut s'expliquer par le besoin d'approfondir la formation et de faire en conséquence des remplacements [36-38].

Ce n'est qu'avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009, que les enseignants de médecine générale vont être amenés à être davantage recrutés par les facultés. Elle ouvre des postes de chef de clinique dans les départements de médecine générale et augmente les nombres de maîtres de stage. La loi propose aussi des contrats d'engagement au service public pour les internes et externes. La formation des généralistes ne devrait plus rester exclusivement hospitalière.

2) Les tentatives de régulation de l'offre de soins

Pour réduire les dépenses de santé en agissant sur l'offre de soins et permettre aux médecins d'avoir des revenus satisfaisants, en 1971 apparaît le numerus clausus. Il limite le nombre de place en deuxième année d'études médicales, après le passage du concours de la première année. Dans un contexte de pléthore, le numerus clausus va être amené à diminuer. Il est alors au plus bas dans les années 90. Les études de médecine s'étalant sur quelques années, ce n'est qu'au début des années 2000 que l'impact de la baisse du numerus clausus va être observé. Son ajustement n'est observable que sur un long terme à cause des années de formation universitaire. Alors qu'une pénurie était prévisible, le numerus clausus ne va être augmenté qu'après le manque avéré de médecins. Cette régulation à long terme masque le problème en matière d'accès aux soins primaires. Elle limite le nombre de nouveaux médecins mais ne permet pas répartir les médecins sur le territoire national.

Dans la même logique de limitation de l'offre de soins, le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) est créé en 1988. Il octroyait une allocation en remplacement des revenus aux médecins libéraux conventionnés qui choisissaient de cesser leur activité avant l'âge de 65 ans. L'activité salariée était permise, toute activité libérale était interdite. L'objectif initial de ce dispositif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à réduire les dépenses de l'Assurance Maladie. Cette allocation était financée par des cotisations des médecins conventionnés et par les Caisses d'Assurance Maladie. Elle était gérée par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. En 2003, devant une pénurie de médecins, le MICA a pris fin, faisant ainsi reculer l'âge moyen de cessation d'activité en secteur libéral.

Des mesures de régulations régionales sont mises en place pour contrôler les affectations par subdivisions, disciplines et spécialités. Elles vont aussi être un moyen de levier pour répondre à la demande de soins locale. De la même façon, des aides financières à l'installation sont mises en place. Ces mesures financières sont octroyées sous conditions. Elles donnent des avantages fiscaux, et permettent de bénéficier d'une aide à l'installation. Il s'agit alors d'un complément de revenus pour les étudiants sous formes d'exonération fiscale, d'aides locales (collectivités locales, Caisses d'Assurance Maladie), ou de bourses allouées aux étudiants. Ces derniers doivent en contrepartie rester après leur formation universitaire en exercice dans le secteur local pendant une durée déterminée. Ces mesures concernent aussi la prise en charge des frais de remplacement.

Dans une démarche de régulations des dépenses de santé, l'Assurance Maladie encourage le parcours de soin avec la loi de réforme de 2004. Elle va rendre au médecin généraliste, souvent le médecin traitant, son rôle de pivot central et de coordinateur. En 2009, l'Assurance Maladie met en place des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ces contrats sont signés entre le médecin et le directeur de la caisse du lieu d'exercice pour trois ans. Ainsi, le praticien signant ce contrat facultatif perçoit une prime annuelle à la performance. Cette prime est conditionnée à la réalisation d'objectifs en termes de prescription de médicaments, et d'actes de prévention.

*
* *

L'objectif de tant d'efforts par les pouvoirs publics est à la fois de maîtriser les dépenses de santé et de pourvoir assurer des soins de proximité sur tout le territoire national. Pourtant, malgré ces mesures, le renouvellement des médecins en soins ambulatoires est loin d'être assuré par la nouvelle génération formée.

D) Les jeunes médecins

La jeune génération de médecins, majoritairement féminine, va modifier la donne de l'offre de soin.

1) Vers une évolution de l'exercice libéral

a) Une évolution de l'organisation du travail

- Les apports de la féminisation de la profession

La féminisation de la profession entraîne un assouplissement de l'exercice. Plusieurs études montrent que le temps de travail hebdomadaire d'une femme médecin est plus court que celui de son confrère du sexe opposé. En 2005, I. Kahn-Bensaude remarque que les femmes médecins travaillent six heures de moins par semaine que leur confrère masculin [5]. Une étude de la DREES en 2005 souligne la même idée et montre aussi que le temps de travail est différent selon la situation professionnelle du conjoint [4]. B. Loiselet-Doulcet, constate dans sa thèse, que les femmes généralistes ayant réalisé leur deuxième cycle d'études médicales à Brest, ont un temps de travail qui est inférieur à celui de leurs confrères masculins [9]. Ce constat est réalisé chez les médecins femmes installées, les remplaçantes et les salariées.

Cette féminisation a favorisé le refus du modèle de « *disponibilité permanente* » [6] du médecin anciennement ancré. Avec le besoin de concilier une vie de famille et une vie professionnelle, le modèle de la médecine sacerdotale n'est plus le modèle de référence pour l'organisation de l'emploi du temps du médecin. Cette prise de conscience est d'abord féminine, du fait du rôle prépondérant de la femme dans l'éducation de ses enfants. Elle s'est progressivement étendue à la jeune génération masculine [6,7,39].

- Des situations familiales différentes

La situation du conjoint a aussi un impact dans l'organisation du temps de travail des médecins libéraux. Sur une étude rétrospective de 1990 à 2004, P. Breuil-Genier et M. Sicart constatent que le temps de travail hebdomadaire des médecins varie avec le genre mais aussi avec le statut d'activité du conjoint [4].

Ce temps de travail est plus long si le conjoint est aidant familial. Ce dernier n'étant pas salarié dans une autre entreprise, peut assister le médecin dans son activité professionnelle. Ceci concerne surtout les médecins hommes. Le manque de données pour cette période et la faible proportion de femmes médecins ayant un conjoint aidant familial^a, ne permettent d'affirmer la même chose pour cette dernière catégorie de médecins. Cette étude montre qu'une femme médecin sans conjoint a un temps de travail hebdomadaire plus élevé qu'une femme médecin avec un conjoint actif occupé. Du côté des médecins hommes, le constat est inversé. En effet sans conjoint, ils travaillent moins dans la semaine que ceux avec une conjointe active occupée (cf. tableau n°2).

Il faut aussi noter que la proportion de médecins ayant une conjointe aidant familial, diminue chez les générations les plus jeunes (cf. graphique n°6). Ceci tend vers une diminution de la durée du travail hebdomadaire des jeunes médecins.

- Une évolution des mentalités

Avec la féminisation, le modèle de la médecine sacerdotale est abandonné des jeunes médecins. La recherche d'une meilleure qualité de vie, et plus de temps libre pour une vie de famille sont des aspirations revendiquées par les jeunes générations de médecins [6,7,39].

b) Une dynamique de regroupement

Une tendance dans la pratique se dessine au cours de cette dernière décennie, avec un exercice libéral de la médecine générale en groupe. Ce sont les jeunes générations qui optent pour ce type exercice [16,24,40,41]. Celui-ci motivé principalement par des contraintes économiques, permet la mise en commun et le partage de locaux, de matériels et de moyens. Il favorise une organisation de travail différente de celle d'un exercice en cabinet individuel, avec du temps libre pour le développement des pratiques professionnelles et pour l'encadrement de la formation initiale.

Les grandes formes juridiques de sociétés pour un exercice en groupe sont les suivantes :

^a Le pourcentage de femmes médecins ayant un conjoint aidant familial dans l'étude de P. Breuil-Genier et M. Sicart est de 0.1 %.

- Les sociétés de moyens : il s'agit surtout des sociétés civiles de moyens (SCM). Elles permettent aux associés qui peuvent appartenir à des corps de métier différents, la mise en commun du matériel, du personnel et des locaux professionnels ;
- Les sociétés ou groupements d'exercice : ils permettent la mise en commun non seulement des moyens comme dans une SCM, mais aussi la mise en commun de l'exercice professionnel des médecins. Ceci se traduit par la mise en commun des fichiers de patientèle, et une mise en commun, partielle ou totale, des honoraires. Il s'agit alors de sociétés de personnes comme la société civile professionnelle (SCP), et les sociétés de capitaux comme la société d'exercice libéral (SEL). La SCP encaisse l'ensemble des honoraires représentant l'activité de ses membres et en supporte l'intégralité des charges. Il existe un partage d'honoraires et une responsabilité professionnelle commune. Chaque membre est individuellement responsable de ses actes, mais solidairement responsable des actes de ses associés. La SEL, quant à elle, permet aux médecins de disposer de capitaux et du statut de salarié.

2) Un comportement paradoxal des jeunes médecins

a) Peu d'installation en libéral

Au 1er janvier 2011 selon le CNOM, sur dix médecins nouvellement diplômés toutes spécialités confondues, sept choisissent une activité salariée, deux le remplacement et une personne seulement s'installe en libéral [3]. Dans la faible proportion de jeunes médecins choisissant l'installation, la majorité est spécialiste en médecine générale^a. Le recul à l'installation libérale est visible aussi avec l'âge moyen de la première installation qui tend ces dernières années à augmenter [11].

Les médecins remplaçants sont dorénavant sept fois plus nombreux qu'il y a trente ans. En médecine générale parmi les nouveaux inscrits en 2010, la majorité fait d'abord des remplacements (44.41 %), puis un salariat (36.93 %), et enfin seulement 17.86 % partent en libéral. Ce sont surtout des femmes qui remplacent car elles sont majoritaires dans la profession. Le statut de remplaçant concerne plutôt les jeunes praticiens. Plus de la moitié des remplaçants a moins de 50 ans. En spécialité médecine générale, la part des femmes remplaçantes est légèrement plus élevée (54 %). Les médecins généralistes remplaçants sont aussi plus jeunes que les médecins remplaçants des autres spécialités : l'âge moyen est de 41 ans médecine générale contre 49 ans dans les autres spécialités. Ils résident surtout autour et dans les grandes agglomérations.

b) Peu d'installation en milieu rural

L'installation des médecins se fait majoritairement en milieu urbain ou semi-urbain. En effet, B. Loiselet-Doulcet constate dans son étude [9] que seulement quatre médecins sur soixante-dix se sont installés en zone rurale^b. Par ailleurs, selon le CNOM au 1^{er} janvier 2011, moins d'un jeune diplômé sur quatre s'est installé en milieu rural en 2010. Ce qui veut dire que seulement 3 % des médecins libéraux en milieu rural cessant leur activité ont été renouvelés en 2010^c. Les nouveaux médecins libéraux se concentrent dans les grandes villes

^a Il y a 72.7 % de nouveaux médecins inscrits au Conseil de l'Ordre dans l'année 2010, qui sont des médecins généralistes exerçant en libéral.

^b Dans le travail de B. Loiselet-Doulcet, les autres médecins se sont installés surtout en zone semi-rurale (37/70) et en zone urbaine (29/70).

^c Selon le CNOM en 2010, il y a eu 5 392 nouveaux inscrits, 1 % des nouveaux inscrits choisit d'exercer en libéral, soit 54 jeunes médecins, et l'exercice en milieu rural n'est le choix que de 23 % de ces médecins libéraux,

et en périphérie. Mais ce sont surtout les villes dotées d'une faculté de médecine qui sont les mieux dotées en médecins libéraux.

c) Une inégale répartition des installations des jeunes médecins sur le territoire national

Leur installation sur le territoire français reste aussi très inégale à l'échelle infranationale, n'améliorant pas la situation démographique des médecins installés. Beaucoup de jeunes médecins s'installent dans la région où ils ont effectué leur troisième cycle d'études médicales^a. Ce sont les régions du centre de la France qui conservent le moins de jeunes diplômés, et qui bénéficient de la main d'œuvre des médecins étrangers. A l'échelon départemental, ce sont les départements présentant une faculté de médecine qui sont les lieux privilégiés pour l'exercice des jeunes diplômés.

d) Les motivations de leur exercice débutant et leurs difficultés

L'étude de la DREES sur la situation professionnelle des conjoints de médecins [4], distingue trois grands types de facteurs motivant le choix de l'installation. Ces derniers sont d'ordres personnels, professionnels et environnementaux. Les deux premiers facteurs expliquent principalement l'attraction et l'installation en libéral. Le maintien dans une zone est quant à lui, plutôt tributaire de facteurs professionnels et de facteurs environnementaux.

Les choix de la pratique libérale des nouveaux inscrits dans l'année 2010, selon l'enquête du CNOM, sont liés d'abord à l'indépendance, au contact privilégié avec la patientèle, et à la gestion du temps de travail. Les aides publiques, l'opportunité d'une reprise de cabinet, les relations privilégiées avec les autres professionnels de santé et le compagnonnage ne sont pas des facteurs déterminants dans l'installation en libéral. Par ailleurs, les difficultés d'exercice sont surtout liées aux tâches administratives, à la gestion financière du cabinet, et aux journées de travail à rallonge [3].

E) La démographie des autres professionnels de santé en soins ambulatoires

Les données sont issues des répertoires ADELI - RPPS (Répertoire Partagé de Professionnels de Santé), présentées par la DREES [42]. Celle-ci présente, au 1^{er} janvier 2011, les statistiques des professionnels de santé, « *actifs occupés* » [42]. La notion d'activité du praticien est différente d'un répertoire à l'autre. Le répertoire RPPS prend en compte l'activité la plus récente déclarée, tandis que le répertoire ADELI ne tient compte que de l'activité principale. Dans ce dernier répertoire, même une activité libérale minimale classe le praticien parmi les praticiens libéraux. Les données présentées dans mon travail concernent celles de la France métropolitaine et sont extrapolées afin de donner un ordre de grandeur. Si toutefois des précisions étaient nécessaires, il suffirait de se reporter aux références bibliographiques.

Les professionnels de santé en soins primaires sont majoritairement des femmes (cf. tableau n°3), sauf pour les kinésithérapeutes et les dentistes. Ce sont aussi des jeunes professionnels pour la plupart, et des professionnels vieillissants chez les pharmaciens et les

soit 13 nouveaux diplômés exercent en libéral et en milieu rural ; alors qu'il y a 11 % de médecins sortants (0.11*4310) qui exerçaient en milieu rural, soit 474 médecins libéraux en milieu rural retraités.

^a En 2010, 63 % des médecins diplômés restent dans leur région pour y exercer, selon le CNOM.

dentistes. Leurs effectifs ont tous globalement augmenté au cours de ces dernières décennies. La densité de ces professionnels de santé au niveau national est assez satisfaisante. Par contre, la répartition des professionnels libéraux est inégale sur le territoire français sauf pour les pharmaciens. Les professionnels libéraux se concentrent principalement dans les grandes agglomérations et sur le pourtour méditerranéen. Ce déséquilibre donne un sentiment local de pénurie pour certains d'entre eux. A l'exception des pharmaciens et des infirmiers, cette répartition est liée à la liberté de s'installer en libéral. Par ailleurs, à part les pharmaciens en officine, les autres professionnels de santé sont très souvent en exercice individuel en cabinet. Néanmoins, dans la plupart des professions, les jeunes générations ont souvent tendance à se regrouper par rapport à leurs aînés.

1) Les infirmiers

La profession est majoritairement féminine et jeune. Elle se compose de 87 % d'infirmières sur les 534 000 actifs au 1^{er} janvier 2011. L'âge moyen dans la profession est assez stable (42 ans), grâce à une augmentation rapide des jeunes effectifs. Le renouvellement des infirmiers retraités semble être mieux garanti.

La densité nationale est de 855 pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Elle est la plus faible en région parisienne. Le reste de la France est couvert de façon assez homogène en infirmiers. Par contre les infirmiers libéraux exercent surtout sur le littoral méditerranéen et en Bretagne. Cette répartition s'explique en partie par une pratique hospitalière majoritaire et un contrôle des installations à partir de 2009. Les infirmiers ne peuvent s'installer en zone surdotée et en régime conventionné, qu'à condition qu'un autre infirmier cesse son activité^a.

Leur mode d'exercice est principalement un exercice salarié dans le secteur public (85 %). Parmi les 15 % d'infirmiers libéraux, 56 % choisissent un exercice en cabinet seul, 40 % en groupe. Le choix d'un exercice de groupe est un peu plus marqué chez les jeunes de la profession. Les infirmiers masculins choisissent un peu plus souvent une activité libérale : leur proportion est légèrement supérieure à celles des infirmiers masculins salariés^b. L'exercice dans une commune de moins de 10 000 habitants est choisi par 39 % des infirmiers libéraux.

2) Les pharmaciens

La profession compte près de 74 000 professionnels dont les deux tiers sont des femmes. La population de pharmacien est vieillissante, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 50 - 54 ans. L'âge moyen dans la profession est de 47 ans.

La densité des pharmaciens sur le territoire métropolitain est de 115 pour 100 000 habitants. Leur répartition sur le territoire est plus homogène du fait des lois autorisant leur installation, mais les pharmaciens sont quand même surreprésentés dans le Sud de la France et sur le littoral méditerranéen. La proportion de libéraux est de 46 %. L'officine est le secteur

^a Cette mesure restrictive à l'installation fait suite à l'arrêté du 29 décembre 2008 relatif aux critères de classification de zones des infirmiers et à l'avenant à la convention nationale des infirmiers paru fin 2008.

^b Les infirmiers hommes représentent 16 % des infirmiers libéraux, 12 % des infirmiers salariés.

d'activité majoritaire des pharmaciens. Les autres secteurs d'activité sont le secteur hospitalier, les laboratoires d'analyses biomédicales, et l'industrie pharmaceutique^a.

3) Les masseurs-kinésithérapeutes

Ils sont près de 71 000 en France métropolitaine. La profession compte 48 % de femmes. L'âge moyen dans cette profession est de 43 ans.

La densité nationale est de 113 pour 100 000 habitants. L'exercice libéral prédomine puisque 79 % des praticiens exercent dans ce secteur. Ce sont plutôt les masseurs-kinésithérapeutes hommes qui exercent en libéral, les femmes sont plutôt tournées vers le salariat. En libéral, l'exercice seul est majoritaire avec 60 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, mais les jeunes praticiens libéraux exercent davantage en groupe que leurs aînés. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux se concentrent sur le littoral méditerranéen et en Bretagne. Un quart praticien sur quatre est installé dans une commune de moins de 10 000 habitants

4) Les dentistes et chirurgiens-dentistes

La profession compte près de 40 900 chirurgiens-dentistes. Elle est vieillissante avec un âge moyen de 48 ans, et encore peu féminisée puisque les femmes représentent 39 % des chirurgiens-dentistes.

Elle présente une densité nationale de 66 pour 100 000 habitants. Les chirurgiens-dentistes sont majoritairement libéraux (90 %) et exercent plutôt en cabinet individuel (54 %). Mais le regroupement en cabinet de groupe tend à se développer chez les jeunes praticiens. Par ailleurs, principalement installés en zone urbaine, ils exercent essentiellement dans les départements du Sud et de l'Est de la France, et dans les départements bretons.

5) Les sages-femmes

Environ 19 000 sages-femmes^b en France, la profession est une profession jeune et presque exclusivement féminine, puisque 98 % sont des femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des moins de 29 ans. L'âge moyen dans la profession est de 42 ans.

La densité nationale est de 125 pour 100 000 habitants. Leur densité est plus importante dans l'Est et le Sud-Est de la France, ainsi qu'en Bretagne. Les sages-femmes sont majoritairement salariées (82 %). Le secteur hospitalier est le secteur privilégié d'exercice (75 %). L'activité en libéral représente 13 % et est majoritairement en cabinet seul^c. Chez les jeunes générations, il n'y a pas de tendance à se regrouper en libéral.

^a 74 % des pharmaciens exercent en officine, 10 % dans le secteur hospitalier, 7 % dans les laboratoires d'analyses biomédicales et 5.5 % à 7 % selon le répertoire dans l'industrie pharmaceutique.

^b Selon le répertoire RPPS, elles sont 18 599, selon le répertoire ADELI 20 258.

^c Les sages-femmes exerçant en cabinet individuel représentent 82 % des sages-femmes libérales, et celles exerçant en cabinet de groupe 10 %. Les autres sages-femmes libérales travaillent dans d'autres établissements publics ou privés et en PMI.

6) Les orthophonistes

Environ 20 000 en France, la moyenne d'âge est de 43 ans dans la profession. Cette profession reste très féminine (96 %). La densité est de 32 pour 100 000 habitants.

Les orthophonistes exercent majoritairement en secteur libéral (80 %). Ces professionnels libéraux exercent surtout en cabinet individuel (71 %), mais une préférence pour l'exercice en groupe est se développe chez les jeunes orthophonistes. La profession s'installe surtout dans le Sud-Est de la France alors que les départements du centre de la France présentent de faibles densités. Seulement un orthophoniste libéral sur cinq exerce dans une commune de moins de 10 000 habitants, la moitié étant plutôt installée dans une ville d'au moins 200 000 habitants.

7) Les pédicures-podologues

Ils sont environ 11 500 en métropole. Il y a 67 % de femmes. L'âge moyen dans la profession est de 41 ans. La densité est de 19 pour 100 000 habitants. C'est une profession largement libérale (98 %) et l'exercice est surtout en cabinet seul (86 %). Néanmoins, les plus jeunes ont tendance à se regrouper en libéral, particulièrement les moins de 40 ans. Presque la moitié des podologues libéraux exerce dans une ville de plus de 200 000 habitants.

8) Les diététiciennes

Au nombre de 7 000 environ en France, la profession est presque exclusivement féminine (95 %) et jeune car plus de la moitié des professionnels a moins de 40 ans. La densité au niveau national est de 11 pour 100 000 habitants. Il y a seulement 25 % des diététiciennes libérales. Celles-ci exercent principalement en cabinet individuel (84 %), mais une tendance au regroupement en libéral apparait chez les moins de 30 ans.

9) Les orthoptistes

Elles sont environ 3 400 orthoptistes en France. La profession est majoritairement féminine (90 %) et globalement jeune avec un âge moyen de 40 ans. La densité est évaluée à 5 pour 100 000 habitants. Elles sont 70 % à exercer en libéral, dont 80% en cabinet individuel. Les moins de 30 ans ont une préférence pour un exercice de groupe.

F) Une réponse organisationnelle possible : la maison de santé pluridisciplinaire

1) Définitions et cahier des charges

C'est par la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 qu'une définition de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est établie. Il s'agit d'abord d'une association de professionnels de santé coopérant pour des actions de prévention et d'éducation. Son activité peut aussi porter sur des actions sociales. La loi HPST de juillet 2009 complète cette définition avec la notion de projet de santé. Plus qu'un simple regroupement de professionnels, l'exercice au sein de la MSP est coordonné. Il doit aussi être conforme aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui est arrêté par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

Ce mode d'exercice est encouragé par les pouvoirs publics. En effet, les missions régionales de santé^a ont établi le cahier des charges d'une MSP relevant d'un soutien financier du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

Ce cahier des charges présente des critères principaux et des critères secondaires. Ils concernent [12,43] :

- La composition du personnel de santé ;
- La structure, l'espace et les moyens matériels de la MSP ;
- Les activités de soins internes, et de soins en réseaux avec d'autres structures ;
- L'accès aux soins pour tout patient et l'assurance d'une permanence de soins ;
- La gestion des données du système informatique ;
- L'encadrement de la formation initiale.

2) Le projet de santé et le projet professionnel

L'élaboration de ces projets est requise pour les demandes de subventions auprès de l'Etat et de l'Assurance maladie. Ils établissent noir sur blanc la coordination des professionnels au sein de la structure. Les objectifs de santé pour la population locale et l'organisation des soins coordonnés des professionnels y sont présentés.

a) Le projet de santé

Il définit l'offre de soins programmés et non programmés, assurés par les professionnels de santé de la structure. Il concerne aussi la prise en charge des maladies chroniques. Il est orienté vers deux types d'objectifs [12]. Le premier objectif intéresse la patientèle avec : l'accès et la continuité des soins ; les missions de santé publique ; les séances d'éducation thérapeutique ; les consultations de prévention ; le suivi coordonné et l'orientation du patient ; et la participation à la veille épidémiologique. Le second objectif concerne l'amélioration de la qualité de soins. Il relève des formations et des évaluations des pratiques des professionnels membres de la MSP.

b) Le projet professionnel

Il définit l'organisation de travail : la coordination interne ; les modalités des protocoles ; la gestion des éléments du dossier médical partagé ; les réunions pluridisciplinaires ; l'implication dans les réseaux ; les liens avec l'hôpital et des services médico-sociaux...

3) Les référentiels juridiques d'exercice

Il existe trois référentiels d'exercice : le contrat d'exercice en commun, la charte éthique ou la charte interprofessionnelle, et le règlement intérieur. Ils sont tous consentis par chaque professionnel membre de la MSP. Le premier référentiel est le plus important. Il régit l'organisation de travail de chaque professionnel et l'organisation de leur travail de coordination.

^a Les missions de régionales de santé ont été constituées en 2004 de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. Elles fixent les missions communes aux secteurs hospitalier et ambulatoire.

Le cahier des charges relatif aux des maisons de santé pluridisciplinaires de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) propose une charte de la maison pluridisciplinaire [43]. Cette charte doit établir plusieurs points :

« - *L'organisation de la prise en charge des patients lors de l'absence du professionnel de santé (congés, formation, absences non programmées) ;*

- *Le partage des informations utiles à une prise en charge coordonnée (réunions de concertation autour de dossiers de patients, conditions d'accès à un volet partagé du dossier médical des patients,...) ;*

- *La mise en œuvre de pratiques protocolisées définissant, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et des règles déontologiques, le rôle de chacun des professionnels de santé de la maison de santé pluridisciplinaire dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques. »*

Le rapport précise qu'il s'agit d'un document équivalent à un contrat, à valeur d'engagement de coopération entre les professionnels. Il doit être soumis à l'avis des Conseils de l'Ordre concernés.

P. De Haas dans son livre « *monter et faire vivre une maison de santé* » [24], développe le contrat d'exercice en commun, la charte éthique et le règlement intérieur. Le contrat d'exercice en commun établit d'abord les liens entre les professionnels. Ce contrat règle les questions de gestion courante (congés, partage des honoraires, achats de matériel, charges courantes...), finalement équivalent à la charte proposée par la CNAMTS. Les pratiques protocolisées et les transferts de compétence peuvent être élaborés à l'aide des recommandations de la Haute Autorité de Santé [44-46]. Ensuite, la charte éthique pose les principes éthiques qui doivent être respectés. Elle présente la philosophie des soins qui anime les professionnels. Enfin le règlement intérieur gère la vie quotidienne au sein de la maison de santé (gestion des locaux, contribution de chacun au fonctionnement général...).

4) Le statut juridique

Les expériences des maisons de santé pluridisciplinaires, montrent que les statuts juridiques sont différents d'une structure à l'autre [12,24]. Il n'existe pas de statut unique bien établi. Très souvent il s'agit d'une société d'exercice : société civile immobilière, société civile de moyens, société civile professionnelle, société de fait (cf. graphique n°7). Dans le cas d'un adossement à un hôpital local, il s'agit souvent d'un groupement de coopération sanitaire [24].

La loi Fourcade d'août 2011, annonce un nouveau cadre juridique, celui des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA). Cette structure devient nécessaire pour faciliter l'exercice pluridisciplinaire. En effet les MSP présentent chacune un cadre juridique différent [12,24]. Elle simplifie les règles de financement et la redistribution des sommes financières entre les professionnels de santé de la structure. Sur le plan juridique, la SISA doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Ce n'est pas une structure fermée avec un exercice exclusif au sein de la MSP. Par contre les modes d'exercices doivent être précisés dans les statuts. Ainsi une activité libérale non mise en commun peut être exercée hors de la SISA, et une activité mise en commun peut aussi l'être à titre personnel au sein de la structure. Son décret d'application vient de paraître en mars 2012 [47]. Il définit trois types d'activités exercées en commun au sein de la structure : la coordination thérapeutique, l'éducation thérapeutique du patient, et la coopération entre les professionnels de santé. Il fixe les mentions obligatoires dans les statuts de la SISA : l'identité

des associés, le nom de la structure, les compétences des professionnels, les modalités de fonctionnement et de gérance... Ces statuts doivent être transmis aux Ordres professionnels un mois avant son enregistrement. Par ailleurs, ce décret impose d'annexer aux statuts le projet de santé adopté par les associés.

5) La composition des professionnels de santé de la structure

La composition d'une MSP est différente d'une MSP à l'autre. Les médecins généralistes et les infirmiers, constituent souvent le noyau commun de ces structures [24]. Ils sont, avec les masseurs-kinésithérapeutes, les plus représentés dans les MSP [12,48]. Par ailleurs, la composition d'une MSP peut comprendre d'autres médecins spécialistes, d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et des travailleurs sociaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales...).

6) Les financements

Les financements peuvent être mixtes et variables dans le temps (cf. annexe n°2). Ils peuvent provenir [12] :

- Des investissements publics souvent non pérennes et soumis à certaines conditions : le FIQCS, et les subventions des collectivités locales ;
- Des investissements privés par investisseurs ;
- Des investissements personnels de la part des professionnels de santé membres de la MSP.

7) Les modes de rémunérations

Actuellement il n'existe pas de rémunération spécifique. Des études menées par les ARS, sont actuellement en cours depuis 2009 sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels membres d'une MSP. Leurs résultats pourront être exploitables à partir de fin 2013.

8) Le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires

Il est difficile de trouver des réponses concernant le nombre exact de MSP sur le territoire français. Les seules données trouvées sont celle de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2008 (cf. tableau n°4) et le rapport du FIQCS en 2009 (cf. carte n°4). Ce nombre est amené à augmenter suite au plan de lancement de 250 MSP en milieu rural entre 2010 et 2013^a.

Après ces données nationales, une vision à plus faible niveau se conçoit vers la région Bretagne.

^a Cette mesure fait suite à une circulaire NOR N°EATV1018866C de juillet 2010, adressée aux préfets et aux directeurs des ARS.

II) Les données de la démographie bretonne

Cette partie est consacrée à décrire de façon générale, la situation de la population concernée par l'offre et la demande de soins, au plan régional et à plus petites échelles^a et particulièrement au niveau du canton. Celui-ci va nous servir de cadre de travail pour les besoins de notre étude. Le territoire du canton de Lannion est plus petit l'aire urbaine de Lannion pour concevoir une MSP locale.

A) La population bretonne

Les données pour la population bretonne^b sont issues pour l'année 2008 de travaux de recensement de l'INSEE. Celles pour les années 2009 et 2010 ont été aussi élaborées par l'INSEE, mais à partir de méthodes statistiques. Les données seront extrapolées pour une meilleure visibilité. Nous avons aussi consulté les données de l'Observatoire Régionale de santé (ORS) et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne [49-53].

1) Une population vieillissante qui continue d'augmenter

Au 1^{er} janvier 2010, la population bretonne est estimée à près de 3 200 000 habitants. C'est la 7^{ème} région de France la plus peuplée. Elle a bénéficié d'un accroissement de 10 % en dix ans, essentiellement lié à un solde migratoire positif. Ce sont les grandes villes qui bénéficient d'un accroissement de la population, surtout Rennes puis les villes du littoral sud breton, comme Vannes, Lorient et Quimper.

La population bretonne est plus âgée que la population générale française et particulièrement dans les Côtes d'Armor (cf. graphique n°8), où l'indice de vieillesse^c est le plus fort des départements bretons [50]. L'âge moyen d'un Breton est de 41 ans en 2009, soit un an de plus que la moyenne nationale. Par contre à l'échelle cantonale, ce sont le Centre Bretagne et la côte nord-est de la Bretagne qui présentent une part plus importante des personnes de plus de 60 ans.

Les études de projection de l'évolution de la population bretonne [54] tendent vers une accroissement de la population mais aussi vers une augmentation des personnes les plus âgées.

2) Des inégalités de santé

L'analyse des données démographiques de la population bretonne de 2000 à 2006 met en exergue une situation de santé défavorable par rapport à la population française générale. Des inégalités de santé existent aussi au sein de la population bretonne [49-53].

L'espérance de vie à la naissance de la population bretonne est inférieure à la moyenne française, en particulier pour la population masculine (cf. tableau n°5). Le taux de mortalité

^a A plus petite échelle que celle du département, il existe différents découpages du territoire national en : territoires de santé définis par un arrêté en septembre 2010 en application de la loi HPST de juillet 2009 ; territoires vécus (bassins de vie, aires urbaines, zone d'emploi) ; territoires administrés (cantons, communes, communautés de communes) ; territoires de projets (pays qui réunissent les communautés de communes ayant un projet commun de développement).

^b Ces données sont consultables sur <http://www.insee.fr/fr/>.

^c L'indice de vieillesse est le rapport entre le nombre de personnes ayant plus de 75 ans et celui des personnes ayant moins de 20 ans.

est plus élevé en Bretagne et particulièrement dans les Côtes d'Armor (cf. tableau n°6). Le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Bretagne. Les hommes sont plus touchés par un décès prématuré avant 65 ans. Plus de la moitié des décès prématurés pourrait être évitée. Ces derniers sont dus à des comportements à risque liés au tabac, à l'alcool, et à la conduite routière dangereuse. Il existe aussi un gradient de mortalité, avec un taux de mortalité plus élevé dans l'Ouest de la Bretagne. Les trois premières causes de mortalité chez les bretons sont d'abord les maladies de l'appareil circulatoire, puis les cancers, enfin les causes de morts violentes^a. Les premières causes de décès varient aussi avec la tranche d'âge : entre 1 et 14 ans, ce sont les tumeurs malignes ; entre 15 et 24 ans, les causes externes traumatiques et d'empoisonnement ; entre 25 et 64 ans, les causes externes traumatiques et les maladies cardio-vasculaires ; et pour les plus de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires.

Du côté de la morbidité, comme sur le plan national, le nombre d'ALD augmente avec l'âge et à partir de 50 ans. Les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète avec les autres troubles métaboliques sont les premiers motifs des demandes d'ALD. La répartition des ALD varie aussi en fonction du sexe et de l'âge. Les deux principaux motifs de mise en ALD sont les mêmes pour les deux sexes. Le troisième motif prédominant diffère selon le sexe : chez les hommes, il concerne le diabète et les autres maladies métaboliques ; chez les femmes, les pathologies du système nerveux. Chez les personnes de moins de 25 ans, les admissions en ALD sont principalement liées aux troubles psychiatriques ; entre 25 et 64 ans, aux tumeurs et aux maladies cardio-vasculaires ; et pour les plus de 65 ans, aux maladies cardio-vasculaires (cf. tableau n°7).

Les facteurs d'exposition professionnelle et environnementale [51-53] de la population bretonne dépendent en partie du bassin local d'emploi. Celui-ci est constitué surtout du secteur tertiaire, mais les secteurs de l'agriculture et de l'industrie agro-alimentaire sont aussi surreprésentés dans la région (cf. graphique n°9). En Bretagne, l'incidence des maladies professionnelles (MP) est plus élevée que la moyenne nationale (cf. graphique n°10) avec une proportion de MP avec incapacité permanente qui a augmenté entre 2002 et 2008 [53]. Par ailleurs, l'indice de fréquence des MP avec incapacité permanente, comparé aux mêmes indices aux plans régional et national, est plus élevé dans le Finistère et les Côtes d'Armor pour l'année 2008 [53]. La quasi-totalité des MP^b est attribuée aux troubles musculo-squelettiques avec une prédominance pour les affections péri-articulaires [52,53].

Ces indicateurs permettent ainsi de définir au niveau régional des plans de santé (plan santé environnement, plan santé au travail...).

B) Les professionnels de santé en Bretagne

1) Les médecins bretons

Selon la DREES, la Bretagne compte 9 720 médecins salariés et libéraux : 4 958 sont des spécialistes en médecine générale, 4 762 appartiennent aux autres spécialités. Au 1^{er} janvier 2011, la densité des médecins libéraux en Bretagne est de 175 médecins pour 100 000

^a Sur la période 2005 - 2007, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 30 % des décès chez les bretons, les cancers 28 % et les morts violentes 8 %.

^b En 2008, dans le régime agricole et le régime général, respectivement 96 % et 97 % des MP sont attribuées aux troubles musculo-squelettiques.

habitants. Celle des médecins généralistes libéraux pour la région est de 107 pour 100 000 habitants, et celle des autres spécialistes libéraux est de 68 pour 100 000 habitants (cf. tableau n°3).

a) Peu de nouveaux médecins libéraux inscrits en Bretagne

La part des nouveaux médecins libéraux en Bretagne s'aligne avec celle du niveau national (8.4 %) en 2009. Au 1^{er} janvier 2010, la région enregistre une augmentation des médecins par rapport à 2009 mais avec peu de nouvelles inscriptions en libéral. Les nouvelles inscriptions en libéral, se font surtout dans les pays de Rennes, Brest et Cornouaille. Aucune inscription libérale n'est recensée dans le pays du Trégor-Goëlo [49]. En 2010, près de 68 % des nouveaux médecins inscrits et formés à la faculté médecine de Rennes ou de Brest, restent exercer dans les départements des ces facultés. Par contre, dans le département costarmoricain, 52 % des nouvelles inscriptions à l'ordre sont réalisées par des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, et majoritairement en Roumanie [34].

b) Des médecins bretons âgés et peu de médecins remplaçants dans les Côtes d'Armor

L'âge moyen des médecins en Bretagne est comparable à la moyenne nationale. Cependant, c'est dans le département costarmoricain que la part des plus de 55 ans est la plus élevée (34 %).

A l'échelle départementale, les médecins remplaçants sont majoritaires dans les départements du Finistère et de l'Ille et Vilaine. Dans les Côtes d'Armor, la densité des médecins remplaçants non généralistes est inférieure à la moyenne nationale [3].

c) Une inégalité infrarégionale de la répartition médicale

La répartition des médecins bretons présente des disparités d'un département à l'autre. Dans les Côtes d'Armor, les densités sont les plus faibles^a de façon générale par rapport aux autres départements bretons [2]. Néanmoins, dans l'aire urbaine de Lannion, la densité des médecins généralistes libéraux, comme des autres spécialistes, comparée à d'autres bassins de vie costarmoricain, est plutôt forte [3] (cf. carte n°5).

2) Les autres professionnels de santé en Bretagne

Les densités des professionnels paramédicaux sont plus faibles dans les Côtes d'Armor que celles des autres départements bretons, sauf pour certaines professions, comme les pharmaciens, orthophonistes, orthoptistes et diététiciennes [42]. Leur répartition se réalise aussi de façon inégale sur le territoire breton [49] :

- Les pharmaciens libéraux sont surreprésentés à l'Est de la Bretagne ;
- Les chirurgiens-dentistes et les kinésithérapeutes sont plus concentrés dans les pays de Rennes, Vannes, Lorient et le littoral ;
- Les infirmiers libéraux sont plus nombreux à l'Ouest de la Bretagne, et dans le Finistère.

^a Selon la DREES, pour le département costarmoricain, la densité des médecins généralistes libéraux est de 102 pour 100 000 habitants, celle des autres spécialistes libéraux 58 pour 100 000 habitants. Les densités des médecins libéraux les plus fortes dans la région sont celles du Finistère et celles en Ille et Vilaine.

C) Le contexte local dans le pays du Trégor-Goëlo : le canton de Lannion

1) Situation géographique et population locale

Le canton costarmoricain situé dans le pays du Trégor-Goëlo, au Nord-Ouest des Côtes d'Armor, s'étend sur une superficie de 106 km². Il fait partie du septième territoire de santé breton défini par l'ARS de Bretagne (cf. carte n°6). Sa situation géographique lui permet de bénéficier d'un tourisme estival du fait de son patrimoine authentique et naturel (la côte de Granit Rose, l'archipel des sept îles, le site du Douven...). Son activité économique est prédominée par le secteur de la télécommunication. De ce fait, l'enseignement supérieur et la recherche sont représentés par des écoles tournées vers ce même secteur. Ces écoles sont constituées de l'Institut Universitaire de Technologie de Bretagne et l'Ecole Nationale Supérieure des Sciences Appliquées et de la Technologie. Les activités locales sont facilitées par un réseau de transport bien développé. La commune principale, Lannion, est située à l'Est de Brest à une heure et demie de route, via la nationale 12, à l'Ouest de Rennes, à deux heures de route. Un aéroport local y est implanté, permettant d'être à une heure vingt de vol de Paris.

Le canton de Lannion regroupe cinq communes : Caouënnec-Lanvézeac, Lannion, Ploubezre, Ploulec'h et Rospez. Il compte un peu plus de 27 000 habitants^a, avec une densité de 256 habitants au km². La population du Trégor-Goëlo est sensiblement plus âgée que la population régionale. Sa répartition par catégorie socioprofessionnelle ne met pas en évidence une part des ouvriers et des agriculteurs plus importante que celle au niveau national, contrairement à l'échelle régionale de la Bretagne (cf. graphique n°9). Elle est liée aux secteurs d'activités économiques présents tournés vers la télécommunication. L'état de santé de la population locale reste sensiblement proche de celle décrite aux niveaux régional et départemental [51].

2) L'offre de soins locale dans le canton de Lannion

a) Les professionnels de santé

Les données concernant les professionnels de santé dans le canton de Lannion sont fournies par l'annuaire des professionnels des pages jaunes^b. Certaines données ont été confirmées par téléphone.

- Les médecins libéraux

Au début de ce travail de recherche (2010), il existait 22 médecins généralistes à Lannion, deux à Rospez, deux à Ploubezre et un à Ploulec'h. Parmi les généralistes à Lannion, six ont une pratique à orientation particulière (homéopathie, acupuncture ou médecine du sport). Au cours de l'étude, des cessations d'activité dont des départs à la retraite, ont été observées. En l'espace d'un an, le canton a vu partir six médecins sans réelle succession par de nouveaux médecins. Il n'y a plus de médecins généralistes à Rospez. Deux médecins généralistes des cantons voisins se sont installés dans le canton, déplaçant simplement le problème d'accès aux soins ambulatoires d'un canton vers un autre.

^a Données de l'INSEE consultables sur le site <http://www.insee.fr/fr/>.

^b Données consultables sur le site <http://www.pagesjaunes.fr/>.

En termes de regroupement, il existe deux cabinets médicaux monodisciplinaires de quatre et six praticiens, deux maisons pluriprofessionnelles à Ploubezre et Ploulec'h. Les autres généralistes exercent en cabinet individuel. Certains cabinets médicaux de généralistes sont des lieux de stage pour les internes de médecine générale de Brest.

Du côté des autres spécialistes libéraux, on dénombre :

- Deux gynécologues en cabinet individuel,
 - Un pneumologue,
 - Trois cardiologues en cabinet de groupe,
 - Deux gastroentérologues en cabinet de groupe,
 - Deux rhumatologues en cabinet de groupe,
 - Deux dermatologues en cabinet de groupe,
 - Deux psychiatres en cabinet individuel,
 - Deux ophtalmologues en cabinet de groupe,
 - Quatre radiologues au sein d'un même groupe.
- Ils exercent tous dans la commune de Lannion.

- Les autres professionnels médicaux et paramédicaux libéraux

On compte 18 dentistes dont 16 exercent à Lannion. Les deux autres sont à Ploubezre et Ploulec'h. Il y a neuf cabinets de dentistes, dont cinq sont des cabinets de groupe de deux à trois dentistes.

Les infirmiers libéraux sont au nombre de 14 dans le canton, dont neuf à Lannion. Il existe quatre cabinets infirmiers à Lannion et un cabinet dans trois autres communes du canton. Ces derniers exercent soit indépendamment, soit au sein même d'une maison pluriprofessionnelle.

Les kinésithérapeutes sont au nombre de 23, dont 19 à Lannion et un praticien dans les quatre autres communes du canton. Il y a quatre cabinets de groupe monodisciplinaires sur Lannion comprenant deux à quatre professionnels.

Il existe neuf pharmacies situées à Lannion et une officine dans trois autres communes du canton.

Tous les orthophonistes du canton exercent à Lannion. Ils sont 13 praticiens répartis en six cabinets dont quatre sont des cabinets de groupe avec deux à quatre professionnels.

Il y a six pédicures-podologues qui exercent à Lannion. Il n'y a qu'un seul cabinet de groupe mono disciplinaire de deux professionnels.

Les sages-femmes libérales, au nombre de deux, sont associées dans un cabinet à Lannion.

Enfin, il y a deux orthoptistes, en exercice isolé ; et deux diététiciennes en exercice de groupe.

b) Les structures de soins et d'accueil

Au sein du canton, un centre hospitalier local est implanté : l'hôpital *Pierre Le Damany*. Il présente des services d'urgences, à savoir une unité de proximité d'accueil, et un SMUR. La maternité au sein de l'hôpital est une maternité de niveau 1. La capacité d'accueil de l'hôpital est de 318 lits :

- 143 lits de médecine,
- 76 lits de chirurgie,
- 32 lits de gynéco-obstétrique,
- 169 lits en soins de suite et réadaptation,
- 30 lits en unité de soins de longue durée,
- 60 places en hospitalisation à domicile.

Sur le plan des techniques d'imagerie, le centre hospitalier possède un scanner et un appareil d'imagerie par résonance magnétique partagé avec d'autres hôpitaux de la région. Un local de l'hôpital est alloué aux médecins généralistes à titre gratuit lors de la permanence des soins : la maison médicale de garde fait partie intégrante du centre hospitalier.

L'autre structure d'hospitalisation dans le canton est la *Polyclinique du Trégor* comprenant : 65 lits de chirurgie, quatre lits de soins intensifs, et quatre lits de médecine pour les traitements de chimiothérapie ou pour les suites postopératoires.

Une plateforme de gérontologie accompagne les personnes âgées dans le canton, avec un centre local d'informations et de coordination (CLIC) et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) présentes sont :

- L'EHPAD Kergomar avec 132 lits permanents et quatre lits temporaires ;
- L'EHPAD Joseph Lefebvre avec 50 lits permanents ;
- L'EHPAD Paul Hernot avec 66 lits permanents et un lit temporaire ;
- La résidence Sainte-Anne avec 104 lits permanents et deux lits temporaires.

*
* *

Malgré des médecins plutôt âgés, peu d'installations libérales et des départs de médecins généralistes du canton de Lannion, celui-ci ne se situe pas dans une zone prioritaire sur l'offre de soins ambulatoires dans le cadre du SROS (cf. carte n°7). Par ailleurs, il n'est pas non plus dans une zone sous dotée en soins infirmiers à domicile (cf. carte n°8). Cependant, face à la situation démographique locale, les médecins généralistes locaux se sont déjà réunis pour discuter des solutions pour gérer les soins ambulatoires. Une hypothèse soulevée est celle de la MSP. Les études concernant les attentes d'une structure pluridisciplinaire font l'objet de récents travaux de thèse dans un contexte local différent de celui de Lannion [55-62]. Pratiquement tous les acteurs de santé, que ce soit des professionnels de santé [55-60] ou des élus locaux [57,60] ou des usagers de soins [61], ont fait l'objet de groupe d'étude. A l'échelle du canton de Lannion, aucune étude de besoins n'a encore été réalisée sur ce sujet. Ce travail est donc un travail préliminaire pour apporter une réponse aux enjeux locaux de santé.

II) Une étude de besoin : les attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire locale

A) L'hypothèse de travail

L'exercice libéral organisé dans une MSP, semble se développer en réponse à une situation de crise, qui est caractérisée par le manque de médecins en libéral et le besoin de maintenir pour la population des soins de proximité. L'étude des besoins d'une structure de soins, en s'adressant directement aux professionnels locaux qui pourraient y exercer, permet de proposer des solutions pragmatiques en termes d'organisation de travail, afin de répondre à l'offre de soins locale. Notre étude concerne donc les professionnels de santé en ambulatoire.

L'hypothèse de travail de notre recherche est que l'exercice organisé dans une MSP répond à un besoin des professionnels de santé locaux pour leur exercice et le maintien des soins de proximité au niveau local.

La validation de cette hypothèse a un intérêt local, car certaines MSP construites sont proposées par les communes ou les communautés de communes aux professionnels de santé, mais n'ont finalement pas de praticien en exercice. La validation éventuelle d'une telle structure au niveau local, nous ferait émettre des propositions communes de projet ou des pistes en vue d'une amélioration de la situation locale. Son invalidation nous ferait proposer d'autres hypothèses de recherche pour répondre au problème d'accès aux soins de proximité. Ce travail pourra être mis à disposition des institutions, et des professionnels de santé locaux, afin de mettre ensemble leurs efforts pour résoudre les difficultés d'accès aux soins primaires.

La validation de l'hypothèse a aussi un intérêt général, car elle confortera ou non un tournant dans l'histoire de la pratique libérale en France des professionnels de santé.

B) Les objectifs de l'étude

Le principal objectif de notre travail est de comprendre avec pragmatisme les besoins des professionnels de santé locaux pour un exercice au sein d'une MSP. Quels sont-ils en termes d'organisation de travail au quotidien, de fonctionnement, de structure de travail, et de financements ?

Pour atteindre cet objectif essentiel, il faut avant tout identifier le contexte local.

Nous devons, dans un premier temps, nous arrêter sur le ressenti de l'exercice libéral actuel des professionnels de santé installés à Lannion, ainsi que sur l'image de cet exercice qu'ont les étudiants en fin de cycle de médecine générale. Ceci nous permettra de recueillir leurs représentations concernant leur pratique, leur travail, leur rémunération.

Dans un deuxième temps, nous devons aussi nous pencher sur les aspirations et les projections des professionnels à court terme, c'est-à-dire dans les trois à cinq ans, et comprendre pourquoi les jeunes médecins en fin de cursus universitaire ont tendance à ne pas s'installer en libéral, mais à privilégier d'autres formes d'exercice [3].

Ceci va nous permettre d'examiner les difficultés, les facilités, les besoins de chaque groupe de professionnels de santé, installés ou non, en matière d'exercice libéral, pour envisager les transformations et les apports éventuels nécessaires à un type d'exercice qui permettent de maintenir les soins de premier recours.

Deuxième partie : METHODE ET MATERIEL

I) Méthode

A) Le choix de la méthode : pourquoi le focus group ?

Une méthode qualitative s'impose à notre travail, puisque nous voulons explorer les représentations des professionnels de santé, leurs attentes en termes de conditions d'exercice et leurs motivations pour le choix d'une MSP. Nous souhaitons avoir une approche locale et collective parce que la structure regroupe des professions de santé différentes. Pour cette raison, nous avons choisi la méthode du focus group pour recueillir les données. Elle nous permettra de recueillir leur vécu, d'un point de vue personnel et aussi dans leurs interrelations avec les autres professionnels [63,64]. Elle met en place une dynamique d'interaction entre les participants, pour qu'ils décrivent librement leur vécu, leurs expériences et leurs ressentis.

Elle a aussi pour avantage de faire émerger des concepts ou des points inconnus ou inattendus dans des domaines récents où tout n'a pas encore été exploré [63], comme le cas d'une MSP à Lannion. Une ou des orientations concernant l'exercice et la structure, souhaitées par les professionnels de santé, pourra ou pourront être envisagée(s) de façon locale à la fin de ce travail. Ce dernier pourra être complété ou servir de base de travail, pour d'autres études de recherche dans le domaine de l'exercice libéral et des soins de proximité.

B) La description de la méthode

1) L'historique

Le focus group est une méthode de recherche qualitative qui a pris son origine dans les sciences sociales [65]. Cette méthode s'est développée initialement aux Etats-Unis, tout au début de la Seconde Guerre mondiale, par Robert Merton et Paul Lazarsfeld [65]. Elle permettait de recueillir les opinions et les attentes des auditeurs de différentes émissions radiophoniques sur un produit, et de rendre ainsi ce produit proposé plus attractif à la vente. Elle a aussi été utilisée dans les domaines de la communication de masse et de l'analyse de la propagande.

Cette méthode a été par la suite, étendue à plusieurs disciplines. Les appellations du focus group se sont alors multipliées. Ces autres appellations sont les groupes de discussion, l'interview de groupe, l'entrevue de groupe, le groupe focalisé, l'entretien collectif...

Au début des années 80, la recherche universitaire s'est appropriée cette méthode de recherche dans les domaines de la santé (éducation, santé publique), et d'autres domaines divers (environnement, sciences comportementales et sociales). Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires pour le recueil qualitatif d'informations et d'opinions sur des thèmes variés.

2) La technique

Pour les spécialistes [63-66], les groupes sont composés de six à douze personnes, soit un nombre suffisant pour favoriser une discussion susceptible de générer une dynamique d'interaction, des significations partagées et des opinions divergentes. Un nombre limité ne favorise pas la confrontation des idées. Un nombre trop important induit des divisions et des sous-groupes. Le but est de recueillir les discussions centrées sur des situations, concrètes et particulières, faisant l'objet du sujet de recherche. Cette méthode est donc orientée vers la collecte d'informations grâce à un guide d'entretien. Ce guide d'entretien peut être semi-directif ou non directif. Il aide à susciter un débat d'opinions. Les participants sont installés autour d'une table avec l'animateur (le chercheur) qui est parfois accompagné d'un observateur. Le sujet de la réunion est présenté et la discussion est lancée. Toute la réunion est enregistrée en respectant l'anonymat des personnes présentes, et l'anonymat des personnes citées. Les enregistrements sont ensuite retranscrits en verbatim, mot à mot, pour l'analyse ultérieure.

3) Les critères de rigueur scientifiques

Comme la recherche quantitative, la recherche qualitative possède ses propres critères de rigueur scientifiques [63,65,67]. La crédibilité et la fiabilité correspondent en recherche qualitative au critère de "validité interne" de l'approche quantitative.

La crédibilité correspond à la confiance accordée aux résultats produits. Elle s'estime entre autres par la présence ou non de méthodes de triangulation. Ces méthodes de triangulation permettent de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (entretiens et observations), ou d'au moins deux analyses (thésard et directeur) ou d'au moins deux sources de données (entretiens avec étudiants et enseignants). L'utilisation de multiples méthodes, d'investigateurs et/ou de sources de données, permet d'obtenir des données qui se corroborent. De plus, l'acceptation par les participants de la méthode de recherche et la validation du contenu participent aussi au critère de crédibilité. Elle implique une présentation claire de la mission du chercheur avant le recueil des données puis une acceptation des participants du contenu des données retranscrit en verbatim.

Le critère de fiabilité s'intéresse à la fidélité de la réalité étudiée. Il s'argumente au regard de la tenue d'un journal de bord, qui correspond au processus de catégorisation thématique des résultats qui a fait l'objet de plusieurs typologies de travail successives, au fur et à mesure de l'avancement de la recherche. L'archivage et la conservation des données permettent d'aboutir à une catégorisation définitive. Le critère de saturation est obtenu lorsque le travail de catégorisation présente l'obtention d'une récurrence des thèmes archivés et l'absence de nouveaux thèmes.

II) Matériel

A) Les guides d'entretien

Les guides d'entretien (cf. annexe n°3) ont été construits pour aborder de façon ouverte les objectifs de l'étude. Ils sont donc semi-directifs, et composés de trois parties. La première partie concerne le vécu des professionnels de santé sur leur exercice libéral actuel, leur sentiment face à la situation démographique locale et à l'accès des soins de proximité. La

deuxième partie porte sur leurs projets professionnels dans les trois à cinq ans à venir. Enfin, la troisième partie s'intéresse à un éventuel exercice au sein d'une MSP.

B) L'échantillonnage des groupes et le recrutement des participants

Nous avons limité notre étude aux professionnels de santé en ambulatoire pouvant exercer dans une MSP. Notre étude concerne d'abord les professionnels libéraux, et particulièrement les médecins généralistes, car ils sont au cœur du parcours de soin. C'est pourquoi nous avons d'abord décidé de constituer un groupe de médecins généralistes, et un autre d'internes de médecine générale. Le troisième groupe est celui des autres professionnels libéraux pouvant être sollicités par le médecin traitant dans le parcours de soin. Dans ce troisième groupe, nous voulons réunir des professionnels paramédicaux, comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes, mais aussi certains professionnels médicaux, comme les sages-femmes. Bien que ce groupe ne se compose pas uniquement de professionnels paramédicaux, pour le différencier du groupe des médecins, nous le nommerons : le groupe des professionnels *paramédicaux*.

Les échantillons doivent être représentatifs de l'hétérogénéité des professionnels de santé en soins ambulatoires, mais aussi homogènes pour que les débats soient fructueux. Nous avons décidé de réaliser un échantillonnage critérié dans les trois groupes-cibles. Nous avons procédé en établissant des critères communs d'inclusion à chaque groupe. Le recrutement des participants a commencé au mois de mai 2011.

Nous avons d'abord décidé de réaliser le focus group avec le groupe d'internes en médecine générale de Brest. Nous avons fait ce choix à cause de la période non propice au recrutement des professionnels de santé installés, qui sont nombreux à prendre leurs congés pendant les vacances scolaires d'été. Le choix des internes de médecine générale de Brest est lié au fait que les terrains de stages dans le canton sont dépendants de la faculté de médecine de Brest et non de Rennes. Nous avons défini des critères d'inclusion :

- Interne de médecine générale rattaché(e) à la faculté de Brest,
- Au moins en cinquième semestre,
- Répondant favorablement à la demande de participation au focus group.

Le choix du critère d'inclusion " au moins en cinquième semestre ", s'est imposé car en début de troisième cycle, il est difficile de connaître son orientation professionnelle. De plus, le stage chez le praticien, habituellement réalisé pendant le troisième ou le quatrième semestre, est nécessaire pour avoir une approche de l'exercice libéral en ambulatoire. Les internes ont été contactés par mail via l'association locale des internes de médecine générale de Brest. Plusieurs relances ont été effectuées afin de comptabiliser un nombre suffisant de réponses favorables.

Puis, nous avons décidé de réaliser le deuxième focus group avec les professionnels du groupe des professionnels *paramédicaux*, la période temporelle ne se prêtait pas pour le recrutement des médecins généralistes. Nous y avons exclu les professions comme les pharmaciens en officine ou le personnel d'un laboratoire d'analyses médicales, parce qu'ils exercent déjà dans une structure bien définie et localisée. Nous avons aussi exclu les dentistes parce que qu'ils n'entrent pas dans le parcours de soin et qu'ils sont spontanément sollicités par le patient. Pour le groupe des professionnels *paramédicaux*, les deux seuls critères d'inclusion sont : l'installation libérale dans le canton de Lannion, et la réponse favorable de participer au focus group. Tous les professionnels paramédicaux et toutes les sages-femmes du canton ont été informés de l'objet de la recherche dans un premier temps par courrier (cf.

annexe n°4). Une relance téléphonique a ensuite été effectuée. Après l'obtention d'un nombre suffisant de participants, un deuxième appel téléphonique a été réalisé pour confirmer la date de réunion.

Enfin, nous avons réalisé le dernier focus group avec les médecins. Nous avons d'abord souhaité un groupe constitué uniquement de médecins généralistes. Mais, après deux tentatives de recrutement, le nombre de participants était insuffisant pour réaliser les entretiens de groupes. Nous avons alors élargi la population cible aux autres spécialités libérales. Nous avons procédé de la même façon que le groupe précédent, en informant tous les médecins libéraux de Lannion par un courrier (cf. annexe n°4). Pour ce groupe des médecins libéraux, les critères d'inclusion étaient au final les mêmes que le groupe précédent.

C) Les réunions de groupe

Les focus group se sont déroulés sur deux sites différents, avec le même chercheur et le même observateur. Le premier focus group, réalisé avec les internes de médecine générale, s'est déroulé en fin d'après-midi, le jeudi 30 juin 2011, dans une salle de cours de la faculté de médecine de Brest. Le deuxième focus group, avec les professionnels *paramédicaux*, et le dernier focus group, avec les médecins, se sont déroulés, respectivement le jeudi 21 juillet 2011 et le mardi 31 janvier 2012, en soirée dans la salle d'attente d'un cabinet médical à Lannion.

Un enregistrement audio de chaque interview de groupe a été réalisé à l'aide de deux dictaphones (PHILIPS LFH 0612 et SCOTT DVR 1000), afin de se prémunir d'une panne éventuelle.

Chaque enregistrement a ensuite été écouté à plusieurs reprises, puis retranscrit manuellement en verbatim ou données brutes, en respectant l'anonymat des participants et des personnes citées (cf. annexe n°5). Le document écrit est renvoyé par mail à chaque participant pour validation.

D) L'analyse des résultats

Nous avons décidé d'effectuer une analyse de contenu, avec un traitement des données d'un point de vue sémantique et non statistique, parce que nous souhaitons dégager des thèmes et des concepts issus des retranscriptions, et non la force ou la valeur des concepts [67,68]. Nous avons fait le choix d'une analyse empirique, afin d'étudier le sens des idées recueillies pour chaque focus group.

Dans un premier temps, une analyse verticale de chaque verbatim est réalisée de façon linéaire suivant l'enchaînement des questions (cf. annexe n°6).

Le codage des données est réalisé de façon manuelle, ligne par ligne, selon une méthode d'analyse ouverte et inductive. Celle-ci est centrée sur les trois grandes questions des guides d'entretien. Pour notre travail, seules les informations verbales sont prises en compte. Chaque phrase ou idée exprimée est codée. Ces unités de codage sont classées par catégorie ou thème, et sous-thèmes. Ces catégories sont créées en respectant les règles édictées par Berelson [67] : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence. Plusieurs relectures, et plusieurs reclassements des unités de codages sont réalisés, en comparant les thèmes et les sous-thèmes, afin de trouver les relations entre les unités de codage. Le classement final de ces unités de codages constitue la grille d'analyse, de laquelle se dégagent

une ou des théories. Une grille d'analyse verticale est réalisée pour chaque entretien. Les unités de codage sont identifiées par la catégorie à laquelle elles appartiennent, par le numéro de l'entretien et par la catégorie professionnelle ou la discipline du participant. Par exemple, l'unité de codage « *Chacun fait sa prise en charge dans son coin, et...* » (E1I3) est classé dans le sous-thème " un manque de collaboration générale est souligné ", et est issu du premier entretien suite à la réponse de l'interne 3.

Dans un deuxième temps, toujours à l'aide de cette méthode, nous procédons à une analyse transversale. Celle-ci est d'abord réalisée avec les grilles d'analyse verticale des deux premiers entretiens. La nouvelle grille obtenue est ensuite analysée avec la grille d'analyse verticale du troisième entretien. Cette dernière analyse établit la grille d'analyse transversale finale où les résultats sont colligés.

Troisième partie : RESULTATS

I) La description de l'échantillon

Pour respecter l'anonymat des participants, nous les avons nommés par des lettres pour une visibilité de leur catégorie professionnelle ou de leur discipline, et par un chiffre pour les distinguer.

A) Premier groupe : les internes de médecine générale

Les participants étaient au nombre de sept : deux internes de sexe masculin et cinq internes de sexe féminin. Cinq d'entre eux effectuaient leur sixième semestre. Un interne était en disponibilité, effectuant des remplacements après avoir validé son cinquième semestre. Enfin, la dernière interne présente effectuait son cinquième semestre.

Interne de médecine générale	Age au moment de l'interview	Nombre de stage(s) dans le canton de Lannion
I1	26 ans	0
I2	31 ans	2
I3	28 ans	4 ^a
I4	27 ans	0
I5	28 ans	0
I6	29 ans	0

B) Deuxième groupe : les professionnels paramédicaux

Le nombre de professionnels *paramédicaux* libéraux recrutés étaient au nombre de huit initialement : deux infirmières, deux kinésithérapeutes, deux sages-femmes, une podologue, une orthophoniste. Mais, au final, les deux infirmières n'ont pas pu assister à la réunion. Tous les professionnels de santé de ce groupe étaient des femmes.

Professionnel de santé	Age au moment de l'interview	Date d'installation en libéral	Type d'exercice
Podologue (P1)	28 ans	Avril 2011	Exercice seul, sans secrétariat
Kinésithérapeute (P2)	30 ans	Juillet 2010	Exercice en groupe, avec secrétariat téléphonique
Kinésithérapeute (P3)	40 ans	Novembre 2009	Exercice seul, sans secrétariat
Orthophoniste (P4)	63 ans	1981	Exercice seul, sans secrétaire
Sage-femme (P5)	50 ans	Octobre 1998	Exercice seul, puis en groupe à partir de septembre 2006, sans secrétariat
Sage-femme (P6)	42 ans	Septembre 2006	Exercice en groupe, sans secrétariat

^aL'interne a réalisé trois stages dans le canton de Lannion, mais elle a aussi réalisé un autre stage dans le canton voisin.

C) Troisième groupe : les médecins

Nous avons pu réunir six médecins libéraux, trois médecins hommes (médecin généraliste, pneumologue et gynécologue-obstétricien), et trois médecins femmes (médecins généralistes dont une remplaçante).

Médecin	Age au moment de l'interview	Date d'installation en libéral	Type d'exercice
Médecin généraliste (MG1)	50 ans	1996	Exercice seul, avec secrétariat téléphonique depuis octobre 2011
Médecin généraliste (MG2)	56 ans	Juin 1980	Exercice en groupe, avec secrétariat sur place
Médecin généraliste (MG3)	48 ans	Mars 2004	Exercice en groupe, puis exercice seul depuis juillet 2010, avec secrétariat sur place
Médecin généraliste (MG4)	34 ans	Non installée	Remplaçante
Pneumologue (PN)	Non connu	2000	Exercice seul, avec secrétariat sur place
Gynécologue-obstétricien (GN)	62 ans	Janvier 2010	Exercice seul, avec secrétariat téléphonique

II) L'analyse thématique transversale

A) Le ressenti de l'exercice libéral actuel est ambivalent

1) L'exercice libéral présente certaines facilités

Mis en opposition avec l'exercice hospitalier, c'est un exercice « *vraiment agréable* » (E3MG2) avec « *une liberté de travail qu'on n'a pas avec l'hôpital...* » (E2P5).

a) La liberté de l'exercice

L'exercice libéral permet d'avoir une certaine liberté dans la pratique, contrairement à l'exercice hospitalier. Effectivement, les professionnels libéraux ont le choix dans l'organisation du temps de travail. Ils peuvent aménager leur emploi du temps selon leurs souhaits. « *Le médecin peut aussi choisir de faire des consultations avec rendez-vous ou sans rendez-vous* » (E1I6). Les horaires sont modulables. Certains « *ne vont pas bosser tous les jours, [...] avoir des horaires* » (E1I4). L'exercice libéral, « *c'est être libre aussi de pouvoir un minimum choisir ses horaires, ses conditions de travail* » (E1I3). En fin de carrière, cet exercice « *permet aussi de se délester petit à petit, et de ne pas cesser une activité comme ça tout à coup* » (E3GN). L'emploi d'une secrétaire permet aussi plus facilement d'aménager le planning professionnel, puisqu'elle permet de faire le lien avec les patients : « *quand il n'y a pas de médecin, [...] le malade trouve toujours quelqu'un, qui répond à leurs questions quand il appelle le cabinet.* » (E3PN).

C'est un exercice qui permet de rester maître dans la prise en charge du patient, « *être libre de choix, libre de décision* » (E3PN), sans avoir à exécuter le travail sous la direction d'un supérieur, contrairement « *à tout ce qui est institution, où il y a toujours la hiérarchie* »

(E2P6). C'est « *la pression des hiérarchies* » (E2P5) qui est ressentie comme « *un poids* » (E2P1) dans l'exercice hospitalier. Cependant, il ne s'agit pas de faire cavalier seul en libéral, mais de prendre en charge le patient de façon coordonnée : « *on ne rend des comptes qu'à [...] nous même, quelque part quand même au prescripteur* » (E2P1).

Cette liberté motive les jeunes médecins à exercer en libéral : « *C'est ça qui est bien, c'est qu'on a ce choix-là aussi* » (E1I3).

Le champ d'activités en médecine générale est assez varié : « *renouveler et constater* » (E1I7), « *faire le débrouillage* » (E1I7), « *orienter* » (E1I7), « *envoyer les gens vers des spécialistes* » (E1I7). « [Le médecin généraliste] *assure le suivi* » (E1I7). Le médecin généraliste a aussi un rôle central, puisqu'il fait « *le lien entre tous les spécialistes* » (E1I7). Cependant, son champ d'action reste parfois limité. En tant que médecin généraliste, « *on ne peut pas en général, pas faire grand-chose* » (E1I7), il peut alors simplement accompagner ou orienter le patient vers d'autres spécialistes.

b) Le choix du mode d'exercice isolé ou en groupe, mais avec une préférence pour l'exercice en groupe en médecine générale

Il existe plusieurs exercices solitaires de la médecine générale.

L'image traditionnelle du médecin généraliste qui pratique seul est celui d'un homme en milieu rural, « *un peu [éloigné] des villes* » (E1I4), dont la disponibilité aux patients est large, assurant la permanence de soins jusqu'à « *pas d'heures* » (E3MG3). C'est aussi celui qui « *ne va jamais remettre en question [...] sa pratique ou il ne va jamais [...] exposer sa pratique devant d'autres personnes* » (E1I2). Elle s'oppose à celle du médecin généraliste exerçant en groupe qui « [ne va] *pas bosser tous les jours* » mais « *avoir des horaires, [...] avoir pleins de liens [...] avec différents acteurs de santé* » (E1I4). De ce fait, ce type d'exercice solitaire est considéré « *comme un exercice que [l'interne I2 ne pratiquera] pas* » (E1I2) et qui « *aura tendance à de moins en moins exister* » (E1I2). D'autres raisons de ce choix d'exercice sont présentées : les « *exigences des futurs médecins.* » (E1I2), le « *vieillissement de la population des médecins* » (E1I2) et les « *exigences des patients* » (E1I2).

Il existe aussi d'autres façons d'exercer seul en libéral qui ne sont pas que l'apanage des médecins hommes mais qui aussi sont le choix de médecins femmes, comme celles de notre étude. Par ailleurs, un médecin généraliste « *peut avoir des contacts avec plusieurs médecins généralistes sans pour autant être dans le même cabinet.* » (E1I3) et travailler avec d'autres confrères pour assurer la continuité de la permanence de soins. Une des médecins généralistes interviewés, exerçant seule « *arrive à [s]'arranger, avec d'autres confrères, [...], et consœurs, de Lannion, pour assurer, les urgences* » (E3MG3), lorsqu'elle ne travaille pas. Ces autres façons d'exercer seul avec un travail collaboratif n'est pas rejeté par les internes interviewés : « *je n'exclus pas forcément de m'installer seule, mais effectivement pas toute seule. Enfin, pas complètement isolée* » (E1I3).

Cependant, les médecins généralistes et les internes ont une préférence pour l'exercice en groupe : « *le mode d'exercice à deux, est quand même plus confortable que l'exercice seul.* » (E3MG3), et particulièrement « *si on veut une secrétaire, [...] c'est quand même plus simple de se regrouper, pour pouvoir la payer. [...] c'est vrai, c'est un cas plus facile, parce qu'on n'a pas tous les courriers à scanner ou à enregistrer.* » (E1I7). Cet exercice permet de

mutualiser des moyens matériels, « *partager à plusieurs médecins [les secrétaires]* » (E1I3), et avoir des « *frais d'investissement [...] moindres.* » (E3MG3). Il permet plus facilement d'organiser le temps de travail dans les cas « *d'absence, aussi d'imprévu, comme cela peut arriver. [...] alors que seul, [...], c'est plus difficile* » (E3MG3). De plus, parce qu' « *Ils [les jeunes internes et externes] voient surtout le temps libre* » (E3MG1), « *la plupart [...] des jeunes internes et externes qui passent n'envisagent pas l'exercice isolé.* » (E3MG1).

c) Une collaboration intra et interprofessionnelle

Les professionnels de santé libéraux travaillent en coopération et en réseau, aussi bien avec les autres professionnels libéraux, « *si j'ai un problème je peux toujours appeler soit un autre orthophoniste, soit effectivement le médecin traitant de la personne, soit, [...] les ORL* » (E2P4), qu'avec les professionnels hospitaliers « *j'ai encore un très bon contact avec l'hôpital* » (E3GN). Ils partagent leurs pratiques, « *on discute beaucoup entre nous* » (E3MG2), et s'entraident mutuellement quand ils travaillent en groupe : « *la particularité, c'est que l'on est relativement interchangeable* » (E3MG2). C'est une collaboration entre professionnels de santé qui s'impose en libéral de façon évidente : « *Enfin, les structures qui permettent des échanges moi, je ne peux pas fonctionner sans.* » (E3GN).

La possibilité de travailler en coopération avec l'hôpital est surtout soulignée par les médecins spécialistes non généralistes et les sages-femmes comme un atout dans leur exercice libéral ou une obligation, « *Je suis obligé d'aller à l'hôpital puis demander, au radiologue...* » (E3PN). Le gynécologue-obstétricien interviewé a « *un exercice privilégié, parce [qu'il a] ce réseau à l'hôpital.* » (E3GN), et les sages-femmes « *[ont] une situation qui est assez intéressante, puisqu' [elles travaillent] beaucoup en relation avec l'hôpital* » (E2P5), et participent « *régulièrement aux staffs de la maternité* » (E2P5).

d) Une relation médecin - malade privilégiée

En libéral, « *c'est une relation patient - thérapeute très forte quoi.* » (E2P6) contrairement à celle de l'hôpital qui est « *plus anonyme* » (E1I2) et imposée, « *il [le patient] ne choisit pas le médecin* » (E3PN). Cette dernière ne permet pas de suivre le patient jusqu'au bout. En effet, les « *collègues qui sont en structure [...] disent que c'est très frustrant [...], parce qu'elles vont voir un patient pendant un mois par exemple, et [...] il rentre chez lui. Elles ne savent pas du tout ce qu'il est devenu. Et elles sont très contentes quand on donne des nouvelles* » (E2P4).

Cette relation privilégiée en libéral fait que le médecin généraliste est le premier interrogé sur des questions de santé et sur les questions personnelles des patients :
« *c'est celui que les gens vont voir en premier* » (E1I7) ;
« *un peu pour tout et n'importe quoi* » (E1I7) ;
« *pour parler de leurs problèmes* » (E1I7).

e) Un cadre de travail satisfaisant à Lannion

Un des médecins affirme « *bien [aimer] travailler [...] où [il] travaille actuellement* » (E3PN). Le cadre de travail est favorisé par « *la possibilité effectivement [...] de passer la main à l'hôpital général.* » (E3MG1).

f) Des aspects facilitant l'exercice des médecins non généralistes : des attentes professionnelles comblées et peu de contraintes administratives

Cette « *expérience récente* » (E3GN) de la pratique libérale répond mieux aux attentes des médecins spécialistes non généralistes interviewés : « *mon statut d'aujourd'hui, me convient tout à fait. Cela correspond tout à fait à ce que [...] j'espérais.* » (E3GN). Les tâches administratives ne sont pas ressenties comme des contraintes : « *j'n'ai pas cette sensation de, de poids administratif* » (E3GN).

2) Mais cet exercice est gêné par d'autres aspects

a) Le manque d'effectifs

Il y a eu des départs récents dans plusieurs professions de santé, pour certains prématurés, sans nouvelle installation pour équilibrer ces départs :

« *je crois qu'on a eu des collègues qui sont partis en retraite pour d'autre part, y'a eu quand même deux décès donc cela fait trois en moins* » (E2P1) ;

« *Ceux qui sont partis, n'étaient pas ceux qui étaient escomptés finalement.* » (E3MG1) ;

« *ça fait [...], cinq temps pleins de gynécologue, qui ne sont pas affectés aujourd'hui, un en libéral et quatre à l'hôpital.* » (E3GN) ;

« *Le paradoxe, c'est que les médecins [...], qui partent à la retraite, y'en a même pas un pour les remplacer, y'en a même pas la moitié d'un.* » (E3GN).

Les professionnels font alors face à un « *surcroît de travail* » (E3P1) et à « *des délais qui [...] en deux ans se sont considérablement allongés.* » (E2P1). Le médecin gynéco-obstétricien est alors obligé de « *limiter [...] les inscriptions* » (E3GN), c'est-à-dire le nombre des patients qu'il suit.

b) Les tâches administratives des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux

Bien que certains médecins généralistes préfèrent « *déléguer des tâches non médicales à d'autres* » (E3MG2) pour être « *[allégés] sur certaines tâches* » (E3MG3) et « *ne garder que du temps médical, [ce] qui est vachement gratifiant* » (E3MG2), ils ne se sentent pas du tout aidés dans les tâches administratives du fait de « *La lourdeur du système où rien n'est fait pour, pour faciliter [leur] travail.* » (E3MG2).

Par ailleurs, certains d'entre eux doivent y consacrer davantage de temps que d'autres. Une des kinésithérapeutes, « *[prend] une après-midi pour [elle] et puis finalement l'après midi [est consacré aux] ordonnances à rentrer ou autres, plus la comptabilité* » (E2P1). Le médecin généraliste ayant récemment engagé une secrétaire à distance, déclare y consacrer « *cinquante pour cent* » (E3MG1) de son temps d'exercice, alors que celui travaillant avec un secrétariat physique estime ce temps moins important.

c) L'absence de prise de conscience par les patients des coûts de la santé

Les internes en médecine générale espèrent, comme le groupe des professionnels *paramédicaux*, une prise de conscience des coûts des soins par les patients, que « *la population générale soit éduquée, par rapport au fait que finalement le médecin généraliste ce n'est pas toujours celui qui coûte cher à la société.* » (E1I2). De plus, « *tant que c'est remboursé... Souvent [les patientes] donnent leur carte vitale, elles patientent et [la sage-femme] leur [dit] combien [...] cela représente, mais elles s'en fichent* » (E2P5). Le paiement des actes est alors considéré comme un moyen de faire prendre conscience aux patients du coût des soins : « *les faire payer pour qu' [elles] s'en rendent compte.* » (E2P6).

d) Quelques aspects négatifs isolés dans chaque groupe interviewé

Pour les internes, la médecine générale présente une ambivalence entre une médecine philanthrope avec « *le médecin humaniste* » (E1I4) et une médecine commerciale avec le « *médecin tiroir-caisse* » (E1I4).

De plus, ils constatent un manque de collaboration générale, puisque « *Chacun fait sa prise en charge dans son coin* » (E1I3) et « *finalement [...] c'est que dans les cas extrêmes, les fins de vie ou des choses comme ça qu'on va enfin se réunir [...] pour discuter du patient* » (E1I3).

Les sages-femmes s'aperçoivent que certains soins hospitaliers sont difficilement délégués au secteur libéral : les cours de préparation à la naissance ne sont « [gérés] *que par à-coups* » (E2P6) et les femmes enceintes « *s'adressent prioritairement à l'hôpital* » (E2P6).

Par ailleurs, elles craignent un afflux de sages-femmes en libéral et qu'« *avec trop de monde [...], tout le monde ne gagnera pas sa vie* » (E2P5). En effet, « *beaucoup de sages-femmes [...] cherchent à partir de l'hôpital* » (E2P5), « *elles veulent toutes s'installer* » (E2P6), et il manque actuellement des mesures de régulation des installations, des « *autorisations [...] d'ouverture de cabinet* » (E2P5) « *au niveau du Conseil de l'Ordre* » (E2P5).

3) Ce manque d'effectifs oblige les professionnels de santé libéraux à aménager leur pratique

a) La mise en place d'un intermédiaire : le secrétariat téléphonique

Le choix d'un intermédiaire téléphonique a été pris par une des kinésithérapeutes et une des médecins généralistes exerçant seule. Ce choix s'est révélé inéluctable « *pour faire face à ça [à une augmentation des demandes de soins]* » (E2P1) et pour soulager les professionnels : « *Là, je n'en pouvais plus* » (E3MG1), « *c'est insupportable.* » (E2P1).

Pour le médecin généraliste, les consultations par téléphone devenaient chronophages, « *ça me mangeait pas mal de temps finalement* » (E3MG1), sans contrepartie financière contrairement à « *certains pays, [...] c'est facturé [la] consultation par téléphone* » (E3MG1). Les appels du médecin ont alors diminué de moitié au moment de notre entretien : de « *trente et cinquante appels par jour* » (E3MG1) à « *une vingtaine* » (E3MG1). Les inconvénients

identifiés sont la difficulté pour la secrétaire de trier les motifs de consultations, « *inexpérimentée [...] elle ne verra pas [...] toutes ces urgences-là.* » (E3MG1) ; et une augmentation initiale de son activité de travail globale du fait que « *certains patients gardaient l'habitude des consultations par téléphone, alors dérangent la secrétaire, [et] dérangent [le médecin]* » (E3MG1).

Pour une des kinésithérapeutes, le secrétariat téléphonique est un moyen de gérer les rendez-vous. « *via internet, et [les secrétaires] elles remplissent [les plannings], elles gèrent les patients.* » (E2P1). Cependant, la kinésithérapeute « *n'a plus le contact direct avec le patient* » qui « *permettait déjà d'avoir une première approche.* » (E2P1).

b) D'autres moyens sont mis en place de manière isolée dans chaque groupe interviewé

Un des médecins généralistes installés s'investit dans la formation des jeunes : « *j'attends de, la relève. C'est un peu dans ce sens, que je reçois les internes, et des externes* » (E3MG1).

Le temps de travail des professionnels paramédicaux et sages-femmes est modulable selon le volume des demandes : « *des horaires élastiques* » (E2P3), « *L'hiver j'ai travaillé beaucoup plus : j'ai fait des semaines à cinquante heures.* » (E2P3).

Les kinésithérapeutes acquièrent « *l'expérience* » (E2P1) d'identifier les urgences, « *voir si c'est vraiment vraiment urgent ou si la personne va attendre quelques jours* » (E2P3).

4) Le paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux est controversé

a) Il reste la représentation dominante et satisfaisante de la rémunération des professionnels de santé libéraux

En l'absence d'autres possibilités de rémunérations, le paiement à l'acte représente pour les groupes des médecins et des internes, le mode de rémunération principal de la profession médicale :

« *j'ai du mal à imaginer, comment ça pourrait fonctionner autrement [...] je n'ai pas, un recul non plus, je n'ai pas une réflexion [...] sur le statut du paiement à l'acte* » (E3GN) ;

« *je ne vois pas trop comment on pourrait faire autrement.* » (E1I7) ;

« *je n'ai pas trop réfléchi à quelle alternative on pourrait trouver.* » (E1I3).

Il n'est pas déprécié, « *La consultation à l'acte, c'est pas si mal* » (E1I7). Selon l'activité du praticien réalisée, il « *a un côté honnête* » (E3GN) puisque « *si on travaille, on est payé, si on ne travaille pas, on n'est pas payé* » (E3GN).

Les médecins généralistes « *ne sont pas à plaindre* » (E1I2) et ne sont pas « *abusivement* » (E1I3) payés. Cette rémunération est justifiée par le bénéfice des soins réalisés en termes de santé, par « *l'apport à une population.* » (E3MG2), même s' « *il n'y a pas d'études pour ça.* » (E3PN). En effet, « *il n'y a pas de moyens de savoir exactement (E3MG2) [...] le coût d'efficacité* » (E3GN), à cause du nomadisme du patient de consulter différents praticiens d'une même discipline : « *ce n'est pas possible, parce que, les patients*

peuvent être amenés à consulter un, ou un autre médecin, etc., et pas forcément dans la même structure. » (E3MG2).

b) Mais il comporte des faiblesses

Ce paiement n'a pas été réévalué depuis longtemps, « *Les actes, [...] ça fait longtemps, [...] qu'ils n'ont pas été revisités* » (E1I7), malgré l'augmentation des charges. En effet, « *les frais de route sont restés les mêmes depuis au moins deux mille, et le gasoil n'est pas au même prix.* » (E2P5). En conséquence, les jeunes professionnels de santé préfèrent une rémunération forfaitaire : « *je me retrouve avec énormément de charges. [...] Aujourd'hui jeune installée, [...] si j'étais salariée au SMIC dans n'importe quelle entreprise, je m'en sortirais mieux* » (E2P2). Par ailleurs, pour conserver un niveau de revenu identique « *il faut travailler plus* » (E2P1).

Une autre lacune du paiement à l'acte, soulignée par les internes en médecine générale, concerne le manque de considération du temps consacré au suivi des patients avec une maladie chronique et à l'éducation du patient. En effet, « *passer trois quarts d'heure avec un diabétique pour faire de [...] l'éducation* » (E1I3) ou « *passer cinq minutes avec quelqu'un de jeune qui a une angine* » (E1I3) est rémunéré de la même façon en médecine générale. Ce manque de considération incite à envisager d'autres modes de paiement rémunérant la qualité des soins : « *Favoriser un travail de qualité* (E1I5) [...] *Plus que la quantité.* » (E1I3).

5) Le devenir de l'exercice libéral de la médecine générale est incertain : une relève non assurée malgré des possibilités incontestables d'installation ; et une surcharge de travail

a) Un renouvellement incertain des médecins généralistes libéraux

« *qu'est-ce que va être l'avenir ?* » (E3MG3). Le devenir de l'exercice libéral, « *c'est un peu un flou.* » (E3MG3).

D'une part, selon les professionnels installés, les conditions actuelles font « *qu'il a peu de gens à s'installer sur Lannion* » (E3MG3). Les installations sont difficiles d'abord parce qu'il y a peu d'aides des pouvoirs publics : « *les pouvoirs publics s'attaquent pas mal à la médecine libérale* » (E3MG3). Ensuite, « *Le bassin de l'emploi, sur Lannion, n'est pas non plus actuellement favorable à l'installation, puisque que les gens partent plus, qu'ils n'arrivent* » (E3MG3). Après, la situation professionnelle du conjoint intervient aussi dans le choix d'une installation. Effectivement, « *La mobilité professionnelle du conjoint peut freiner, à l'installation.* » (E3MG4). Puis, c'est « *une sécurité* » (E2P2) que recherchent les jeunes diplômés : « *Travailler en groupe [...] travailler en équipe, ne pas se lancer tout seul.* » (E2P4), « *aussi les horaires* » (E2P4), « *un salaire fixe tous les mois* » (E2P2). Le « *souci de charges* » (E2P2), la « *peur d'avoir des procès* » (E2P4), les contraintes des tâches administratives, « *les papiers derrière...* » (E2P1) ne favorisent pas l'installation de jeunes professionnels. Ces derniers « *doivent avoir peur d'investir, actuellement* » (E3MG3). Enfin, le salariat peut être aussi un moyen de compléter la formation initiale : « *Ça permet d'avoir un œil différent, quand après tu passes en libéral, parce que tu as travaillé en équipe avant* » (E2P4). Par ailleurs, il est aussi « *plus facile d'être remplaçants* » (E2P4), face aux contraintes d'une installation.

D'autre part, « *L'exercice libéral, en tant que tel, est peut-être condamné à terme* » (E3MG2). Effectivement, « *les structures ne sont plus adaptées* » (E3MG2) et il n'existe pas « *d'autres structures qui permettent aux médecins d'arriver, d'y faire quelques années à un endroit, puis éventuellement de repartir si le conjoint s'en va sans [...] qu'il y ait un préjudice pour les patients ou pour la structure.* » (E3MG2).

b) Des possibilités d'installation incontestables

Avec « *la pénurie médicale, qui s'annonce, [...] il n'y a pas de soucis à avoir* » (E3MG3), sur les possibilités d'installation en médecine générale. Il « *y'aura du boulot* » (E1I3), puisque les médecins femmes travaillent actuellement moins que les médecins en fin de carrière, « *En majorité, [elles ont toutes] une journée dans la semaine* » (E3MG3). De plus, les jeunes médecins ne veulent plus « *se tuer à la tâche.* » (E3GN). Les jeunes médecins diplômés vont pouvoir choisir le lieu de travail pour s'installer en libéral : « *ce sera tranquille pour aller là où on veut* » (E1I7). Par ailleurs, ils ne se sentent pas concernés par l'éventualité de mesures de régulation imposant l'installation : « *je ne pense pas qu'on puisse nous obliger. On est déjà trop loin* » (E1I7).

c) Une inquiétude de la charge de travail et de la couverture de l'offre de soins en milieu rural

Les internes en médecine générale ont peur d'assumer seuls une charge de travail élevée : « *les dix ans [à venir] vont être un peu durs* » (E1I7). Celle-ci ne devrait toutefois pas durer : « *après ça, [...] ça va revenir, ça commencera à revenir à l'équilibre donc [...] ce sera un peu mieux* » (E1I7).

Ils sont aussi inquiets de la couverture de l'offre de soins dans les zones rurales dans les prochaines années, parce que « *la majorité préfèrent quand même être près des villes, pas forcément en ville, mais être à vingt minutes de Brest* » (E1I7).

B) Les projections à court terme : un exercice libéral en collaboration ou le départ à la retraite sans successeur

1) Les professionnels de santé locaux envisagent de poursuivre leur collaboration

Les professionnels de santé en exercice seul souhaitent travailler avec d'autres professionnels de santé de même discipline ou de discipline différente. Un des médecins généralistes « [est] *ouverte à toutes les propositions* » (E3MG3) de collaboration. La podologue interrogée souhaite « *rejoindre, une maison ou un groupe médical où [elle pourrait] partager avec des professions qui sont [...] proches de la [sienne], ou pas* » (E2P2). La kinésithérapeute exerçant seule souhaite travailler avec « *un autre kiné* » (E2P3) car l'exercice seul « *a quelques contraintes.* » (E2P3). Les kinésithérapeutes souhaitent aussi développer une permanence de garde l'hiver, pour les « *kinés respiratoires.* » (E2P3). Malgré le manque d'alternative à son exercice seul : « *on n'a pas de choix, [...] faut que je travaille tout seul, pour le moment encore.* » (E3PN), le pneumologue exprime son souhait de partager son exercice avec d'autres médecins : « *J'aimerais bien de temps en temps montrer, une radio à un collègue à moi, qui [soit] pneumologue* » (E3PN).

Ceux qui exercent en groupe envisagent la poursuite de leur collaboration dans leur groupe :

« *je n'envisage pas de changement [...] je vais rester [...] dans le même groupe* » (E3MG2) ;
« *je viens de m'associer [...] j'aspire à continuer [...] comme ça pour l'instant* » (E2P1).

Les sages-femmes, quant à elles, souhaitent poursuivre leur exercice en effectuant des vacances en fonction des lieux « *où y'aurait des besoins* » (E2P6). Elles sont favorables à « *la répartition [...] des activités* » (E2P6), car « *y'a des médecins ou des gynécologues qui s'arrêtent* » (E2P6). Par ailleurs, ce transfert de compétence faciliterait le départ en retraite des gynécologues libéraux en fin de carrière, « *cela me permettrait de me mettre un peu [...] sur la touche.* » (E3GN).

2) Exercent en libéral et en collaboration est unanime chez les jeunes médecins, mais s'installer est conditionné et mis en attente

a) L'unanimité d'un exercice libéral en collaboration

Tous les internes en médecine générale interviewés, envisagent leur exercice futur en libéral : « *ce sera que du libéral.* » (E1I4), « *Pour l'instant, [...] le salariat, [...] c'est pas d'actualité.* » (E1I7). L'exercice salarié leur évoque surtout l'exercice hospitalier qui ne les attire pas : « *l'hôpital c'est quand même [...] pas ce vers quoi [ils s'orientent]* » (E1I5).

Les jeunes médecins souhaitent un exercice dans lequel ils puissent travailler en collaboration : avoir « *plus de partage de pratique* » (E1I2) « *pour discuter du patient* » (E1I3), avoir « *plus de contact* » (E1I6) avec les autres professionnels de santé. Concernant les modalités de travail, le médecin remplaçant souhaite travailler à mi-temps, en partageant un temps plein à deux. D'autres conçoivent leur temps de travail en commençant « *à huit heures trente le matin, finir grand maximum à dix-neuf heures le soir. Avoir un jour de repos dans la semaine et puis, et un samedi matin sur deux ou sur trois* » (E1I6). Par ailleurs, l'organisation de temps de travail est pensée pour « *Avoir du temps pour soi à côté* » (E1I6), « *c'est important, d'avoir un équilibre.* » (E1I5) entre le temps professionnel et le temps personnel.

Les internes en médecine générale voient l'avenir de leur pratique professionnelle dans des structures pluridisciplinaires : « *ce sera vraiment dans l'air du temps.* » (E1I7), « *la MSP, c'est comme ça que se fera la majorité des choses* » (E1I7), « *c'est probable, [...] que c'est amené à se mettre en place un jour aussi.* » (E1I6). Alors que certains internes préfèrent réaliser cet exercice plus tard, « *pas immédiatement* ». (E1I6), d'autres préfèrent « *commencer directement par ça, que de commencer après, par faire un cabinet* » (E1I7).

b) Le report de l'installation le temps de réunir des conditions satisfaisantes pour s'installer

Surtout le remplacement mais aussi la collaboration sont des solutions temporaires : « *ça prend quelques mois pour savoir, comment on veut travailler vraiment* » (E1I7), « *en travaillant régulièrement dans un cabinet, on le sait en moins d'un an si ça passe bien* » (E1I7), « *l'avantage des remplacements, c'est aussi pouvoir se laisser le temps de trouver [...] le bon cabinet ou le bon coin* » (E1I3). Ces types d'exercices sont réalisés le temps de réunir les conditions nécessaires à l'installation : « *sinon, je continue les remplacements.* » (E3MG4).

Ils permettent de chercher « *le type d'exercice qui [leur] plaira et le type d'exercice [qu'ils vont] fuir dans l'avenir* » (E1I2). Les cabinets de remplacements servent de « *terrain d'observations* » (E1I2).

Le choix de l'installation libérale est soumis à certaines conditions.

D'abord des critères familiaux, le lieu d'activité professionnelle du conjoint fait partie des premiers critères dans le choix du lieu d'installation, puisque « *déjà, il faut que le conjoint, [...] puisse avoir [...] du travail dans le coin* » (E1I7). L'installation du médecin remplaçant interviewé « *est surtout soumis à ce que [son] conjoint soit fixé dans son travail.* » (E3MG4). « *le temps de trajet par rapport au domicile* » (E3MG4) intervient aussi dans le choix de s'installer.

Ensuite des critères professionnels, le choix de l'installation s'opère aussi selon « *l'organisation qui va [leur] plaire en termes de gestion* » (E1I7). Le cabinet de groupe est une condition sine qua non, en particulier si le jeune médecin souhaite un exercice à mi-temps : « *c'est sûr que ce serait un cabinet de groupe* » (E3MG4).

Mais il s'opère aussi selon « *les bons collègues à côté sur qui on puisse s'appuyer quand y'a besoin* » (E1I3) ou « *discuter [des] pratiques, comme dans les groupes de pairs.* » (E1I6). Il est important « *déjà, [de] respecter le travail de chacun* » (E1I3) et que la philosophie de travail soit partagée par les médecins d'un même groupe. En effet, le bon collègue « *c'est plutôt celui qui ne va pas être là pour faire du chiffre, [...], qui ne va pas demander à la secrétaire de filtrer des CMU.* » (E1I4).

La proximité des structures sanitaires, à savoir être « *à une demie heure maximum d'un hôpital* » (E3MG4) ou près d'un « *CHU réactif.* » (E1I2), fait aussi partie des critères pour s'installer. La proximité de spécialités médicales et celle des cabinets de radiologie sont aussi à prendre en compte dans l'installation, parce que « *faire une heure de route [serait] un peu rédhitoire pour certains patients* » (E1I2).

Enfin, les autres critères de lieux intervenant dans le choix de s'installer sont la proximité des commerces pour ne « *pas avoir une heure de route [...] pour trouver des produits d'électroménager ou de hifi.* » (E1I7), et la proximité au littoral en n'étant « *pas trop loin de la mer* » (E1I7).

La patientèle, quant à elle, ne constitue pas un facteur décisif pour l'installation : « *[ce n'] est pas ce qui décidera de [les] faire [s'] installer à un endroit ou à un autre.* » (E1I7).

3) Les professionnels de santé en fin de carrière vont partir en retraite sans successeur

La succession par un autre confrère étant illusoire, sans « *espoir d'être remplacé.* » (E3GN), les professionnels de santé en fin de carrière envisagent une cessation d'activité progressive avec une redistribution de leur patientèle : « *lever un petit peu le pied, pour [...] réussir à [...] les redispacher [les patients].* » (E2P4).

C) Il n'est pas envisagé de modèle unique d'une MSP, mais plusieurs représentations de structures pluridisciplinaires, avec des intérêts et des avantages

Le projet d'une MSP s'inscrit dans le cadre d'un besoin local : « *Il faut aussi qu'il y ait [...] déjà [...] une dynamique locale* » (E1I3). En effet, « *pour que ça réussisse [...] ça doit vraiment partir des professionnels qui sont déjà là* » (E1I3). Mais cette motivation doit aussi venir des jeunes médecins, « *c'est à nous de [...] lancer ces projets-là.* » (E1I3), et des jeunes médecins installés « *d'impulser le mouvement. C'est plutôt aux jeunes, pour les années futures* » (E3MG1).

1) Le projet d'une MSP locale inspire plusieurs représentations

Ce sont surtout le groupe des internes et celui des professionnels *paramédicaux*, qui conçoivent mieux l'exercice dans la MSP. L'exercice en MSP envisagé reste proche de celui en groupe en préservant « *un travail indépendant* » (E2P1) :

« *je ne pense pas que [...] cela changera ma journée.* » (E1I4) ;

« *chacun gardant sa propre clientèle, indépendance, patientèle.* » (E2P4).

Par contre, il s'y différencie par la proximité des professionnels : « *On pourra éventuellement, aller dans le bureau de l'infirmière ou dans le cabinet du kiné...* » (E1I6) ou « *Plutôt que d'avoir [...] à prendre son téléphone, pour téléphoner au spécialiste, pour avoir son avis, [...] dans le couloir, [...] lui demander, s'il ne peut pas accorder cinq minutes* » (E3MG3).

a) La composition des professionnels

Aucune catégorie de professionnel de santé n'est exclue de la composition du personnel d'une MSP, « *chacun a sa place. Même un diététicien* » (E2P1). Le nombre de professionnels de la structure reste par contre à déterminer : « *plusieurs généralistes ?* » (E1I4), « *Trois, ce serait bien* » (E1I4), « *cinq, six. [...] je vois mal une maison avec dix ou douze praticiens* » (E2P4) « *Une douzaine. [...] je trouve que [...] cela ne fait pas le gros truc* » (E2P6). Les trois groupes interviewés s'accordent sur le fait que les professionnels ne doivent « *pas être trop nombreux* » (E1I3) dans la MSP, car « *plus on est, plus c'est peut-être difficile à gérer* » (E2P4).

Les professionnels surtout sollicités dans la structure sont ceux qui font le lien entre le patient et les professionnels de santé :

- « *la secrétaire en un* » (E1I7) ;

- « *une assistante sociale* » (E1I7) pour « *remplir la paperasse.* » (E1I6) ;

- l'infirmière, car « *c'est des infirmières, qui [...] appellent pour [...] dire : « voilà je suis allée à domicile et cette personne, elle nécessite de soins ». »* » (E2P2).

La collaboration avec les professionnels médicaux, « *les médecins généralistes, et les gynécos.* » (E2P4), les « *cardio, pneumo, rhumato !* » (E1I6), le « *dentiste* » (E1P1), la « *sage-femme* » (E1I7), et celle avec les professionnels paramédicaux, comme le « *Kiné.* » (E1I6), le « *Podologue* » (E1I4) sont envisagées.

Les jeunes étudiants ne sont pas exclus mais plutôt sollicités dans une MSP : « Prendre un interne [...] on a tout à y gagner » (E1I6), « Les étudiants, [...], je trouve ça très intéressant » (E2P3). D'abord, ils permettent de partager la pratique, « on échange [...] entre professionnels. » (E2P1), et de reconsidérer la prise en charge habituelle « d'avoir de nouveaux points de vues, les nouvelles études » (E2P1). Ensuite, cela permet de « trouver des remplaçants plus facilement » (E1I6) et de s'assurer d'une relève. « cela va permettre aussi qu'il y ait des jeunes qui viennent, [...] qu'ils aient peut-être envie de nous rejoindre. » (E1I3). Enfin, former les étudiants d'une autre discipline facilite aussi la reconnaissance des autres professions de santé en tant que professions à part entière : « Ça fait du bien de voir que [...] l'on est reconnue. » (E2P6).

b) Les locaux de la MSP

Sur le plan structurel, « tout est envisageable » (E2P2), mais les professionnels de santé doivent être concertés, car « Cela peut être complètement antifonctionnel » (E1I2).

D'abord, deux besoins structurels ressortent : une salle commune et un secrétariat central.

Le besoin d'« une grande salle commune » (E1I7) est souligné à la fois pour les temps de pause, et pour les échanges entre professionnels : « zone commune de détente pour s'échanger. » (E2P1) ; « Une salle de pause en commun. » (E1I6) ; « une salle de réunion » (E2P2) ; « Un staff » (E1I5).

Un espace central d'accueil, « un secrétariat très étoffé » (E3MG2) avec « Une secrétaire au milieu. » (E1I5), est essentiel pour orienter les patients. « les patients, ils la [la secrétaire] connaissent, c'est la référente » (E2P2). Les bureaux de consultation individuels s'articuleraient autour de cet espace central, « des pièces tout autour » (E2P1).

Ensuite, les professionnels de santé envisagent un accès aisé à la MSP, avec la présence d'un accès handicapé, « pas d'escaliers » (E3MG1), ainsi que des places de stationnement avec « un grand parking. » (E3MG1).

Puis, d'autres éléments structurels sont évoqués dans chaque groupe interviewé, comme « Une salle d'attente commune » (E3MG4) ou « attenante » (E2P2) à chaque bureau de consultations, une « salle d'urgence » (E3MG4), une « cuisine » (E2P2), ainsi qu'« une salle de repos » (E2P2) pour les « professionnels de gardes » (E2P2) et « un logement pour les internes » (E3MG1).

Enfin, les internes en médecine générale prévoient une structure qui pourra « accueillir des gens en plus » (E1I7), qui sera amenée éventuellement à s'agrandir en fonction des besoins.

c) La nécessité de mettre en place un cadre de travail

L'exercice dans une MSP exige l'adhésion de chaque professionnel de santé à une « démarche collective » (E3GN). Ainsi, « poser [...] des règles de bonnes conduites pour chacun » (E1I3) est nécessaire « pour que ça se passe bien » (E1I3), pour diverses raisons liées :

- Aux difficultés d'établir des objectifs communs, « Ça peut vite devenir négatif. [...] T'imagines que tes collègues [...] ne développent pas la même ambition que toi » (E1I5) ;

- Aux « *inconvenients relationnels* » (E1I7), « *pour que y'ait pas une certaine hiérarchie* » (E1I3) ;
- Aux désaccords entre professionnels de santé, puisque « *ça veut dire aussi que les autres paramédicaux ont quand même un minimum de regard sur ce que tu fais* » (E1I3) ;
- Aux limites du secret médical : « *il faut faire attention au secret professionnel* » (E1I1), « *C'est délicat [...] que les dossiers soient en commun* » (E1I6) ;
- A la nécessité d'une formation professionnelle continue des membres de la MSP : « *qu'ils [les professionnels de santé de la MSP] aient le même élan [...] d'évoluer en fonction de [...] ce qui se fait, ce qui se développe* » (E2P2) ;
- A la collaboration pluridisciplinaire, puisque « *Y'a des choses qu'on peut tout faire tout seul.* » (E1I6). Les compétences de chaque praticien doivent être clairement établies, « *Avec tous les statuts [...] au départ dans la mise place de la collaboration* » (E2P5).

Par ailleurs, plusieurs formes de collaboration sont possibles :

- « *assister l'infirmière dans un geste technique.* » (E1I2) ;
- « *faire des roulements avec un qui termine beaucoup plus tard ce soir-là* » (E1I2) ;
- « *être plusieurs pour échanger, passer la main et autres.* » (E2P1) ;
- « *une infirmière à côté, pour tout ce qui est ablation de points de suture, nettoyage de plaie, vaccinations, même parfois par délégation* » (E1I6) ;
- Le travail avec « *Les réseaux de géronto, de soins palliatifs* » (E1I5).

d) Un cadre juridique à définir

« *un contrat entre les différents associés [où] tout est stipulé dedans.* » (E2P4) est nécessaire. Devant l'absence de statut adapté à la MSP, certains professionnels sont plutôt en faveur d'« *une constitution [...] d'une SCI, SCM.* » (E2P5).

La répartition des temps d'activité dans les locaux de la MSP est à établir, « *Parce qu'on peut aussi être plusieurs professionnels dans une même pièce [...] par exemple, les infirmières l'utilisent [...] de tel jour à tel jour, et puis un autre moment cela peut être une autre profession* » (E2P6). La présence de certains professionnels de santé peut être sous forme de vacations : de « *consultations ponctuelles* » (E1I3), « *par exemple qu'une journée par semaine* » (E1I3).

Il faut aussi établir la gestion des locaux : « *peut-être sous forme d'une assemblée* » (E2P1).

Concernant la cessation d'activité, la possibilité de cession des locaux de la MSP s'envisage à d'autre corps de métier : « *Si elle [le praticien] n'arrive pas à céder, elle peut toujours louer [...] à un autre professionnel de santé* » (E2P2).

e) Des principes éthiques

La recherche du bénéfice financier ne doit pas être une priorité. En effet, « *y'a des gens qui voient aussi le regroupement médical comme la facilité d'avoir des patients, de développer une plus grande patientèle* » (E2P2). La MSP n'est pas un lieu de commerce, comme un « *supermarché.* » (E2P4). En effet, le risque pour les patients est de « *passer du kiné, à l'orthophoniste, à la pédicure* » (E2P4).

f) La propriété des locaux et le financement sont controversés

Les avis sont partagés concernant la propriété des locaux. Certains craignent l'investissement personnel à perte avec la location : « *je n'ai pas l'intention [...] de rester quelque part où, j'aurais à payer un loyer. [...] A perte, pour moi, c'est à perte...* » (E3MG1). D'autres craignent, du fait des difficultés actuelles de trouver un successeur, de devoir continuer à payer les frais de fonctionnement en devenant propriétaire : « *si tu n'es pas remplacé au bout du compte, et que tu ne peux pas revendre tes parts immobilières, [...] t'es obligé de mettre de l'argent quand même dedans* » (E3MG2).

Les groupes des internes et des professionnels *paramédicaux* sont ouverts à toutes les possibilités d'aides : « *toute aide est la bienvenue* » (E1I7).

Concernant le financement individuel, toutes les modes d'investissement financier personnel sont envisageables : « *Cela dépend vraiment des médecins* » (E1I3). Cela peut être effectué dans un deuxième temps : « *Après on rachète au fur et à mesure* » (E1I7). Le financement personnel au prorata du temps de travail et de l'espace d'exercice est envisagé : « *l'espace commun le diviser en fonction du nombre de personnes. [...] s'il y en a qui travaillent à mi-temps, d'autres à plein temps, [...] on peut recommencer à diviser* » (E2P1). Cependant, l'investissement financier des professionnels en fin de carrière ne doit pas être excessif : « *il faudrait que financièrement cela leur coûte peu ou pas grand-chose.* » (E1I7), puisqu' « *ils ne vont pas rester, [et que] cela n'a peut-être pas d'intérêt non plus* » (E1I3).

Concernant les aides financières publiques, celles-ci sont considérées comme des opportunités non pérennes : « *dans quelques années ce ne sera plus faisable* » (E1I7). L'aide de la municipalité est vivement à solliciter : « *Faut qu'ils [les locaux] soient mis à disposition par la municipalité* » (E1I6) « *parce que qu'il faudrait quelque chose de grand comme bâtiment* » (E1I6).

Concernant les aides privées, le recours à « *une entreprise* » (E1I5) spécialisée, à « *un entrepreneur* » (E1I3), à « *Un architecte...* » (E1I3), mais aussi l'aide d'un leader, « *quelqu'un derrière pour pousser probablement financièrement, et en tout cas au niveau de l'organisation pratique* » (E1I7) sont évoqués.

Les médecins généralistes installés, quant à eux, préfèrent financer seuls les locaux pour rester indépendants. Ils craignent de devoir rendre « *des comptes après à ceux qui donnent les subventions* » (E3MG1). Par ailleurs, du fait que la spécialité de médecine générale, « *[ne soit] pas une spécialité à plateau technique.* » (E3MG2), l'apport financier est seulement consacré à « *l'immobilier [...] l'informatique qui coûte cher, [...] un bureau, une table d'examen...* » (E3MG3).

2) Les avantages d'une MSP locale sont évoqués lors des entretiens mais aussi ses inconvénients

a) Les avantages

- Pour les professionnels de santé membres de la MSP : les avantages d'un regroupement, une meilleure collaboration et une qualité de travail

Pour tous les professionnels de santé de notre étude, la MSP présente les avantages d'un regroupement monodisciplinaire ainsi qu'une meilleure collaboration entre professionnels et une meilleure qualité de travail.

D'abord, l'exercice en MSP permet une meilleure qualité de travail : la prise en charge du patient est « *plus efficace et mieux coordonné[e].* » (E1I7) ; « *on gagne de la qualité de vie et certainement de la qualité de travail* » (E3MG4). En effet, « *une plus grande ouverture sur les techniques, sur [...] le diagnostic, sur les traitements, sur un tas de pathologie* » (E3MG2) est rendue plus accessible par la proximité des professionnels de santé.

Ensuite, cet exercice permet de mutualiser les moyens matériels comme en cabinet de groupe : « *on peut [...] retrouver aussi [...], une certaine assistance entre guillemets, du point de vue logistique* » (E3GN). Puis, il permet « *le soutien [...] des pairs* » (E3MG1) et « *de [se] libérer un peu de temps* » (E3MG1). Le jeune médecin « *aura quand même des malades, [...] il ne restera pas au chômage* » (E3PN).

Enfin, il trouve aussi un successeur plus facilement, par exemple « *Au [...] y'a une maison de santé pluridisciplinaire [...] qui est en train de se créer [...] les deux médecins généralistes proches de la retraite [...] ont déjà trouvé leurs suivants* » (E1I5).

- Pour les malades : une facilité d'accès à toutes les professions ambulatoires

Les professionnels de santé interviewés s'accordent sur la facilité d'accès à différentes professions de santé pour le patient qui ira consulter au même endroit. « *Le malade [...] repère aussi facilement le groupe, parce [que] tout le monde [est] là.* » (E3PN).

- Une réponse à certains enjeux économiques des dépenses de santé

Cet avantage est présenté par les internes. Il concerne la prise en charge par la Sécurité Sociale « *Au niveau des transports ?* » (E1I6). La consultation éventuelle de médecin spécialiste non généraliste au sein de la MSP réduit les trajets et leurs coût : « *à la rigueur, s'ils payaient leurs transports jusque-là.* » (E1I7).

b) Des inconvénients et des réserves

Les internes émettent des réserves et souhaitent « *avoir l'autre point de vue* » (E1I2), à savoir « *les arguments négatifs ?* » (E1I2).

- Des inconvénients de la MSP et un intérêt limité par rapport au regroupement de professionnels de santé

Les internes et les médecins généralistes soulèvent des difficultés pour les professionnels de santé en exercice dans une MSP :

- La délégation de certains actes techniques modifie le rythme de travail habituel. Faire certains actes techniques, « *c'est vrai que ça repose des fois l'esprit* » (E1I7) ;
- La coopération n'est pas rémunérée : « *on ne peut pas coter non plus deux [...] actes...* » (E1I7) pour un seul soin et « *passer [la] journée à donner juste des avis gratuits.* » (E1I7) ;
- Le regroupement des professionnels en MSP diminue la liberté de l'exercice : « *on perd de son indépendance en étant en groupe* » (E3MG4) et particulièrement pour les congés scolaires, « *ce n'est pas facile, de prendre des vacances dans un groupe* » (E3MG1) ;

- Les relations entre professionnels risquent d'être conflictuelles : « *ça transpose [...] la hiérarchie de l'hôpital* » (E3MG1), et « *chacun n'attend pas la même chose de la structure* » (E3GN) ;
- Il n'y a pas de support informatique « *communiquant* » (E3MG2), adapté au travail pluridisciplinaire.

Ils ont du mal à estimer la vraie valeur ajoutée de la MSP par rapport à un regroupement de professionnels de santé. En effet, la gestion de la MSP peut être contraignante : « *faut être d'accord pour les investissements, [...] faut accepter aussi de venir se réunir régulièrement pour décider* » (E1I3). Le temps passé pour donner des avis entre les consultations est imprévisible : « *On peut gagner du temps* » (E1I3), « *Voire peut-être même perdre du temps parfois* » (E1I7).

- Un projet ambitieux

Une MSP « *est un gros projet* » (E1I3). Elle nécessite du temps pour sa réalisation. Cette nécessité peut être un frein au projet, notamment pour les médecins en fin de carrière. En effet, « *le temps de mener [le] projet [...] à son terme [ces médecins partiront] en retraite* » (E1I3). Un autre frein au projet, concerne aussi son coût « *trop cher* » (E1E7).

Cette structure n'est pas adaptée à l'échelle de la commune, « *où est-ce qu'il [le regroupement pluridisciplinaire] devra se situer ?* » (E3MG3) « *dans une ville comme Lannion, vingt mille habitants* » (E3MG2). Regroupant tous les médecins libéraux locaux, la structure serait démesurée : « *une machine infernale.* » (E3MG2) et « *une lourdeur à gérer* » (E3MG4).

Par ailleurs, la structure doit aussi être évolutive, « *absorber des gens qui ont changé, sans que ça perturbe le fonctionnement du groupe* » (E3MG2).

- Des limites dans le libre choix du praticien et un défaut dans le suivi pour le patient

En effet, il peut y avoir, « *un défaut de liberté, [...] si t'es en cabinet pluridisciplinaire, [...] les gens, est-ce qu'ils ne vont pas se sentir obligés de se tourner vers ce professionnel-là, alors qu'ils n'ont pas de bonne relation ?* » (E1I4) ; et aussi un défaut dans le suivi, « *on n'ira pas chez le patient, voir, « tiens bah non, le pansement est fait, je ne regarde pas » »* (E1I7).

3) Les médecins généralistes de Lannion envisagent une autre forme de collaboration locale type pôle de santé

Pour les médecins généralistes installés, « *c'est assez difficile d'imaginer.* » (E3MG2) une MSP de façon locale. Ils souhaitent une forme de collaboration entre cabinets de groupe, avec « *des groupes qui s'entraident aussi mutuellement* » (E3MG3). Cette forme de collaboration mélange le mode d'exercice libéral et le mode d'exercice salarié. Les cabinets de groupe libéraux pourraient « *avoir l'autorisation [...] d'avoir des jeunes médecins, qui vont être salariés du groupe...* » (E3MG3), « *puisque, à priori aussi, le statut salarié attire* » (E3MG3).

4) Les médecins spécialistes non généralistes envisagent une structure pluridisciplinaire locale à l'image d'une polyclinique

La structure est envisagée « *sous forme de polyclinique* » (E3PN), avec une liberté d'exercice, « *Tu restes indépendant* » (E3PN), et avec une gestion administrative assurée par des bureaucrates, « *des administrateurs.* » (E3GN).

Le travail pluridisciplinaire se conçoit surtout avec les médecins spécialistes non généralistes : « *C'est la médecine, pour la pneumologie, c'est la médecine interne, donc pneumo, cardio, gastro, euh, rhumato...* » (E3PN).

L'apport financier des grands investisseurs est plutôt privilégié : « *Faut mieux que ce soit à un groupe de financer* » (E3PN) puis « *soit les médecins financent chacun, ou selon ses besoins, soit c'est un groupe financier qui va financer* » (E3PN).

Quatrième partie : DISCUSSION

I) Discussion de la méthode

Il convient de relativiser les résultats de notre travail. Nous avons employé une méthode qualitative qui a présenté des forces et des faiblesses tout au long du travail.

A) Biais de recrutement

Nous avons réalisé un recrutement critérié : les groupes de professionnels de santé de notre étude ne sont donc pas représentatifs de chaque groupe de professionnels.

Lors de notre travail, nous avons été confrontés aux difficultés de réunir les participants. Celles-ci sont liées à la disponibilité des participants. Malgré notre souci d'obtenir une représentativité qualitative des professionnels de santé, les infirmières libérales n'ont pas pu être représentées. Cette catégorie professionnelle est pourtant celle qui constitue avec la médecine générale le noyau commun des MSP [24]. Les infirmières libérales de Lannion n'ont pu être présentes, non pas parce qu'elles n'étaient pas intéressées par le débat, mais parce qu'elles n'ont pas pu se libérer à la dernière minute. Elles souhaitaient pourtant participer au focus group. Les difficultés de recruter des participants peuvent être aussi liées à un problème de communication et de rédaction du courrier faisant part de notre étude

Par ailleurs, un autre élément est à prendre en compte dans le recrutement des médecins. Deux des médecins généralistes interviewés étant maîtres de stage, m'étaient familiers. Ce lien a pu favoriser leur recrutement.

B) Biais de l'interviewer

Un autre biais s'est révélé lors de l'étude : le biais lié à mes compétences, en tant que chercheur débutant, pour animer les entretiens. Etant jeune médecin généraliste, une des difficultés était de ne pas influencer les réponses par les questions posées. Le rôle du chercheur est d'orienter les participants à s'exprimer sur tel ou tel sujet, sans porter d'appréciation positive ou négative. Il doit relancer les participants si besoin pour approfondir les propos et reformuler pour ne pas passer à côté du sens des réponses, sans porter d'appréciation [63].

C) Biais de l'interview

Le cadre et le déroulement des entretiens ont pu être d'autres biais. Bien que nous ayons préparé l'accueil des participants pour créer une certaine convivialité, il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles s'il se dégage un leadership lors de l'entretien de groupe [63,64]. La position dominante d'un des participants peut alors gêner l'expression des autres participants, ce qui a pu être le cas dans le dernier entretien. Nous constatons tout de même que le cabinet médical, lieu des deux derniers focus, a facilité les représentations du groupe des professionnels *paramédicaux* concernant l'organisation structurelle d'une MSP.

D) Biais de l'analyse

Concernant le critère de crédibilité, nous avons essayé de le respecter d'abord en exposant la méthode du focus group aux participants et en cherchant leur adhésion à cette méthode. Ensuite, la retranscription littérale des enregistrements audio a été la plus fidèle possible. Les verbatim ont été adressés aux participants, qui ont apporté leurs corrections. Après, mon directeur et moi avons réalisé chacun de notre côté un travail de codage des verbatim. Une triangulation de deux analyses par deux chercheurs différents a été effectuée. Cependant, nous n'avons pas employé d'autre méthode que celle du focus group, et il n'existe pas à ce jour d'autre étude qualitative sur le thème de notre travail. Nous n'avons donc pas réalisé ni une triangulation des méthodes, ni une triangulation des données.

Ensuite, afin de respecter le critère de fiabilité, nous avons effectué plusieurs types de travaux pour la catégorisation thématique des résultats, en relisant et archivant successivement des grilles d'analyses préliminaires. A la fin de ce processus de relecture et de reclassement, nous sommes arrivés à une grille d'analyse définitive commune.

Enfin, le but de l'étude est de connaître les besoins des professionnels de santé, en termes d'exercice, et particulièrement les modalités d'exercice en MSP. Nous avons privilégié la compréhension de la faisabilité d'une MSP locale, plutôt que le recueil de toutes les représentations envisageables d'un exercice en MSP. Ainsi, Nous n'avons pas souhaité réaliser d'autres entretiens de groupe. Par ailleurs, faire plusieurs entretiens de groupe est difficile, d'autant plus que nous avons eu des difficultés à réaliser ces trois entretiens. Le critère de saturation n'a donc pas été obtenu dans notre travail.

II) Discussion des résultats

A) L'attrait de la liberté d'exercice

Les professionnels de santé de notre étude soulignent la liberté de l'exercice libéral. Ce sont la liberté d'organiser, la liberté de décider et la liberté de prescrire qui sont mises en avant et qui attirent les jeunes générations en libéral.

Les composantes de cette liberté d'exercice libéral peuvent être associées aux principes de la charte de la médecine libérale de 1927, qui ont été repris dans le code de la sécurité sociale en 1971. Elles sont souvent, dans les études quantitatives, les premiers motifs des médecins dans le choix d'exercer en libéral. Dans le travail de thèse de J. Cousança [69], la liberté d'organiser la pratique est le premier attrait de la médecine générale des spécialistes bretons interrogés (62.8 %). Dans l'enquête postale de l'étude de l'URCAM de Bretagne [38], le choix du mode d'exercice libéral des jeunes médecins bretons est argumenté d'abord par leur volonté de liberté et d'autonomie. Les autres arguments avancés sont la diversité du métier de médecin généraliste, et l'envie de se ménager du temps.

La liberté de l'exercice libéral joue en faveur de l'installation. Elle constitue un des motifs à exercer en libéral. Selon C. Leicher [70], elle est le point fort de l'exercice de la médecine générale parce qu'elle permet aux médecins de pouvoir s'organiser dans leur pratique comme ils le souhaitent. C'est cet avantage propre à la profession qui fait persister

l'exercice de la médecine générale. Par cette « *liberté d'entreprendre* » [70], les médecins peuvent prendre de nouvelles initiatives d'organisation moderne.

B) La fin de l'exercice isolé

L'image traditionnelle du médecin généraliste exerçant seul dans son coin est révolue. D'abord, selon les professionnels installés, la jeune génération préfère l'exercice en groupe. Ensuite, l'expérience de certains médecins généralistes de notre étude leur fait aussi préférer l'exercice en groupe. Enfin, les internes en médecine générale interviewés abandonneront cet exercice pour un exercice en collaboration, en cabinet seul ou en cabinet de groupe. L'orientation privilégiée des professionnels de santé se dirige surtout vers un exercice en groupe. Celui-ci présente les avantages du partage de la pratique, du partage de la permanence de soins, et du partage des moyens et des frais de fonctionnement. Par ailleurs, les médecins généralistes installés et les jeunes de la profession ne souhaitent ni travailler dans leur coin, ni finir tard le soir. L'exercice isolé de la médecine générale va-t-il alors être amené à disparaître ? La fin de cet exercice solitaire traditionnel est aussi un des résultats de l'équipe de V. Dory [71], qui a mené une étude qualitative chez les jeunes médecins généralistes belges et français. Ces derniers souhaitent un exercice en groupe ou en réseau afin de concilier leurs aspirations personnelles et professionnelles. Par ailleurs, l'attrait pour un exercice en groupe souvent monodisciplinaire est retrouvé dans d'autres études quantitatives [16,72,73].

Néanmoins, selon le groupe de J.-L. Cailleux, il « *ne serait pas judicieux de vouloir envisager un système qui écarterait l'exercice libéral isolé, mais il conviendrait plutôt de renforcer les modes de coopération tout en y conservant la possibilité de modes d' « exercice en solo* » » [74].

C) Le paiement à l'acte controversé

Le paiement à l'acte est par défaut la représentation dominante de la rémunération des professionnels de santé libéraux. Il présente toutefois des faiblesses, qui font envisager des formes de rémunérations qui prennent en compte la qualité des soins et un paiement au forfait. Malgré ces faiblesses, il répond en partie aux attentes des professionnels qui y sont alors attachés. Cet attachement au paiement à l'acte est constaté dans d'autres travaux de recherches qualitatives [75] et quantitatives [69,38,76]. Le mode de rémunération idéal des médecins généralistes bretons interrogés dans le travail de J. Cousança [69] est majoritairement celui du paiement à l'acte (45.4 %). Cependant, 18 % d'entre eux ne se prononcent pas par manque de connaissance. D'ailleurs, 28 % ne connaissent pas les avantages du paiement à la capitation. La majorité de médecins généralistes bretons de son étude est satisfaite du paiement à l'acte (67.7 %), mais ils sont aussi nombreux à être sans opinion (28.4 %). Dans l'enquête de l'URML de Bretagne de l'équipe de R. Bataillon [76], les médecins généralistes interrogés sont plus hostiles à la substitution du paiement à l'acte. Ils préfèrent une évolution de leur rémunération avec un paiement à l'acte associé à d'autres modes de rémunération que sa substitution totale.

En dehors du forfait, les autres formes de rémunérations sont mal connues des professionnels de santé interviewés. Néanmoins, une rémunération prenant en considération le temps consacré et la qualité des soins, est sollicitée par les internes en médecine générale. Dans la thèse d'A. Girard [57], bien que les élus locaux ne développent pas davantage le problème de la rémunération des médecins, le mode de paiement à l'acte est tout de même vu

comme potentiellement dépassé. Selon A.-L. Samson, professeur associée en sciences économiques, « *l'évolution actuelle de la médecine ambulatoire en France conforte la nécessité de dépasser le paiement à l'acte et de diversifier les modes de rémunération des médecins, notamment pour la médecine de premier recours* » [77].

Si l'objectif est de vouloir à la fois une quantité et une qualité de soins produits, l'instauration d'un paiement mixte est alors nécessaire [77,78]. Chaque mode de paiement pris de façon isolée, présente des inconvénients. Le paiement à l'acte peut inciter les professionnels médicaux à produire un volume de soins trop important, et les modes forfaitisés peuvent mettre la qualité et l'égalité d'accès des soins en défaut [77-79]. Si bien que certains pays ont commencé à intégrer dans leur système de santé d'autres modalités de rémunération des médecins.

En Grande-Bretagne, au paiement à la capitation est associé depuis 2004, un paiement à la performance appelé Quality and Outcomes Framework (QOF). Ce paiement, accélérant le phénomène de la délégation des compétences, a favorisé l'amélioration des soins et a réduit les inégalités interrégionales de santé [80-82]. Au Etats-Unis, de nombreux programmes de paiement à la performance ont été développés principalement à l'initiative des assureurs privés mais aussi dans le cadre de Medicaid dans le domaine de la médecine de premier recours [82]. Certains dispositifs mesurent la qualité des structures de prise en charge du système de santé, d'autres concernent l'efficacité, la satisfaction des patients et le recours aux nouvelles technologies de l'information. Cependant, il est important de souligner que, mettre en place un paiement à la performance comme celui du QOF suppose l'existence des besoins des professionnels de santé et l'existence d'un travail en équipe, particulièrement avec les infirmiers [82]. De plus, ce type de paiement soulève aussi des questions éthiques [75,80].

En France, la rémunération à la performance a aussi commencé à se développer, avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles. Par ailleurs, la nouvelle convention médicale signée en juillet 2011^a, veut valoriser l'activité des médecins généralistes conventionnés. Cette convention propose des rémunérations complémentaires pour des missions de prévention, de suivi des maladies chroniques, et pour l'organisation du cabinet. Elle prévoit une autre rémunération à la performance, possible par un programme évaluant la qualité des soins : le programme Sophia. Ce programme évalue les objectifs de suivi chez les patients diabétiques. En fonction des objectifs atteints par le médecin généraliste une rémunération lui est versée. Ce programme n'a pas encore été évalué, il serait intéressant d'en voir les résultats concernant les pratiques professionnelles.

D) Une qualité de vie plébiscitée

La notion de qualité de vie est une notion subjective. Il est difficile d'en proposer une définition précise parce qu'il s'agit d'un concept complexe multidimensionnel. Ce sont finalement les définitions universelles, plus générales, qui rendent plus perceptibles les facettes de la qualité de vie. C'est le cas de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé^b, qui caractérise « *les facettes de la qualité de vie comme étant la description d'un comportement, d'un état, d'une capacité ou d'un potentiel, d'une perception ou d'une expérience subjective* ». Pour D. Candel et D. Dubois [83] la définition « *est loin d'être stabilisée et impose des priorités quant aux subjectivités à prendre en compte pour l'évaluer* ».

^a Consultable sur le site <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/index.php>.

^b Consultable sur le site <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4929f/9.9.1.html>.

Lorsque la qualité de vie est abordée dans nos entretiens, elle relève essentiellement d'un équilibre entre le temps professionnel et le temps personnel. Les autres facettes, pour les jeunes médecins, sont déterminées par les conditions d'installation, que nous verrons dans le paragraphe ci-dessous. Il est intéressant de noter que certains travaux [84,85] abordant cette notion, concluent à l'absence de différence de la qualité de vie entre les groupes de médecins généralistes étudiés quelle que soit la pratique en milieu urbain ou rural, et quel que soit le mode d'exercice en cabinet de groupe ou en exercice seul. En outre, G. Hiltbrand met en évidence dans son étude [85], qu'il existe une relation étroite entre qualité de vie personnelle et qualité de vie globale, alors que la relation entre la qualité de vie professionnelle et la qualité de vie globale l'est moins.

E) Le poids des tâches administratives

Les tâches administratives sont ressenties comme des freins à l'exercice libéral des médecins généralistes installés. Bien qu'elles puissent être déléguées à un secrétariat, certaines d'entre elles demeurent l'affaire du médecin généraliste. Ces dernières sont chronophages et posent des problèmes auxquels le médecin généraliste ne trouve pas toujours de réponse satisfaisante. Selon P. Le Fur, le temps consacré pour les tâches administratives est de 4.5 à 6.5 heures par semaine [86]. Par contre, nous ne pouvons pas certifier que les tâches administratives soient considérées comme des contraintes pour les internes de notre étude, puisqu'elles n'ont pas été abordées dans l'entretien. Ce manque d'allégation peut s'expliquer par le fait que la jeune génération soit en grande partie formée par le secteur hospitalier. Elle n'est alors pas habituée à être confrontée aux tâches administratives. Selon les études, les tâches administratives pèsent plus ou moins lourd dans la décision de s'installer. Celles-ci constituent parfois les premiers, parfois les derniers freins d'installation.

Chez les deux groupes étudiés dans le travail de thèse d'A. Decorde [73], les médecins généralistes remplaçants et les jeunes installés du Nord-alpin, les tâches administratives sont les premiers obstacles à l'installation. Elles représentent plus de 80 % des réponses. Elles sont aussi les premiers motifs de non installation dans l'étude francilienne [72] pour les internes en médecine générale. C'est le cas aussi de l'étude du Conseil de l'Ordre concernant les médecins remplaçants thésés [3]. Dans le travail de J. Cousança [69], les critères dissuasifs en médecine générale des médecins généralistes bretons, sont d'abord la pénibilité des horaires (67.9 %). La lourdeur du travail administratif ne constitue que le deuxième critère dissuasif (49.1 %). Les résultats de J. Cousança s'expliquent en partie par le recrutement d'une majorité de médecins généralistes hommes pratiquant en milieu semi-rural. Par contre, dans l'étude menée par l'équipe de N. Baude [15], les tâches administratives sont une des dernières raisons (2.2 %) des internes de repousser l'installation à plus d'un an.

F) L'unanimité des jeunes médecins pour un exercice libéral

L'exercice libéral est l'exercice vers lequel tous les internes interviewés s'orientent. Elle n'est pourtant ni le reflet d'une réalité locale ni celle à grande échelle. De plus, le groupe des médecins et celui des professionnels *paramédicaux* soulignent un manque local d'installations. Dans une étude francilienne [72], c'est une faible proportion d'internes qui souhaite exercer en libéral : seuls 15 % des internes interrogés envisagent une activité exclusivement en libéral. Ce faible taux s'explique en partie par le recrutement d'internes

toutes spécialités confondues^a. Dans l'étude nationale menée par l'équipe de N. Baude sur les internes de médecine générale [15], ces derniers sont 61.5 % à ne pas s'orienter pas vers un exercice libéral. Ils recherchent d'abord un exercice avec des activités variées et des horaires aménagés. Ils veulent bénéficier des avantages sociaux, et travailler en réseau. Au 1^{er} Janvier 2011, selon le Conseil de l'Ordre [3], l'exercice libéral concerne seulement 17.86 % des nouveaux inscrits en spécialité de médecine générale.

G) L'installation

Malgré la situation de crise qui nécessiterait de nouvelles installations, l'internat est souvent suivi d'une période de remplacement. Pour les internes en médecine générale, cette activité de remplaçant est envisagée le temps de réunir les conditions favorables à l'installation. Pour les professionnels de santé, le remplacement offre comme le salariat, une sécurité d'exercice à la fois dans les revenus, la pratique, les horaires, et les risques médico-légaux. Cette sécurité ne favorise pas l'installation libérale. De plus, cette dernière est aussi limitée par d'autres facteurs qui sont la mobilité professionnelle du conjoint, la contrainte des tâches administratives, l'absence d'aides des pouvoirs publics et le bassin d'emploi local défavorable. Par ailleurs, le choix de l'installation s'envisage aussi avec un critère central : celui de la recherche d'une qualité de vie satisfaisante.

1) Remplacer et ensuite s'installer

Le choix de la médecine se fait sur l'expérience personnelle de la maladie et du soin [37], et de la même façon, les premières expériences professionnelles, les contacts médicaux, sont des moyens d'ajuster les représentations d'un futur exercice de la médecine générale. Cette période, surtout réalisée après la formation universitaire, correspond à une « *période des possibles* » selon G. Bloy [36]. Dans notre étude, c'est l'activité de remplaçant et celle de collaborateur, qui sont envisagées par les internes interviewés après leur formation universitaire. Le taux d'internes à vouloir remplacer est variable, d'une étude à l'autre. Un faible taux de réponses peut sous-estimer la proportion d'internes à envisager le remplacement. Pour la plupart des études, ce taux est souvent supérieur à 50 %. C'est plus de la moitié des résidents (54 %) répondant aux questionnaires de l'étude de l'URCAM de Bretagne qui envisage le remplacement [38]. Dans l'enquête nationale réalisée par un des syndicats des jeunes internes [26], 55 % des internes interrogés veulent remplacer après l'internat^b. Dans l'étude francilienne [72], c'est la quasi totalité (97 %) des internes en médecine générale qui souhaite faire d'abord des remplacements pendant trois ans. Elle précise aussi que 12 % des internes remplacent déjà. Selon le Conseil de l'Ordre, au 1^{er} janvier 2011, cette activité de remplaçant est le choix de 44,4 % des nouveaux inscrits en spécialité de médecine générale. Ce n'est qu'après quelques années de remplacement que les médecins envisagent l'installation. En effet, l'âge de la première installation en libéral a reculé [11]. L'installation immédiatement après la thèse n'est donc pas une évidence pour la jeune génération.

^a Les internes en médecine générale interrogés dans l'étude francilienne représentent 25 % des internes qui envisagent l'exercice libéral.

^b Les résultats sont à considérés avec prudence car les taux de réponse était faible (28.6 %).

2) Les facteurs de l'installation

Le choix du lieu d'exercice est un choix multifactoriel. Selon leur formation et leur représentation du métier, les médecins prennent en considération dans leur choix d'installation, des facteurs qui auront des priorités différentes. Dans notre étude, il s'agit d'un choix de couple soumis à des critères professionnels (cabinets, professionnels de santé et structures de soins) et des critères qui vont concerner la proximité des commodités et l'environnement. Nos résultats rejoignent ceux d'autres travaux [4,11,15,38,37,72]. Les facteurs déterminants dans l'installation sont toujours considérés dans une volonté centrale, partagée par tous les jeunes médecins, hommes et femmes, d'équilibrer vie professionnelle et vie personnelle.

Par ailleurs la décision d'installation est aussi circonstancielle. Elle prend naissance dans un contexte de lassitude face aux remplacements, ou devant une opportunité d'offres ou dans le cadre d'une seconde carrière [38,37].

3) Les modalités d'installation

a) Les horaires

En ce qui concerne les modalités d'exercice, les jeunes médecins de notre étude envisagent un travail à plein-temps ou un travail à mi-temps. Dans l'étude quantitative de l'URCAM de Bretagne [38], presque la moitié (47.5 %) des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale se prononce d'emblée pour un exercice à plein temps. Plus d'un tiers d'entre eux, (38.1 %) se prononce pour un exercice à temps partiel. Par ailleurs, le choix des horaires s'inscrit dans une maîtrise des conditions d'exercice en rapport avec leur représentation individuelle de la qualité de vie. Mais il s'inscrit aussi à l'image du salariat [37].

b) Le milieu rural

Les internes en médecine générale interviewés n'excluent pas l'installation en milieu rural. Si travailler en milieu rural est envisagé, cette possibilité reste néanmoins le choix d'une minorité. Dans le travail de thèse d'A. Decorde [73], le milieu rural isolé n'est le choix que de 7.4 % des médecins remplaçants. C'est aussi le cas d'une minorité de résidents dans l'étude quantitative de l'URCAM de Bretagne [38] : seuls 9.6 % des résidents bretons souhaitent une installation en milieu rural. Dans cette dernière étude, quel que soit le département dans lequel les répondants envisagent de s'installer, le choix se porte surtout sur une installation en zone semi-rurale. L'exercice dans de cette zone permet a priori de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Il favorise un cadre de vie agréable, des possibilités d'activité professionnelle du conjoint et une proximité d'un plateau technique. Ces motifs font de l'installation un compromis entre différents facteurs.

*
* *

Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, jeunes ou installés, soulignent des difficultés de l'exercice libéral actuel. Celles-ci suscitent alors chez ces professionnels, des aspirations logiques. Dans notre étude, trois revendications sont discernables : le travail en collaboration, une meilleure aide ou facilité dans la réalisation des

tâches administratives, ainsi que la rémunération des soins préventifs et des soins relatifs aux patients chroniques. Ces revendications rendent difficile la poursuite de l'exercice actuel de la médecine générale. Sont-elles à l'origine d'un tournant majeur de la pratique la médecine générale, comme le suggère J.-P. Chabot et P. de Haas [87] ? Ces derniers associent la fin de l'exercice solitaire à une « *évolution culturelle nécessaire* », dorénavant imposée par la loi^a et résultant des conditions d'exercice. La surcharge de travail et les nouveaux impératifs imposés par l'exercice suscitent au sein de la profession un sentiment d'un manque de dévalorisation et celui d'une rémunération insatisfaisante. Les conditions d'exercice entraînent alors de nouvelles aspirations avec comme désir central, la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, surtout sollicitée chez la jeune génération médicale.

H) Les obstacles à la création d'une MSP locale

Bien que tous les professionnels de santé interviewés s'accordent sur certains éléments d'une éventuelle MSP, celle-ci n'est pas une réponse commune à une collaboration locale.

D'abord, plusieurs représentations de la MSP sont proposées avec des avantages mais aussi des inconvénients qui peuvent rendre l'exercice dans la structure difficile. Ces derniers sont constitués des contraintes de gestion et des conflits relationnels avec l'instauration d'une hiérarchie entre professionnels.

Ensuite, les aspects divergents dans un projet de MSP, retrouvés dans les entretiens, ne favorisent pas non plus la réalisation du projet. Ces divergences concernent par exemple le financement de la MSP.

Puis, il existe aussi des difficultés propres au projet de MSP et à l'exercice dans la structure : l'implantation locale, la gestion de la structure, le secret professionnel, la rémunération des temps de collaboration, le libre choix du patient, le suivi du patient, le cadre juridique...

Enfin, les médecins installés, quant à eux, n'envisagent pas une MSP locale mais d'autres formes de collaboration : un pôle de santé pour les médecins généralistes, une miniclinique pour les autres médecins spécialistes.

Ces inconvénients et ces éléments de divergences sont retrouvés dans d'autres travaux de thèse.

V. Leprette, dans son travail de thèse [55], a réalisé une étude qualitative, par entretiens individuels de médecins en exercice en Ile de France. Il constate au contraire que la MSP répond à leurs aspirations. L'amélioration des pratiques, la gestion de la charge de travail, la coordination fonctionnelle des soins, sont les avantages avancés. Les difficultés auxquelles le projet se heurte, relèvent particulièrement de l'accompagnement juridique et financier dans la réalisation, et du recrutement de médecins.

Dans le travail de thèse d'E. Morana, ce sont les acteurs qui ont participé aux premiers développements d'un projet de MSP à Coulommiers qui ont fait l'objet de son étude. Le projet de MSP est alors déjà lancé. L'auteur a interviewé des médecins, des professionnels paramédicaux, un représentant de la Mairie et le directeur du centre hospitalier de Coulommiers [58]. Les résultats de l'étude présentent les étapes du projet avec ses acteurs clés. L'investissement des professionnels majeur est souligné. Cependant, des obstacles au projet apparaissent au cours de son déroulement : les difficultés des démarches administratives, le désengagement des élus locaux, le défaut d'accompagnement du projet immobilier, le temps nécessaire à la construction de la MSP qui finit par désengager les

^a La loi HPST de juillet 2009 décrit les missions du médecin généraliste de premier recours.

professionnels en fin de carrière, et l'augmentation des contraintes administratives réalisées après coup.

Dans son travail de thèse, J. Druz a essayé d'identifier les obstacles à l'adhésion des infirmiers libéraux, à l'aide d'une méthode descriptive qualitative et quantitative par questionnaire [59]. Les infirmiers interrogés travaillaient en zones fragilisées dans la région Rhône-Alpes. Les obstacles identifiés sont le manque d'intérêt à intégrer une grande structure sans utilité pour la pratique au quotidien. Les autres freins sont financiers et matériels. Ils portent aussi sur la perte d'autonomie, la rémunération, le libre choix du patient, et les problèmes relationnels. Les facteurs attractifs discernés dans l'étude sont la diminution du temps de travail et des tâches administratives, les perspectives de fonctionnement attrayantes.

A. Girard s'est intéressée à la représentation des élus locaux sur le système de soins et sur le développement des maisons de santé [57]. Elle s'est appuyée d'une méthode qualitative par entretien individuel semi-directif. Bien que les élus soient sensibilisés et conscients du problème de santé local, les obstacles d'un projet de MSP à considérer sont le financement et le manque de réflexion pragmatique entre les acteurs pour concevoir un projet concret.

Pour créer une MSP, il existe deux guides de recommandations: celui élaboré à la suite d'un séminaire national des maisons de santé organisé à Besançon en 2008 [19] et l'ouvrage de P. De Haas, *Monter et faire vivre une maison de santé* [24]. Ils exposent l'élaboration du projet de MSP en plusieurs étapes : un diagnostic de terrain, un projet de santé, un projet professionnel et un projet immobilier. L'ouvrage de P. De Haas précise quelques conditions essentielles à la réussite du projet d'une MSP. Le manque de l'une d'entre elles fragilise le projet. Ces conditions sont les éléments qui vont rassembler tous les acteurs concernés par le projet : les objectifs communs, la coopération et les bonnes relations entre professionnels et entre élus, un comité de pilotage et un leader. Elles concernent aussi l'adaptabilité du projet au contexte local.

Dans notre étude, ces conditions sont aussi soulevées par les professionnels interviewés. Par ailleurs, nous pouvons distinguer parmi nos résultats, des éléments pouvant constituer un projet professionnel pour une MSP et son projet immobilier. Par contre, nos résultats ne nous permettent pas vraiment d'établir un projet de santé. Au final, malgré ces référentiels, la confrontation du projet à la réalité locale montre parfois qu'il est difficile de monter une MSP.

En conséquence, les médecins généralistes s'orientent davantage vers une nouvelle forme de collaboration entre les groupes de professionnels de santé. Cette collaboration serait une réponse aux enjeux à la problématique locale. Elle fait aussi partie de la réflexion de certains professionnels interrogés dans le travail de thèse de M. Osselin [56] et du rapport de du groupe de J.-L. Cailleux [74]. Vue comme une solution idéale pour les structures pluridisciplinaires, elle résout le problème de l'extension des bâtiments, quand les besoins sont nécessaires [56]. Elle se rapproche d'un pôle de santé.

III) Propositions pour l'avenir

Notre étude a présenté des biais et des limites. Cependant, au vu des résultats, il nous paraît important d'établir des propositions pour l'avenir : ci-dessous une liste des axes d'amélioration qui pourraient être envisagés :

Concernant les professionnels de santé et la formation des jeunes internes :

- Maintenir la liberté d'exercice libéral ;

- Poursuivre la formation des internes en milieu ambulatoire ;
- Favoriser la formation des internes avec les professionnels paramédicaux, créer une formation précoce commune, afin que chacune des professions puisse échanger sur ses compétences respectives, afin d'améliorer la collaboration après le cursus universitaire.

Concernant les tâches administratives :

- Mieux préparer la jeune génération en la confrontant pendant la formation universitaire aux missions administratives ;
- Intégrer une formation de comptabilité et une formation juridique dans la formation initiale des jeunes professionnels de santé ambulatoire ;
- Alléger les tâches administratives, en facilitant la création de nouveau emploi et l'emploi d'un personnel non médical (comptable, secrétaire, gestionnaire de cabinet, coordinateur, technicien supérieur des services et prestations des secteurs sanitaire et sociale) ;
- Rémunérer les missions non médicales du médecin ;
- Faciliter le dialogue et les échanges entre médecins généralistes et les Caisses d'Assurance Maladie.

Concernant la collaboration entre cabinets médicaux :

- Faciliter le dialogue et les échanges entre les professionnels de santé ;
- Développer d'autres formes juridiques, pour favoriser la collaboration entre cabinet et pour employer des salariés médicaux dans des cabinets libéraux ;
- Développer des logiciels informatiques compatibles entre eux pour l'échange des données médicales.

Concernant la favorisation du déploiement de MSP :

- Aider les professionnels dans l'élaboration des étapes d'un projet de MSP, avec une aide au niveau du projet de santé, du projet professionnel, du contrat d'exercice ;
- Accompagner les professionnels dans les démarches administratives, et le financement ;
- Rémunérer les formes de collaboration.

Conclusion

Au terme de notre travail, nous pouvons retrouver des points essentiels qui ressortent nettement des entretiens de groupe. Notre étude montre que tous les professionnels de santé sont conscients des difficultés d'accès aux soins. Cependant, l'hypothèse d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion ne répond pas à un besoin commun des professionnels de santé.

Notre étude met en évidence un attachement à la liberté de l'exercice libéral. Mais elle souligne aussi un malaise au sein des professions libérales, et particulièrement en médecine générale. Ce malaise est présent chez les médecins généralistes installés et les jeunes médecins. Il suscite de nouvelles organisations dans l'exercice et de nouvelles aspirations en termes d'exercice. Il remet aussi en question l'exercice actuel de la médecine générale au sein du système de santé. Le devenir de l'exercice libéral de la médecine générale s'oriente alors vers la collaboration entre professionnels et la fin de l'exercice solitaire, avec des modifications nécessaires de la rémunération des médecins. L'exercice en collaboration est envisagé de façon différente selon les groupes interviewés. D'abord, il n'est envisagé dans une maison de santé pluridisciplinaire que chez le groupe des internes en médecine générale et celui des professionnels *paramédicaux*. Cet exercice fait l'objet de plusieurs représentations différentes avec des avantages et des inconvénients. Ensuite, les médecins généralistes installés proposent, quant à eux, une autre forme d'organisation de travail : la collaboration entre cabinets de groupe. Ils considèrent le projet local de maison de santé pluridisciplinaire trop ambitieux et difficilement réalisable. Enfin, les autres médecins spécialistes libéraux conçoivent la collaboration à la manière d'une structure hospitalière.

Cependant, notre travail est limité au contexte local exploré, celui du canton de Lannion. La méthode a présenté des forces, par la triangulation des analyses et le respect du critère de fiabilité. Mais elle a présenté aussi des faiblesses, par l'absence de triangulation des données et des méthodes, et par l'absence du critère de saturation. De ce fait, nos résultats doivent être confortés par d'autres études locales.

Nous découvrons au final qu'il n'y a pas de structure unique de collaboration pluridisciplinaire qui puisse répondre aux besoins des professionnels de santé locaux. Le travail de collaboration est actuellement surtout monodisciplinaire. En effet, en dehors des cabinets de groupe, une collaboration locale entre certains cabinets de médecins généralistes existe déjà, de façon implicite. De ce fait, nous pouvons nous interroger sur une future collaboration entre cabinets de disciplines différentes, comme l'envisagent les médecins généralistes de notre étude. Si la collaboration semble être nécessaire entre certains groupes de professionnels, comme les médecins du fait du contexte local, une collaboration pluridisciplinaire entre cabinets de professions différentes, à savoir un pôle de santé, pourrait être amenée à se développer. En effet, la volonté de travailler avec les autres disciplines est largement affirmée dans notre étude. Ce pôle de santé pourrait s'envisager à la manière d'une collaboration en maison de santé pluridisciplinaire, avec un projet de santé et un projet professionnel communs. Cette hypothèse d'un pôle de santé local doit être étayée par d'autres recherches. Est-il une organisation de travail plus adaptée face aux enjeux de la santé et aux besoins des professionnels locaux ?

Bibliographie

- [1]. Berland Y. (Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé),rapporteur. Commision Démographie médicale. Paris: le Ministère de la Santé et de la Protection sociale; 2005.
- [2]. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2011. Document de travail - Série statistiques. Paris: La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2011. n°157. Commandité par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat et le Ministère de la Solidarité et de la Cohésion social.
- [3]. Le Breton-Lerouillois G. sous la direction de De Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2011. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins, section santé publique et démographie médicale, 2011.
- [4]. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et résultats La DREES. 2005,(430): p. 1-12.
- [5]. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins de décembre 2005. Paris: Conseil de l'Ordre National des Médecins; 2005.
- [6]. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champs de la santé. Revue Française des Affaires sociales. 2005: p. 59-82.
- [7]. Robelet M, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris: le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2006.
- [8]. Divay S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. Dans Colloque international organisé par le CLERSE : Travail - Emploi - Formation - Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?; 2006, Lille.
- [9]. Loiselet-Doulcet B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM 2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. [thèse de doctorat en médecine générale]. Brest: Université de Bretagne Occidentale Faculté de Médecine de Brest; 2008.
- [10]. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé. 2007.
- [11]. Hubert E. Mission de concertation sur la medecine de proximité. Rapport au Président de la République. Paris: La documentation française, 2010.
- [12]. Juilhard JM, Crochemore B, Toubia A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport au Ministère de la Santé et des Sports. Paris: Ministère de la Santé et des Sports, 2010.
- [13]. Ambroise-Thomas P. Situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Rapport [en ligne]. Académie nationale de médecine; 2011, [consulté le 09/12/2011].
Diponible sur :< <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2179> >.
- [14]. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Inter Syndical National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Demographie médicale. Rapport [en ligne]. Lyon: contribution commune ANEMF et ISNAR-IMG; 2011, [consulté le 10/01/2012].
Disponible sur :< http://www.anemf.org/IMG/pdf/110620_-_Demographie_medicale_-_Contribution_commune_ISNAR-IMG_ANEMF.pdf >.
- [15]. Baude N, Facher A, Bosson JI, Olivier M. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir - Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 2008 : p. 135-140.

- [16]. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009. Questions d'économie de la Santé. 2010 .
- [17]. Haute Autorité de Santé. Rencontres HAS 2007 : EPP et maisons de santé : retours d'expériences Table ronde n°19 - Thème Amélioration des pratiques. Synthèse de réunion [en ligne]. Paris: Haute Autorité de Santé; 2007, [consulté le 09/12/10].
Disponible sur :< http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_612444/rencontres-has-2007-epp-et-maisons-de-sante-retours-d-experiences >.
- [18]. Haute Aurtorité de Santé. Rencontres HAS 2008 : Table ronde 15, Maison de santé : quel impact sur la quantité de l'offre en santé ?. Synthèse de réunion [en ligne]. Paris: Haute Aurtorité de Santé; 2008, [consulté le 09/12/10].
Disponible sur :< http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717982/rencontres-has-2008-maisons-de-sante-quel-impact-sur-la-qualite-de-l-offre-en-sante?xtmc=&xtcr=1 >.
- [19]. Baudier F, Clément MC. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. Santé Publique. 2009;21(HS1): p. 103-108.
- [20]. Rengot M. Maison de Santé pluridisciplinaire : expérience territorialisée de réduction des inégalités de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2008 ;58 (6S): p. 372.
- [21]. Bourgueil Y, Clément MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la Santé, 2009: p. 1-8.
- [22]. Trouillard M. La place des maison de santé dans l'accès au soin, cinq expériences en Lorraine : entre dynamismes et réalités. Rapport de journée d'étude régionale [en ligne]. Villers-Lès-Nancy: Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine; 2009 [consulté le 09/12/10].
Disponible sur :< <http://www.orsas.fr/etudes/PESmaisonsante.pdf> >.
- [23]. Petty F. Maisons de santé, le nouveau pari tarifaire. Le généraliste. 2010 ;(2514) 12: p. 8-11.
- [24]. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais: Ed.Le Coudrier; 2010.
- [25]. Sliman G, Audic Y, Périgois É. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Rapport de sondage. Paris: BVA; 2007. Réalisé pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- [26]. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 - Résultats. Lyon: ISNAR-IMG; 2011 [consulté le 15/01/2012].
Disponible sur :< http://www.urps-oi.net/MG/enquete_souhaits_mg-installation.pdf >.
- [27]. Oliveira Martins J, de la Maisonneuve C. Les déterminants des dépenses publiques de santé et les soins de longue durée : une méthode de projection intégrée. Revue économique de l'OCDE. 2006;(43): p. 133-161.
- [28]. Albouy V, Bretin E, Carnot N, Deprez M. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon de 2050. Cahier document de travail de la DGTPE. Paris: Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique; 2009. Rapport n°2009-11.
- [29]. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé. Etudes et Résultats la DREES. 2002;(182): p. 1-8.
- [30]. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etudes et Résultats La DREES. 2005;(378): p. 1-9.
- [31]. Dormont B. Les dépenses de santé : une argumentation salutaire ?. Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure ed. Paris; 2009.
- [32]. Grignon M. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. Questions d'économie de la santé. 2003.
- [33]. Burdillat M. La médecine générale. Rapport annuel 2006-2007. Paris: Ministère en charge du Travail, de la Santé et du Budget, Observatoire National de la Démographie médicale; 2008.

- [34]. Le Breton-Lerouillois G. Sous la direction de De Romestaing, P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2010. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins, section santé publique et démographie médicale; 2010.
- [35]. Bloy G. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In: Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 309-326.
- [36]. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales. 2011; (n°2-3): p. 9-28.
- [37]. Schweyer FX. Ni artisan, ni salarié. Condition et enjeux de l'installation en médecine libérale. In: Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 379-400.
- [38]. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne. En collaboration avec Levasseur G. et Schweyer FX. Les Dossiers de l'URCAM Bretagne [en ligne]. 2004 Décembre,(22 NS): p. 1-19, [consulté le 20/03/12].
Disponible sur :< http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Dossier_N_22_N_special_20.pdf >.
- [39]. Lapeyre N, Magali R. Féminisation des groupes de professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? In: Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 365-377.
- [40]. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. Etudes et Résultats La DREES. 2004 ;(314): p. 1-12.
- [41]. Balcou-Debussche M. Baudier F. Beck F. Bourgueil Y. Buttet. P Évrard I. et al. Sous la direction de Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009, exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. Enquête Baromètre santé de L'INPES. Saint-Denis: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé; 2009.
- [42]. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2011. Document de travail - Série statistiques. Paris: La Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques; 2011. N°158. Commandité par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat et le Ministère de la Solidarité et de la Cohésion sociale.
- [43]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS. Lettre réseau LR- DHOS/O3 – DSS - CNAMTS - MSA [en ligne]. Paris: CNAMTS; 2008 [consulté le 09/12/2011].
Disponible sur :< <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/referentiel-100-msp-fiqcs-juin-20081.pdf> >.
- [44]. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Saint-Denis La Plaine: HAS, Service communication; 2008. Commandité par le Ministère de la santé.
- [45]. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé, Guide méthodologique - Tome 1, Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007. Saint-Denis La Plaine: HAS, Service documentation - information des publics; 2010.
- [46]. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé, Guide méthodologique - Tome 2, Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST. Saint-Denis La Plaine: HAS, Service documentation - information des publics; 2010.
- [47]. La Direction de l'information légale et administrative. République française Journal Officiel Lois et décrets. [en ligne]. Paris; 2012 [consulté le 16/05/2012].
Disponible sur :< <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>>

- [48]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Direction Générale de l'Offre des Soins. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. Rapport d'activité 2010 [en ligne]. Paris: CNAMTS, DGOS, Département de la coordination et de l'efficacité des soins de la CNAMTS et Bureau des coopérations et contractualisations de la DGOS; 2011, [consulté le 19/05/12].
Disponible sur : < <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/fiqcs/rapport-d-activite-2010.php> >.
- [49]. Observatoire Régional de la Santé de Bretagne. La santé dans les 21 pays de Bretagne. Synthèse. Rennes: ARS Bretagne, ORS Bretagne, Conseil régional de Bretagne; 2010. Etude financée par le Conseil régional de Bretagne et par l'ARS de Bretagne.
- [50]. Agence Régionale de Santé de Bretagne, Observatoire Régional de Santé de Bretagne. Etat de santé de la population en Bretagne. ARS Bretagne, ORS Bretagne; 2010. Commandité par l'ARS Bretagne.
- [51]. Observatoire Régional de la Santé de Bretagne. La santé dans le pays du Trégor-Goëlo. Cahier santé. Rennes: ORS Bretagne, ARS Bretagne, Conseil Régional de Bretagne; 2010. Étude financée par le Conseil Régional de Bretagne et par l'ARS Bretagne.
- [52]. Agence Régionale de Santé Bretagne. La santé environnementale en Bretagne - Etat des lieux réalisé dans le cadre de la préparation du programme régional santé environnement 2011-2015. Document de travail [en ligne]. Rennes: ARS Bretagne, ORS Bretagne; 2012, [consulté le 09/12/12].
Disponible sur : < http://bretagne.sante.gouv.fr/pages/3sante_env/sehsle_bilan_prse.pdf >.
- [53]. Observatoire Régional de Santé Bretagne. Diagnostic santé-travail pour la région Bretagne dans le cadre du plan régional santé travail. Rennes: ORS Bretagne; 2010. Etude réalisée avec le soutien financier de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).
- [54]. INSEE Bretagne. Projections démographiques à l'horizon 2040 en Bretagne - Une croissance forte, un vieillissement inéluctable. Octant Analyse. 2010;(10): p. 1-4.
- [55]. Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaire ou pôles de santé en Ile de France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées. [thèse de doctorat en médecine générale]. Paris V: Université René Descartes Faculté de Médecine; 2011.
- [56]. Osselin M. Elaboration d'un projet architectural en fonction d'un projet professionnel dans le cadre des établissements de santé pluridisciplinaires en milieu rural. [thèse de doctorat en médecine générale]. Rennes: Université Rennes 1 Faculté de Médecine; 2010.
- [57]. Girard A. Représentations et attentes des élus sarthois concernant le système de soins, l'accès aux soins de premier recours et les maisons de santé : entretiens semi-directifs auprès de treize élus locaux. [thèse de doctorat en médecine générale]. Angers: Université d'Angers Faculté de Médecine; 2010.
- [58]. Morana E. Étude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne. [thèse de doctorat en médecine générale]. Creteil: Université Val-de-Marne Faculté de Médecine de Creteil; 2011.
- [59]. Druz J. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. [thèse de doctorat en médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2011.
- [60]. Daucé A. Projet de construction d'une maison médicale à Vizille (Isère, 38) : identification des besoins chez les professionnels de santé. [thèse de doctorat en médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2005.
- [61]. Hadrouf B. Pojet de construction d'une maison médicale à Vizille (Isère, 38) : étude qualitative par focus group des attentes des patients vizillois. [thèse de doctorat en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2007.

- [62]. Dufils M. Regroupements pluridisciplinaires de soins primaires : Qu'en pensent les professionnels en cours de projets ? [thèse de doctorat en médecine]. Rennes: Université de Rennes 1 Faculté de Médecine; 2008.
- [63]. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. *Exercer la revue française de médecine générale*. 2001; 98: p. 129-35.
- [64]. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche, s'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien, médecine générale*. 2004;645,(18): p. 382-384.
- [65]. Baribeau C, Luckerhoff J, Guillemette F. Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I - Les entretiens de groupe. *Recherches qualitatives [en ligne]*. 2010;29,(1): p. 1-4, [consulté le 12/04/2012].
Disponible sur :< [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/volume29\(1\).html](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/volume29(1).html) >.
- [66]. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*. 2009: p. 133-148.
- [67]. Andreani JC, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. In: *Congrès des Tendances du Marketing*; 2005; Paris. p. 1-23. [Consulté le 12/03/2012].
Disponible sur internet :< http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf >.
- [68]. Negura L. Théories et recherches - L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS [en ligne]*. 2006 Octobre, [consulté le 16/02/2012].
Disponible sur :< <http://sociologies.revues.org/993> >.
- [69]. Cousança J. Etat des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération. [thèse de doctorat en médecine générale]. Rennes: Université Rennes 1 Faculté de Médecine; 2007.
- [70]. Leicher C. Le médecin libéral en 2010. *Les Tribunes de la santé*. 2010 Novembre,(28): p. 55-63.
- [71]. Dory V, Pouchain D, Beaulieu MD, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer la revue française de médecine générale*. 2009;20,(85): p. 4-7.
- [72]. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France - Seine et Marne, Val d'Oise, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Paris, Essonne, Yvelines. Enquête [en ligne]. Paris: URML Ile de France, Commission Conditions d'Exercice et Démographie; 2008, [consulté le 20/03/2012].
Disponible sur :< http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf >.
- [73]. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord-alpin. [thèse de doctorat de médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2011.
- [74]. Cailleux JL, Casse D, Doguet JF, Dole G, Garcia C, Lheureux A, et Al. Animé par Levasseur G. "L'accessibilité des soins de premiers recours : faut-il supprimé l'exercice libéral isolé ?" Module interprofessionnel de santé publique - Groupe n°24. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2008.
- [75]. Nifeneker R. La rémunération des médecins généralistes : Une approche des raisons de refus d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition. [thèse de doctorat en médecine générale]. Rennes: Université Rennes 1 Faculté de Médecine; 2011.

- [76]. Bataillon R, Samzun JL, Delamare B, Le Néel H, Gipoulou P. Rapport d'enquête sur les nouveaux modes de rémunération. Baromètre des pratiques en médecine générale [en ligne]. Rennes: Union Régionale des Médecins Libéraux; 2009, [consulté le 20/03/2012].
Disponible sur : <
http://www.urmlbretagne.fr/fileadmin/templates/urmlb/public/PDF/Barometre_des_pratiques/Rapport_Nouveaux_modes_de_remuneration.pdf >.
- [77]. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'Économie "Au chevet de la santé". 2009 ;(5): p. 144-158.
- [78]. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Lettre Trésor-Eco [en ligne]. 2008 septembre;(48): p. 1-8, [consulté le 20/03/2012].
Disponible sur : < http://www.tresor.economie.gouv.fr/2345_tresor-eco-2008-2009 >.
- [79]. Grignon M, Paris V, Polton D. Avec la collaboration de Couffinhal A et Pierrard B. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Etude [en ligne]. Paris: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002, [consulté le 20/03/2012].
Disponible sur : < <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-35-2002F.pdf> >.
- [80]. Lefeuvre Y. Angleterre : la performance des soignants rémunérée. La Revue Prescrire. 2010 : p. 612.
- [81]. Bernstein D. Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan. Actualité et dossier en santé publique [en ligne]. 2008;(65): p. 49-52, [consulté le 20/03/12].
Disponible sur internet:< <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=105&menu=11> >.
- [82]. Bras PL, Duhamel G. Rapport sur Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements de expériences étrangères. Paris: L'Inspection Générale des Affaires Sociales; 2008.Rapport n°RM2008-047P.
- [83]. Candel D, Danièle D. Vers une définition de la « qualité de vie » ? Rev Francoph Psycho-Oncologie. 2005;4(1): p. 18-22.
- [84]. Lai-King N. Qualité de vie en médecine générale : enquête comparative entre cabinets eul et cabinet de groupe : enquête réalisée auprès de médecins généralistes installés en Gironde. [thèse de doctorat en médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux II Faculté de Médecine; 2010.
- [85]. Hiltbrand G. Étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur généralistes en Rhône-Alpes, selon leur. [thèse de doctorat en médecine générale]. Lyon 3e arrondissement: Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche; 2008.
- [86]. Le Fur P. En collaboration avec Bourgueil Y et Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Questions d'économie de la Santé, une synthèse des données disponibles. 2009 .
- [87]. Chabot JM, Pierre dH. La fin de l'exercice isolé. La revue du praticien médecine générale. 2011,25;(871): p. 805-808.

Liste des abréviations

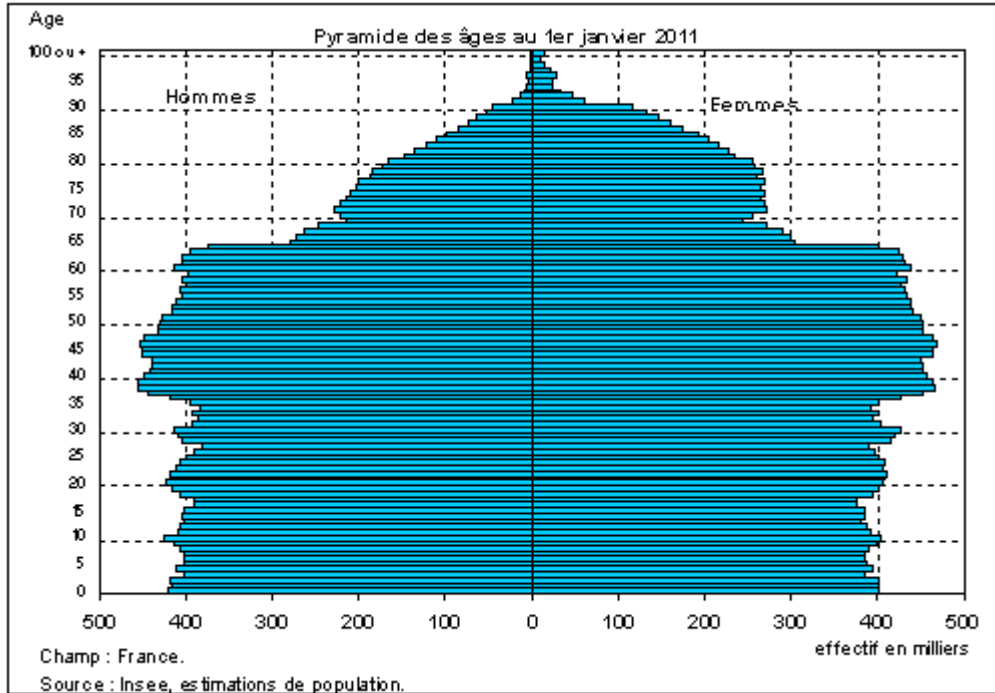
ADELI	Automatisation DEs LListes
ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale
CAPI	Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Informations et de Coordination
CMPEA	Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
CMU	Couverture médicale universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CS	Consultation spécialiste
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FMC	Formation médicale continue
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche des Etudes d'Evaluation et de la Statistique
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	(loi) Hôpital Patient Santé Territoire
INSEE	Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité
MP	Maladie professionnelle
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire Régionale de Santé
PMI	Protection Maternelle Infantile
QOF	Quality and Outcomes Framework
RPPS	Répertoire Partagé de Professionnels de Santé
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SCI	Société civile immobilière
SCM	Société civile de moyens
SCP	Société civile professionnel
SEL	Société d'exercice libéral
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SMIC	Salaires minimum interprofessionnel de croissance
SNIR	Système National Inter-Régime
SROS	Schéma régional de l'organisation sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Annexes

annexe n°1 : table des illustrations

Liste des graphiques

graphique n°1 : pyramide des âges de la population française au 1^{er} janvier 2011, selon l'INSEE



<http://www.insee.fr/fr/>

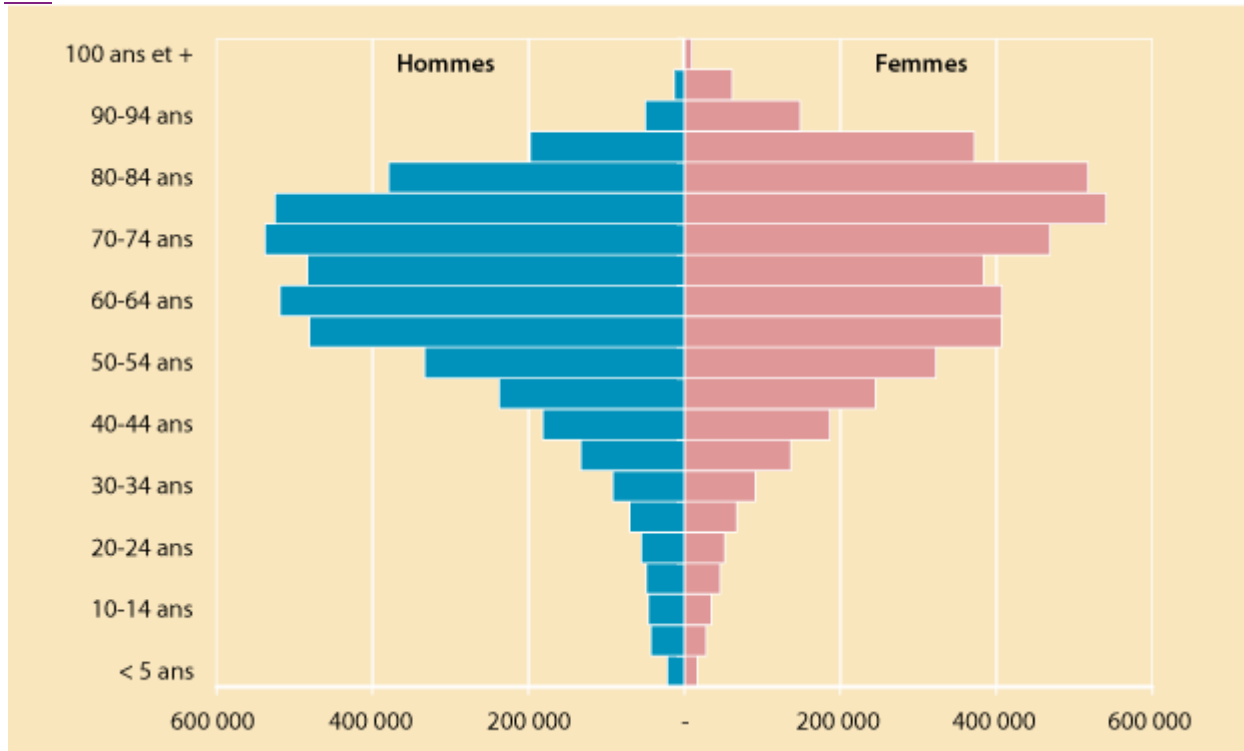
graphique n°2 : incidence des affections de longue durée en France entre 1999 et 2009



<http://www.ecosante.fr/>

graphique n°3 : répartition du nombre des ALD par tranche d'âge en 2009

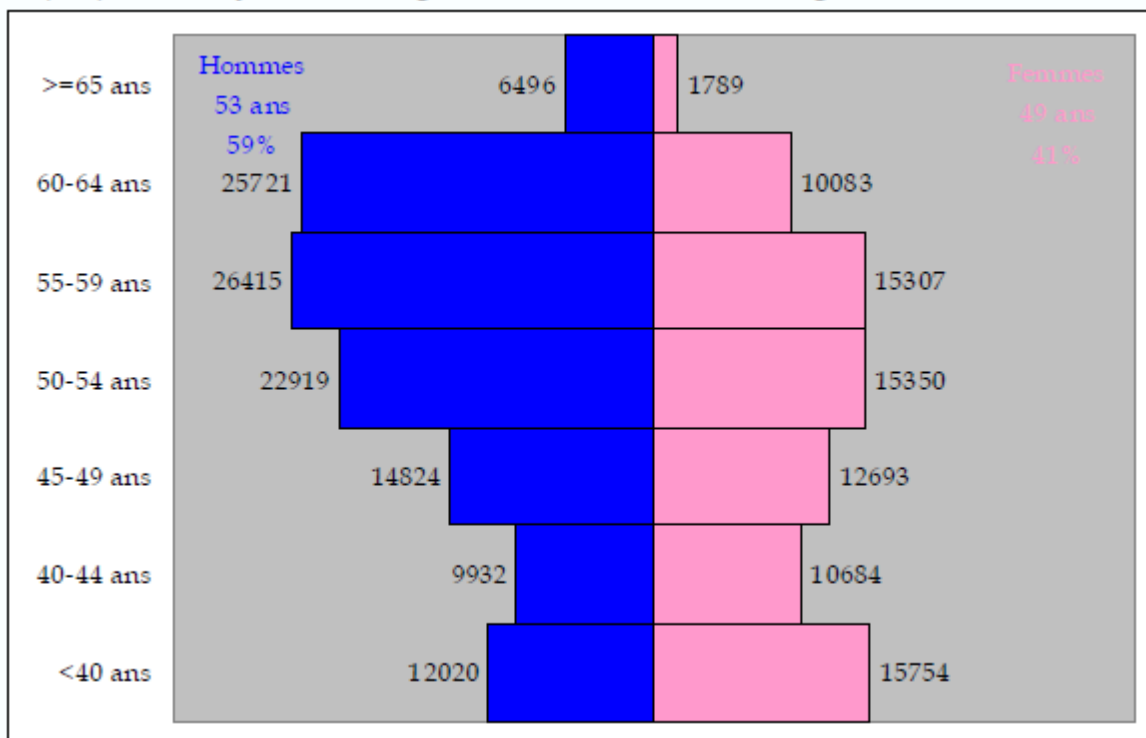
Répartition du nombre d'ALD par âge et sexe



www.ecosante.fr

graphique n°4 : pyramide des âges des médecins en activité régulière au 1^{er} janvier 2011, selon le CNOM

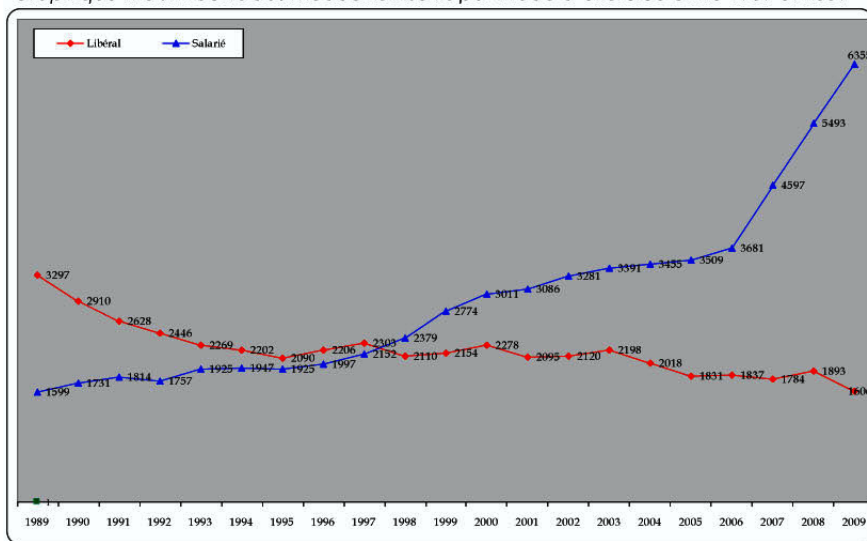
Graphique n°2 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière



<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

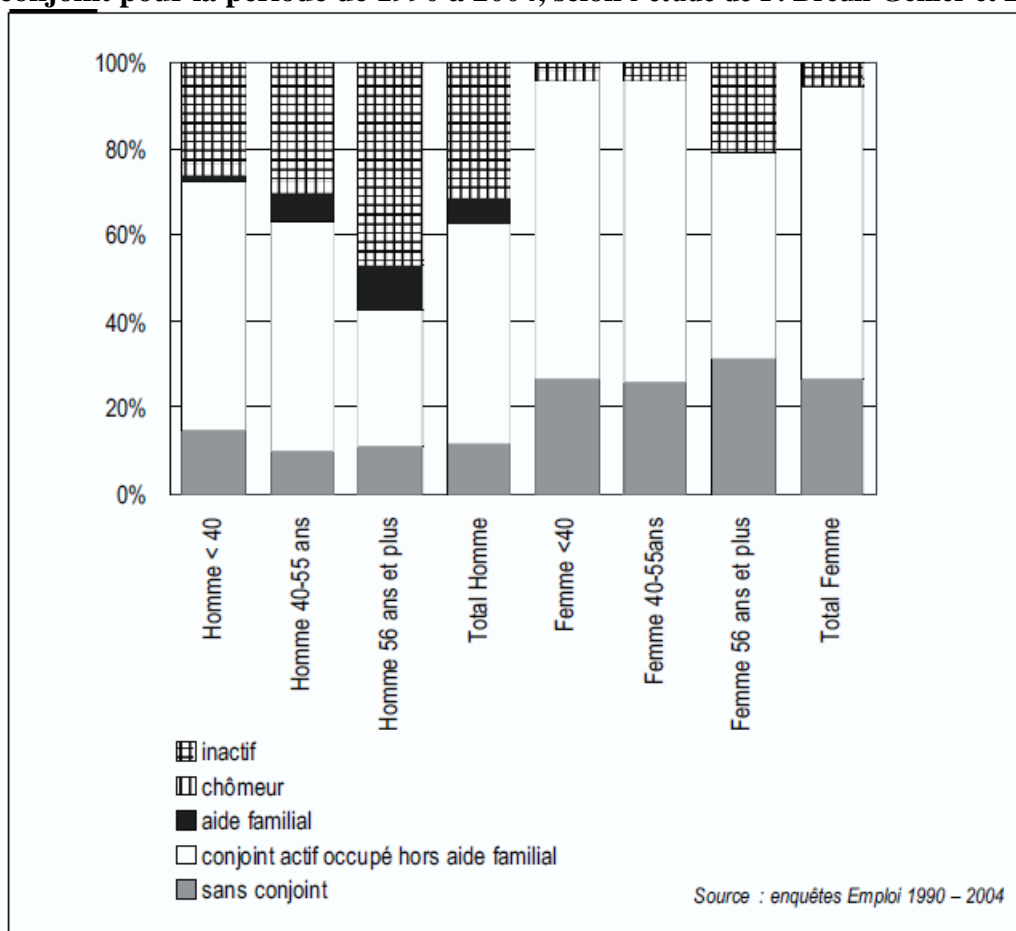
graphique n°5 : effectifs des médecins inscrits par mode d'exercice entre 1989 et 2009, selon le CNOM

Graphique n°8 : Effectifs des médecins inscrits par mode d'exercice entre 1989 et 2009

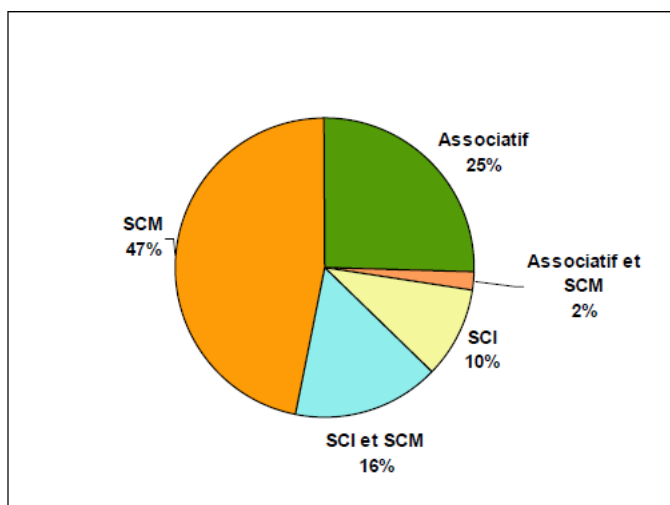


<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

graphique n°6 : proportion des médecins selon leur tranche d'âges et le statut du conjoint pour la période de 1990 à 2004, selon l'étude de P. Breuil-Genier et D. Sicart [4]

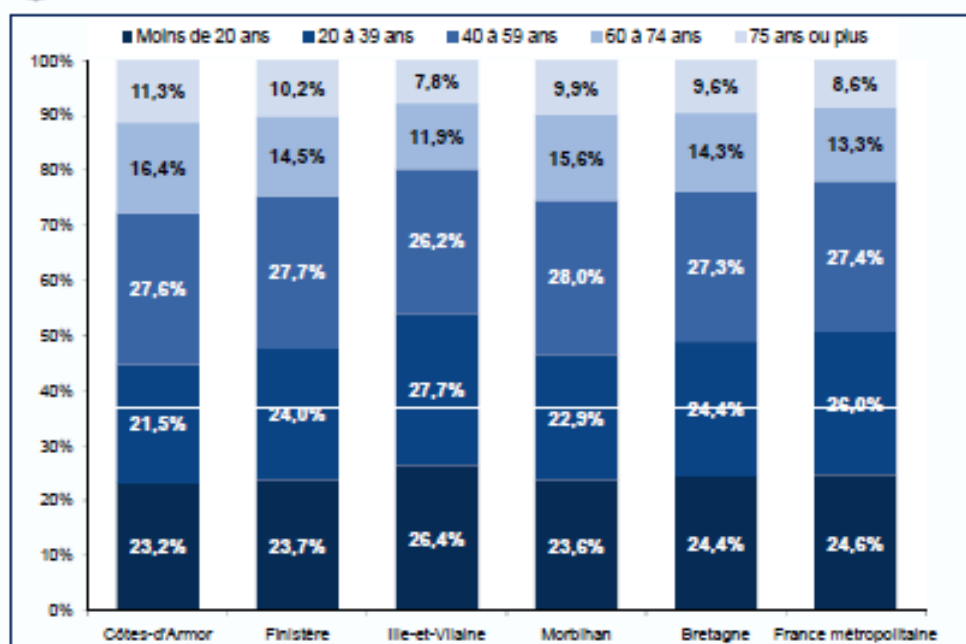


graphique n°7 : répartition des maisons de santé pluridisciplinaires en fonction de leur statut juridique au 31 décembre 2008, selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins [12]



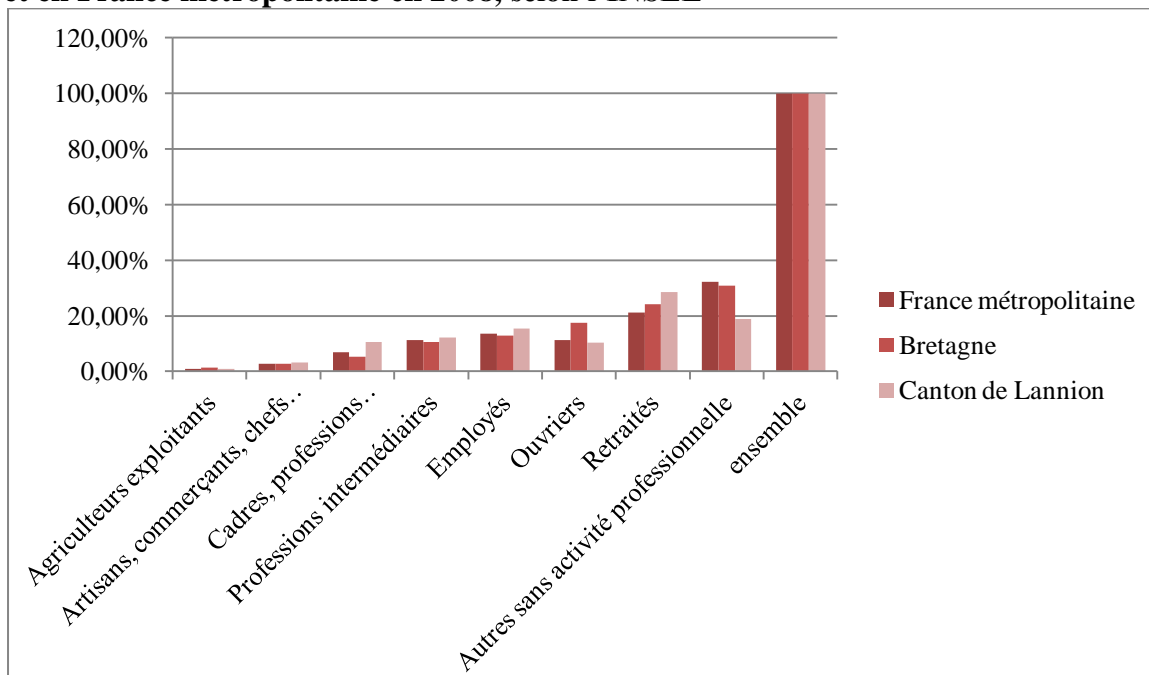
graphique n°8 : répartition de la population bretonne par tranche d'âge en 2008 [49]

4 Répartition en % de la population par tranche d'âge en 2008



Source : Insee - estimations de population au 1^{er} janvier 2008

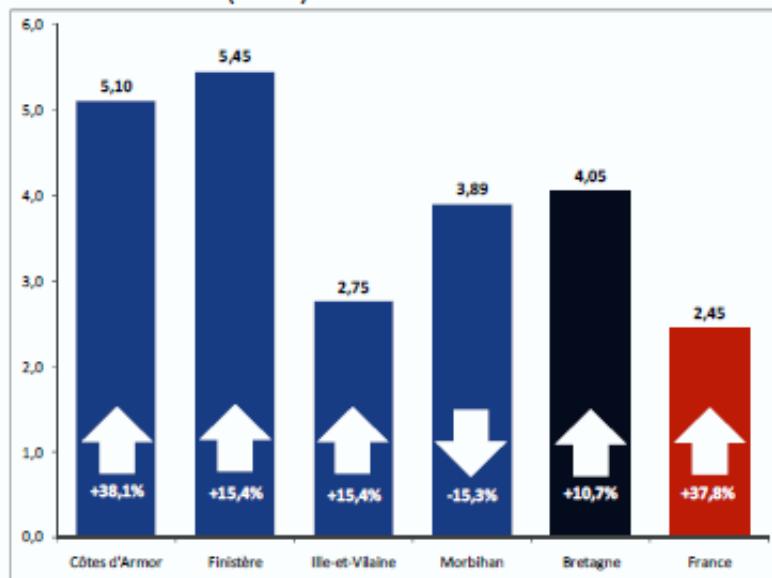
graphique n°9 : catégories socioprofessionnelles dans le canton de Lannion, en Bretagne et en France métropolitaine en 2008, selon l'INSEE



<http://www.insee.fr/fr/>

graphique n°10 : comparaison de l'incidence de maladies professionnelles en Bretagne pour la période de 2002 à 2008 [53]

Graphique 4 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des maladies professionnelles en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008*



Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Exploitation ORS Bretagne

Liste des tableaux

tableau n°1 : effectifs actifs et retraités de 2005 à 2010, selon le CNOM

Tableau n°1 : Les effectifs actifs/retraités de 2005 à 2010

	01/01/2005	01/01/2006	01/01/2007	01/01/2008	01/01/2009	01/01/2010
Actifs	208887	212972	213995	215028	216017	216450
Retraités	35791	37433	38751	40070	42136	44928
Total	244678	250405	252746	255098	258153	261378

<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

tableau n°2 : temps de travail hebdomadaire des médecins selon le statut de l'activité du conjoint pour la période de 1990 à 2004, selon l'étude de P. Breuil-Genier et D. Sicart D [4]

Médecins	statut d'activité du conjoint					Total
	sans conjoint	actif occupé hors aide familial	aide familial	chômeur	inactif	
Homme						
libéraux généralistes	51h58	56h07	59h04	53h18	57h06	56h19
libéraux spécialistes	52h28	50h23	52h43	49h08	53h31	51h40
hospitaliers exclusifs	49h25	51h22		46h37	50h14	50h41
salariés non hospitaliers	36h57	42h29		39h09	40h35	41h02
Total	49h32	52h14	57h51	48h55	53h49	52h37
Femme						
libéraux généralistes	50h25	43h14			46h59	45h20
libéraux spécialistes	43h19	36h08			39h40	38h26
hospitaliers exclusifs	44h33	37h28			43h32	39h51
salariés non hospitaliers	38h41	33h18			39h31	34h41
Total	44h46	37h37			42h43	39h48
Ensemble						
libéraux généralistes	51h13	51h56	59h06	51h38	56h35	53h37
libéraux spécialistes	46h50	44h35	52h34	47h47	52h30	47h07
hospitaliers exclusifs	46h41	45h31		44h42	49h49	46h23
salariés non hospitaliers	38h05	36h10		41h08	40h19	37h02
Total	46h52	46h01	57h50	47h20	53h02	48h02
Cadres supérieurs						
Homme	41h35	43h58	55h29	45h05	46h06	44h10
Femme	37h29	35h37	49h22	37h13	36h14	36h16
Total	39h41	40h53	55h11	43h28	45h09	41h30
Source : enquêtes Emploi 1990 – 2004						

tableau n°3 : tableau récapitulatif des données démographiques des professions de santé en France métropolitaine, Bretagne et dans les Côtes d'Armor au 1^{er} janvier 2011, selon la DREES [42] :

PROFESSION	NOMBRE		% FEM	DENSITE pour 100 000 habitants	
	Nombre total	Nombre de professionnels libéraux		Densité globale	Densité des professionnels libéraux
MEDECINS GENERALISTES	81 175	67 843	42	130	109
	4 958	3 397	42	156	107
	884	598		151	102
AUTRES MEDECINS	108 061	54 948	42	173	88
	4 762	2 170	40	150	68
	689	338		118	58
INFIRMIERS	534 378	82 243	87	855	132
	29 539	5 263	87	931	166
	5 211	977	86	891	167
PHARMACIENS	71 797	31 843	66	115	51
	3 330	1 646	66	105	52
	621	326	65	104	55
KINE	70 780	55 763	48	113	89
	3 797	3 001	50	120	95
	593	468	50	101	80
CHIRURGIENS-DENTISTES	40 941	36 976	39	66	60
	2 040	1 902	41	64	60
	339	325	39	58	56
SAGES-FEMMES	18 070	3 250	98	125	22
	945	155	98	138	23
	138	18	99	119	16
ORTHOPHONISTES	19 963	16 058	96	32	26
	950	728	96	30	23
	165	126	92	28	21
PODOLOGUES	11 579	11 371	67	19	19
	625	617	73	20	20
	114	114	71	19	19
DIETEICIENNES	7 168	1 781	95	11	3
	351	92	95	11	3
	63	19	92	11	3
ORTHOPTISTES	3 396	2 396	91	5	4
	146	128	92	5	4
	24	21	92	4	3

tableau n°4 : nombre de maisons de santé pluridisciplinaires recensées au 31 décembre 2008, selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins [12]

Régions	Nombre de MSP	Nombre de PS
Alsace		
Aquitaine	4	
Auvergne		
Basse-Normandie	4	
Bourgogne	11	
Bretagne	6	
Centre	2	
Champagne-Ardenne	4	
Corse		
Franche-Comté	8 1	
Guadeloupe		
Guyane		
Haute-Normandie	2 2	
Ile-de-France	1	
Languedoc-Roussillon	1	
Limousin	3	
Lorraine	5 1	
Martinique	1	
Midi-Pyrénées	1	
Nord-Pas-de-Calais	3	
Paca	1	
Pays-de-Loire	7	
Picardie	2	
Poitou-Charentes	11 20	
Réunion		
Rhône-Alpes	5	
Total	81	25

tableau n°5 : comparaison de l'espérance de vie en Bretagne au 1^{er} janvier 2008, selon l'INSEE

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France
Espérance de vie à la naissance au 1er janvier 2008						
Hommes	75,7	75,7	78,3	76,4	76,6	77,6
Femmes	83,4	83,6	84,8	84,0	84,0	84,2
Espérance de vie à 60 ans au 1er janvier 2008						
Hommes	21,1	20,6	22,5	21,3	21,4	22,0
Femmes	26,4	26,2	27,0	26,5	26,5	26,7


<http://www.insee.fr/fr/>

tableau n°6 : comparaison du taux de mortalité en Bretagne au 1^{er} janvier 2008, selon l'INSEE

	Cotes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne	France
Taux de mortalité au 1 ^{er} janvier 2008 (en ‰)	11.4	10.6	7.5	10	9.7	8.4

<http://www.insee.fr/fr/>

tableau n°7 : principales causes de décès et de motifs de nouvelles demandes d'affection de longue durée selon la tranche d'âge en Bretagne en 2007 [51]

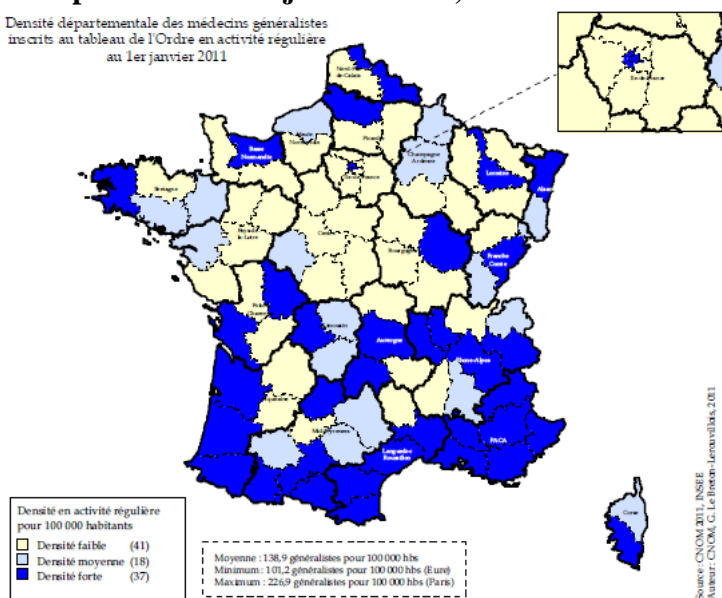
Classes d'âge	Causes de décès en 2007			Affections de longue durée en 2007		
	Nombre total de décès et répartition en %			Nombre total de nouvelles demandes et répartition en %		
Moins d'un an	Nombre total de décès		110	<i>Les données concernant les moins d'1 an ne peuvent pas être distinctes. elles sont donc comptabilisées avec celles des 1-14 ans</i> 		
		Bretagne	France			
	Certaines affections d'origine périnatale	54%	49%			
	Symptômes et états morbides mal définis	16%	13%			
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	11%	22%			
1-14 ans	Nombre total de décès		66	Nombre total de nouvelles demandes d'ALD		1838
		Bretagne	France	Bretagne	France	
	Tumeurs malignes	23%	18%	Troubles mentaux	41%	32%
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements	20%	32%	Maladies du système nerveux	12%	12%
	Maladies du système nerveux et des organes des sens	15%	8%	Maladies du système ostéo-articulaire	10%	7%
Maladies de l'appareil respiratoire	11%	4%				
15-24 ans	Nombre total de décès		190	Nombre total de nouvelles demandes d'ALD		1390
		Bretagne	France	Bretagne	France	
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements	71%	63%	Troubles mentaux	40%	35%
	dont :			Maladies du système nerveux	12%	11%
	Accidents de transport	25%	33%			
Suicide	26%	15%				
25-64 ans	Nombre total de décès		5715	Nombre total de nouvelles demandes d'ALD		37557
		Bretagne	France	Bretagne	France	
	Tumeurs malignes	42%	43%	Tumeurs	26%	24%
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements	19%	14%	Maladies cardiovasculaires	26%	27%
	Maladies de l'appareil circulatoire	13%	14%	Diabète et autres maladies métaboliques	16%	21%
			Troubles mentaux	15%	11%	
65 ans et plus	Nombre total de décès		24166	Nombre total de nouvelles demandes d'ALD		67630
		Bretagne	France	Bretagne	France	
	Maladies de l'appareil circulatoire	34%	32%	Maladies de l'appareil circulatoire	46%	43%
	Tumeurs malignes	25%	26%	Tumeurs	22%	23%
			Maladies du système nerveux	12%	11%	

Sources : Inserm CépiDc, Cnamts, CCMSA, RSI, Drees PMSI court séjour

Liste des cartes

carte n°1 : répartition des médecins généralistes à l'échelle départementale en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2011, selon le CNOM

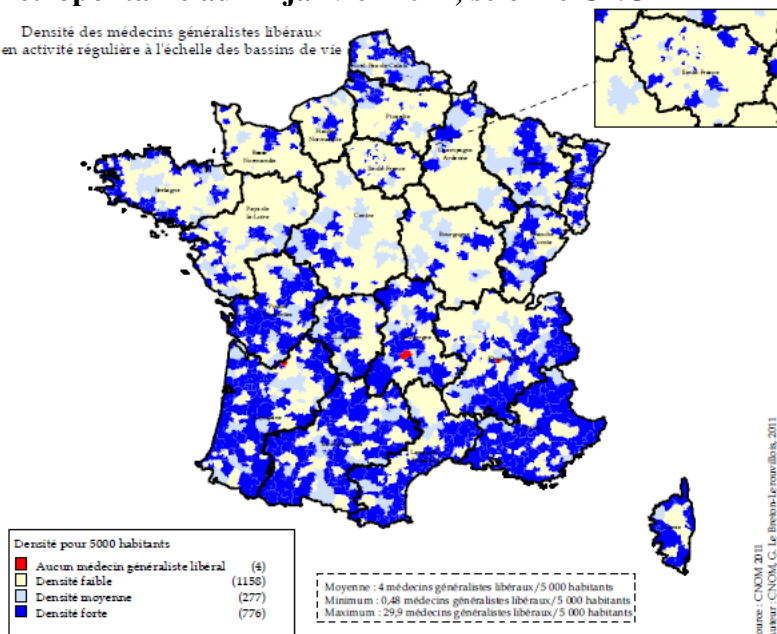
Densité départementale des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2011



<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

carte n°2 : répartition des généralistes libéraux à l'échelle du bassin de vie en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2011, selon le CNOM

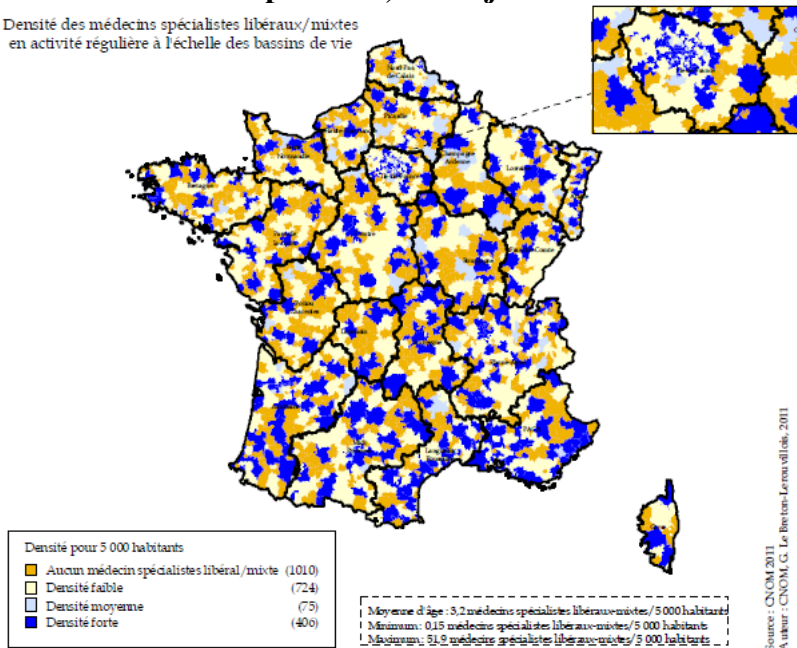
Densité des médecins généralistes libéraux en activité régulière à l'échelle des bassins de vie



<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

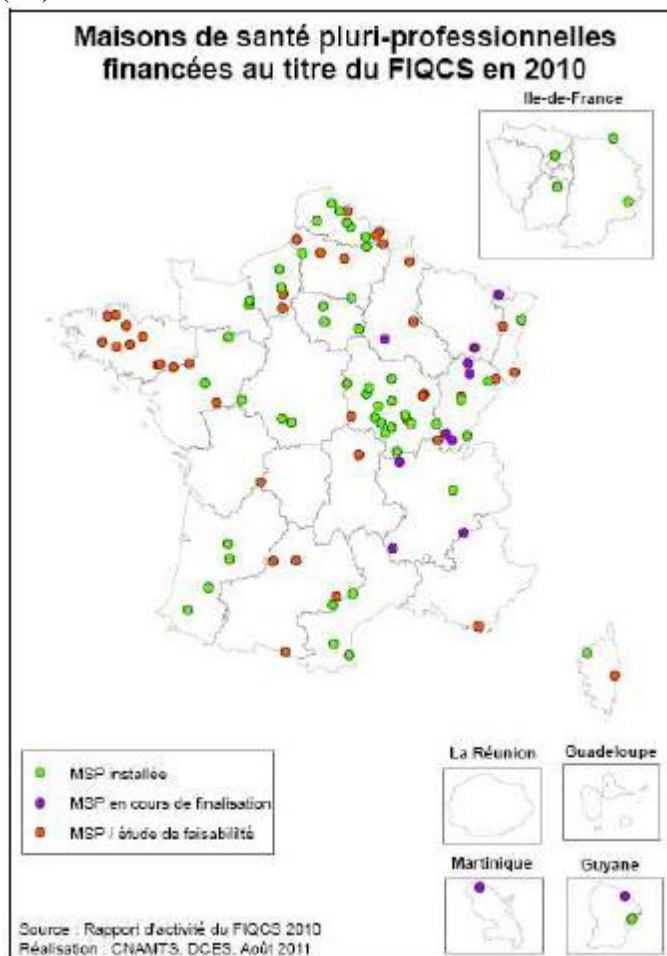
carte n°3 : répartition des médecins spécialistes non généralistes à l'échelle du bassin de vie en France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2011 selon le CNOM

Densité des médecins spécialistes libéraux/mixtes en activité régulière à l'échelle des bassins de vie



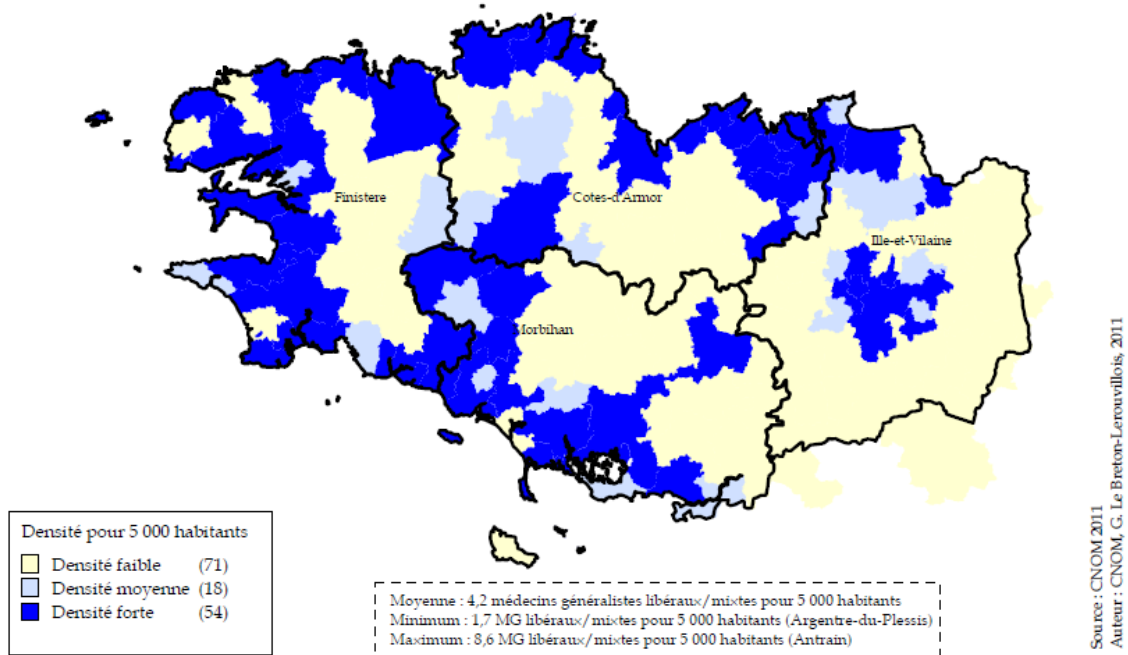
<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

carte n°4 : répartition des projets d'exercices regroupés financés par le FICQS en 2010
(48)



carte n°5 : répartition des médecins généralistes en Bretagne à l'échelle du bassin de vie, au 1^{er} janvier 2011 selon le CNOM

Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/>

carte n°6 : carte des territoires de santé et des cantons bretons

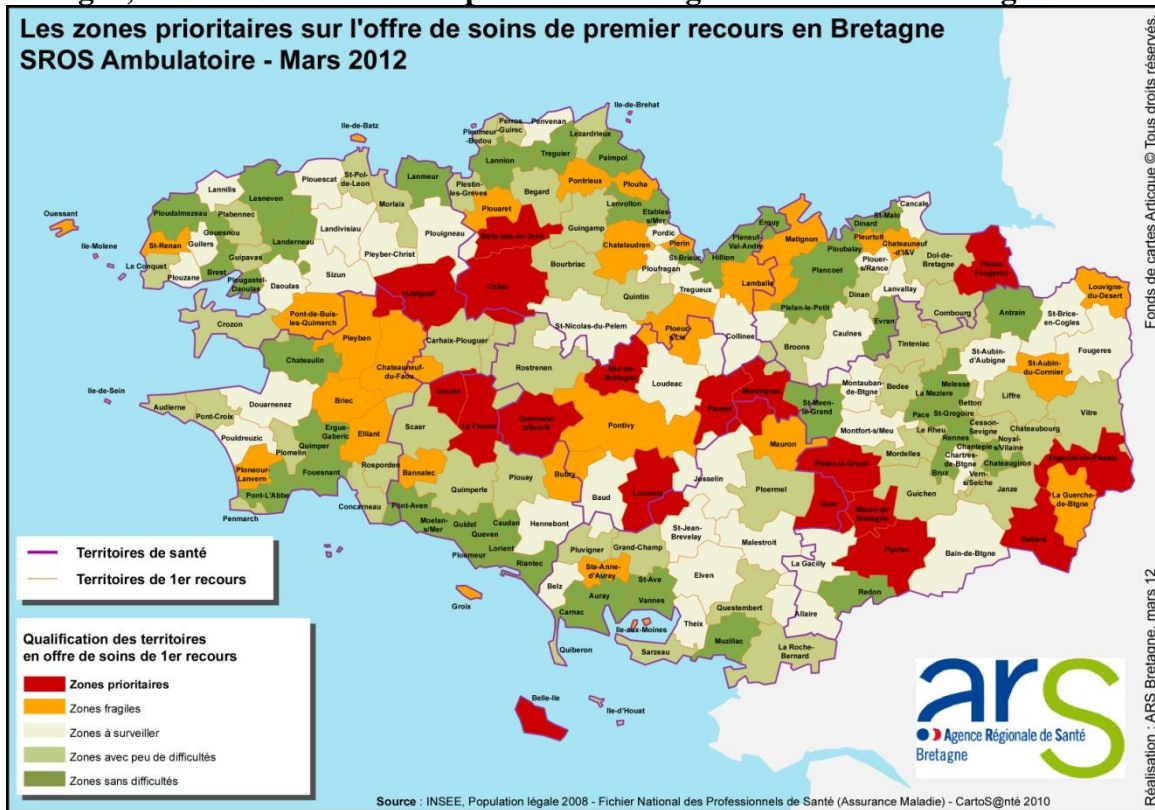
Découpage des territoires de santé bretons

Adaptation du scénario 3, avec l'intégration de Carhaix dans le territoire de santé n°1



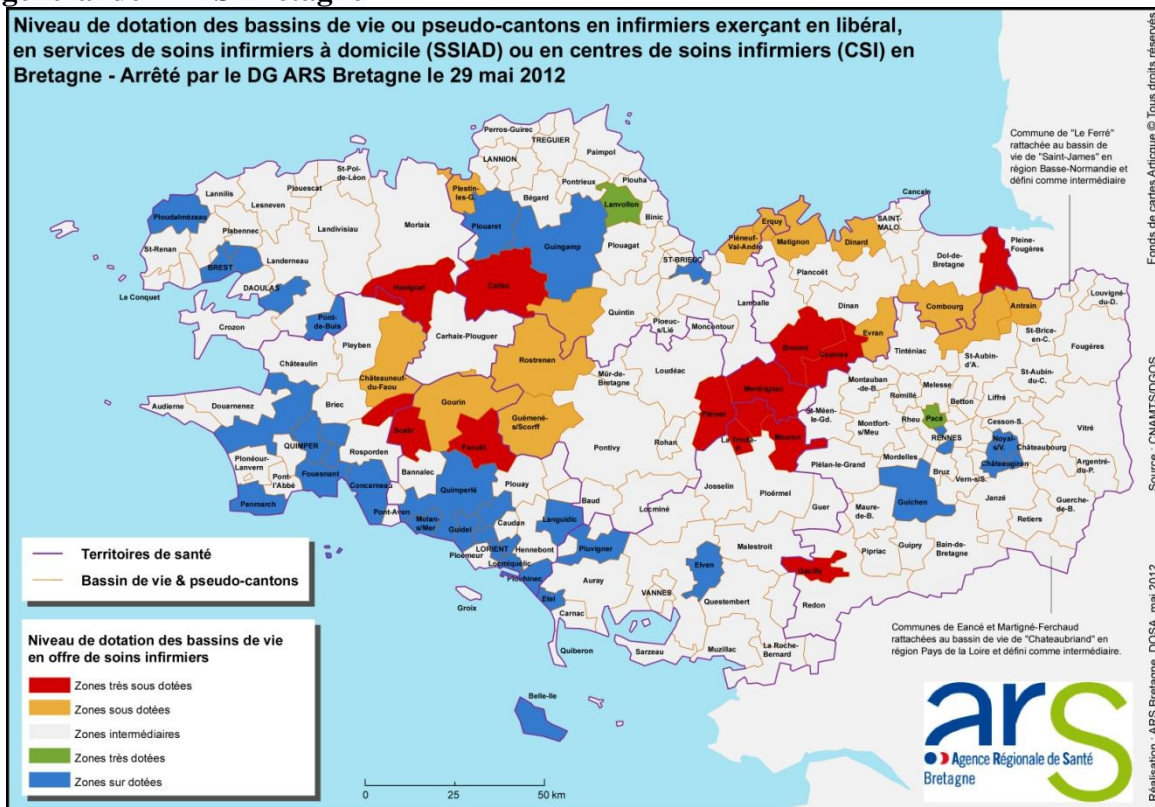
http://www.ars.bretagne.sante.fr/uploads/media/carte_TS-cantons_01.jpg

carte n°7 : carte des zones prioritaires sur l'offre de soins de premier recours en Bretagne, arrêtées le 9 mars 2012 par le directeur général de l'ARS Bretagne



<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Zonage-pluri-professionnel-du.138536.0.html>

carte n°8 : carte des zones selon leur dotation en services de soins infirmiers à domicile ou en centre de soins infirmiers en Bretagne, arrêtées le 29 mai 2012 par le directeur général de l'ARS Bretagne



<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Zones-de-soins-infirmiers.106534.0.html>

annexe n°2 : financements

Intitulé des financements	Volet AQS	Volet regrpt	Volet individ	Organisme compétent	Objet et conditions	Bénéficiaires	Dépenses fctnmt	Dépenses investissement	Durée du financement	Références
Fonds d'Investissement à la Qualité et à la Coordination des Soins (FIQCS)	oui priorité1	oui priorité2		URCAM Secrétariat du Comité régional de gestion du FIQCS (projets inférieurs à 762 245 €)	Actions (traditionnelles) relatives à : - l'amélioration des pratiques professionnelles - promotion de la coordination et de la continuité des soins - le partage de l'information - l'évaluation des pratiques professionnelles Aide au démarrage Actions (fléchées) correspondant à des priorités régionales	Professionnels de santé libéraux (individuels ou regroupés) Centres de santé	Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'investissement habituellement réservées aux outils d'amélioration de la qualité des soins Dépenses d'études et de recherche	Non pérenne	www.ameli.fr
Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS)	oui priorité1	oui priorité2		CRAM CPAM CMSA	Subventions aux associations qui oeuvrent dans les domaines suivants : - aide aux handicapés - aide aux malades - aide aux personnes âgées - éducation pour la santé Ce soutien peut se traduire par l'attribution de la subvention annuelle de fonctionnement dans le cadre de conventions à durée déterminée ou de subvention sur contrat d'objectif ou de prêt à taux bonifié.	Associations à but non lucratif à vocation régionale et à caractère sanitaire ou médico-social	Frais de fonctionnement L'attribution du fonds peut varier d'une Caisse à l'autre et ne pas couvrir les mêmes dépenses	Dépenses d'investissement tant pour l'investissement immobilier que mobilier L'attribution du fonds peut varier d'une Caisse à l'autre et ne pas couvrir les mêmes dépenses	Non pérenne	
Fonds National de Prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricoles (FNPEISA)	oui			CMSA	Promotion de la santé en milieu rural et agricole	Associations travaillant pour l'animation et le développement sanitaire et social en milieu rural	Frais de fonctionnement Dans certains cas, mise à disposition de personnels pour la mise en place de projet		Pérenne Voir	dossier type
Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS)	oui			Deux niveaux : CPAM/DDASS URCAM/DRASS	Actions entrant les champs des Programmes Régionaux de Santé (PRS), du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) et des actions nationales de l'assurance maladie	Associations et organismes à but non-lucratif	Frais de fonctionnement	dépenses d'investissement	Pérenne	Loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004 www.sante.gouv.fr/cdrom/_lpsp/rub06_02.htm
				Groupements Régionaux de Santé Publique	vocation à intégrer une future "agence régionale de santé" assurant à la fois des missions de santé publique et d'organisation des soins et met en oeuvre le le PRSP en tout ou partie en lien avec l'ensemble des acteurs régionaux et locaux.					
Promotion, prévention et programme de santé	oui			DRASS	Actions s'inscrivant dans la promotion de la santé et la prévention	Associations Mutualité Collectivités locales	Crédits de fonctionnement liés à l'action		Pérenne	Loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004 www.sante.gouv.fr/cdrom/_lpsp/rub06_02.htm

Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition	oui priorité 1	oui priorité 2		ARH	Peut allouer des crédits à des maisons médicales si celles-ci s'appuient sur un centre hospitalier.		Frais de fonctionnement	dépenses d'investissement	Pérenne	
Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition	oui priorité 2	oui priorité 1		Conseil Régional		Professionnels de santé	Formation	Frais de développement des nouvelles technologies telle que la télémédecine	Non pérenne	
Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition		Oui		Conseil Général		Professionnels de santé		Dépenses d'investissement Crédits à taux bonifiés	Non pérenne	
Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition	Oui	Oui		Conseil Municipal		Professionnels de santé	Frais de fonctionnement Participation à des expérimentations relatives aux transports non médicalisés des patients, au fonctionnement	Dépenses d'investissement: Terrain et participation à la construction Attribution des subventions Crédits à taux bonifiés	Pérenne	
Fonds Européens Structuels FEDER	oui	oui		Union Européenne	Sert à réduire les disparités dans l'Union et encourager le développement et la reconversion des régions	Porteurs de projets	Frais de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Non pérenne	Voir dossier type
Fonds Européens Structuels EEOGA	oui	oui		Union Européenne	Soutenir le développement rural et l'ajustement des structures agricoles	Porteurs de projets	Frais de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Non pérenne	Voir dossier type
Fonds Européens Structuels Enveloppe de mesure 10 b du DOCUP (documents uniques de programmation)	oui	oui		Union Européenne	Objectif: détecter et soutenir des micro-projets associatifs innovants et transférables. ne nécessite pas la mobilisation de financements publics complémentaires. Actions qui contribueront aux initiatives de développement social en milieu rural, faciliteront la création d'entreprise et le développement de l'économie solidaire et sociale par la promotion de nouvelles formes d'organisation de l'activité économique.	Associations	Frais de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Non pérenne	Voir dossier type
Dons	oui	oui		Particuliers Fondations d'entreprises					Non pérenne	http://www.asocialnet.com/docs/mecenat.html
Subventions privées	oui	oui		Entreprises					Non pérenne	
Auto-financement		Oui			Participation au financement de l'achat du bâtiment et/ou se réhabilitation: les professionnels de santé reversent ensuite un loyer calculé selon la surface utilisée ou selon un pourcentage d'honoraires.		Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'investissement		

Aides à l'investissement		oui		EPCI (communautés de communes...) Projets subventionnés sur la dotation de développement rural Contrats de pays	Partenariats publics dans le cadre de l'aménagement du territoire				Pérenne	Loi 93-1436 du 31/12/93
Prêts bonifiés		oui		Banque + soutien institutionnel	Soutien aux démarches auprès des établissements bancaires				Pérenne	
Crédit-bail immobilier		oui			Soutien aux démarches auprès des établissements bancaires				Pérenne	
Primes à l'installation	oui priorité1	oui priorité2	oui priorité3	Organismes d'assurance maladie		Professionnels de santé en « zone déficitaire »	Rémunération forfaitaire		ponctuel	Art. 49 Loi 13/08/04 Texte d'application en attente
Primes à l'installation	éventuellement	éventuellement	oui	Collectivités territoriales		Etudiant (3ème cycle de médecine générale)	Indemnités d'études et de projet professionnel Indemnités de logement et de déplacements		Non pérenne	Article 108 de la loi n°157 du 23/02/2005 Décret en attente
						Professionnels de santé Centre de santé	Aide financière (maintien des professionnels de santé dans zones déficientes)			Article 108 de la loi n°157 du 23/02/2005 Décret en attente
						Professionnels de santé	Exonération de la taxe professionnelle			Article 114 loi n°157 du 23/02/05 Loi n°96-987 du 14/11/1996
Contrat de bonne pratique N'a pas été reconduit (période 2005 - 2008)			oui	Organismes d'assurance maladie	"Médecins ruraux" réunissant les deux conditions suivantes : - exercer dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence, - exercer dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000	Médecins ruraux	Remplacements : complément de rémunération de 300 € par jour de remplacement effectif dans la limite de 10 jours par an et ce pendant la durée du contrat, à savoir 3 ans		Pérenne	loi n°2002-322 du 6 mars 2002 Article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale
Défiscalisation des astreintes			oui	Collectivités territoriales		Médecins et/ou remplaçants exerçant en milieu rural	Rémunération perçue exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an		Pérenne	Article 109 de la loi n°157 du 23/02/2005

annexe n°3: guides d'entretien

Guide d'entretien n°1: guide pour les internes en médecine général

1/Que pensez-vous de l'exercice actuel de la médecine générale en libéral ?

- Selon vos expériences, quelles images avez-vous des médecins généralistes en libéral ?
 - En milieu urbain ?
 - En milieu rural ?
- Comment voyez-vous la pratique libérale actuelle du médecin généraliste ?
- Quels sont vos impressions ou vos sentiments concernant leur pratique actuelle ?
 - Leur activité en générale
 - Leur rôle de soignant (fonction de soins)
 - Leur mode d'exercice de groupe ou isolé
 - Leur condition de travail (emploi du temps, horaire)
 - Leurs tâches non soignantes (administratives)
- Comment trouvez-vous l'organisation des soins primaires d'aujourd'hui ?
 - Que pensez-vous de la façon de travailler des professionnels de santé en soins primaires ?
 - Que pensez-vous de la coordination actuelle entre les professionnels de santé en ambulatoire ?
 - Que pensez-vous de la démographie des professionnels de santé en ambulatoire ?

2/Dans les trois à cinq ans à venir,

- comment vous projetez-vous professionnellement ?
- comment vous voyez-vous dans votre exercice dans les trois à cinq ans à venir ?
- comment souhaiteriez-vous exercer en libéral dans les trois à cinq ans ? Comment souhaiteriez-vous pratiquer la médecine générale en libéral
 - *Quels modes d'exercices souhaiteriez-vous faire ?
 - Que pensez-vous de l'exercice seul ? En cabinet de groupe ? De la collaboration ? Du remplacement ? MSP, pôle de santé ?
 - *Quelles activités ou champs d'exercice souhaiteriez-vous faire ou ne pas faire ? (Dans vos attributions soignante, administrative, éducative)
 - *Avec quels partenaires professionnels ou quels structures / organismes aimeriez-vous travailler ?
 - *Dans quelles conditions de travail, voulez vous exercer la médecine générale dans les trois à cinq ans ? Comment voyez-vous votre emploi du temps professionnel dans les trois à cinq ans ?
 - *Quel(s) type(s) de rémunération souhaiteriez-vous ? Comment souhaiteriez-vous être payé ?

3/Que pensez-vous d'une maison de santé pluridisciplinaire ?

Avec quels acteurs (personnes ou structures) souhaiteriez-vous l'organiser ?

- Avec quels professionnels de santé médicaux souhaiteriez-vous travailler ? Quels professionnels de santé doivent en faire parti ? Obligatoirement ? Potentiellement ?
 - Paramédicaux ?
 - Médicaux ?
 - Stagiaires ?
- Avec quelles structures souhaiteriez-vous travailler ? Obligatoirement ? Potentiellement ?
 - Réseaux ville-hôpital (HAD, diabète, soins palliatifs...) ?
 - Facultés de médecine, écoles paramédicaux ?
 - Hôpital ?
- Avec quelles instances (collectivités locales, hôpital, URCAM ? ARS, MSA...) aimeriez-vous organiser une MSP ? Obligatoirement ? Potentiellement ?

Dans l'hypothèse que vous intégrez une MSP, comment souhaiteriez-vous la construire ?

- *Comment souhaiteriez acquérir ou pas la structure pluridisciplinaire ?
- *Comment aimeriez-vous financer la MSP ?
- *Avec quelles instances (collectivités locales, hôpital, URCAM ? ARS, MSA...) aimeriez-vous organiser une MSP ? Avec quels organismes privés ou publics souhaiter être aidés financièrement ? Obligatoirement ? Potentiellement ?
- *Comment souhaiteriez-vous être aidés pour réaliser un tel projet ?

Que pensez-vous des aides publics ? Européenne, ARS, collectivités locales, MSA, mutuelles
Que pensez-vous des aides privées, de promoteur ?

Quelle organisation ou fonctionnement serait-il selon vous nécessaire à sa création ?

-Dans un souci de soins de premiers recours de la population lannionaise, à quels problèmes de sante, selon vous, une éventuelle MSP doit-elle répondre ?

*Quels soins en général doit apporter la MSP à la population ?

*Comment améliorer ou faire évoluer la qualité de soins des professionnels membres d'une MSP ?

-Comment envisagez-vous de travailler dans la MSP pour répondre aux problèmes de soins ?

-Comment les professionnels membres d'une MSP, devraient-ils dans la MSP pour donner les soins?

-Comment pensez-vous travailler avec les autres professionnels de santé ?

-Comment envisagez-vous les consultations ?

-Quel agencement de la MSP est-il utile ou nécessaire pour faire fonctionner la MSP ? Pour travailler avec les autres professionnels ?

-Dans quelle (s) salle (s) aimeriez-vous travailler seul pour certains soins ?ou avec d'autre professionnel ?

- Quelle (s) rémunération (s) et quel (s) mode (s) de rémunération spécifique faudrait-il envisager, selon vous dans une MSP ?

-De quelle(s) manière(s) exercer dans une MSP peut aider à concilier vie professionnelle et vie familiale ?

-dans quelle(s) mesure(s) exercer dans une MSP peut contribuer ou non à concilier vie professionnelle et vie de famille ?

-Une MSP peut-elle aider à concilier vie professionnelle et vie familiale ? Et pouvez, vous nous expliquez pourquoi ?

Seriez-vous prêt à participer à un tel projet ?

Guide d'entretien n°2 : guide pour les professionnels installés

1/Comment vivez-vous actuellement votre exercice professionnel libéral ?

Quel est votre vécu et quelles sont vos sentiments concernant votre pratique professionnelle actuelle en libéral ?

Questions/thèmes proposées si besoin pour compléter :

- Comment vous sentez-vous dans votre travail en général ?
- Comment vous sentez-vous dans votre rôle de soignant ?
- Comment vous sentez-vous dans vos tâches administratives ?
- Comment vous sentez-vous dans vos obligations familiales ? Avez-vous le sentiment de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale ?

Comment pensez-vous organiser votre cessation d'activité, lorsque vous partirez en retraite ?

Que pensez-vous de l'organisation des soins de proximité à Lannion ?

Questions/thèmes proposées si besoin pour compléter :

- De la démographie des professionnels au sein de votre profession ? Quels sentiments avez-vous sur la démographie des autres professionnels de santé en soins de premiers recours ?
- De la façon des professionnels de santé à travailler ?

2/Dans les trois à cinq ans à venir,

-Comment vous projetez-vous professionnellement ? Comment pensez-vous ou envisagez-vous votre avenir professionnel ?

- Comment avez-vous envie d'évoluer dans votre exercice libéral ?

-Que souhaiteriez-vous changer dans votre exercice ?

Questions/thèmes proposées si besoin pour compléter : que souhaiteriez vous changer :

- *Dans votre activité ?
- *Dans quelles structures ?
- *Dans vos champs d'exercice ou champs d'action ?
 - Champs d'action personnels (pratique personnelle, propre à votre profession) :
 - Champs d'action interprofessionnels
- *Vos conditions de travail (horaires, emploi du temps) ?
- *Types de rémunérations ?

3/Que pensez-vous d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion ?

Selon vous, que pourrait apporter l'exercice dans une MSP ?

-Que pourrait vous apporter un tel exercice ?

-Quels points positifs ou négatifs vous apporterait l'exercice au sein d'une MSP ?

-Quels éléments favorables ou défavorables seraient suscités par l'exercice dans une MSP, à la population locale ?

Avec quels acteurs souhaiteriez-vous l'organiser ?

-Avec quels professionnels de santé médicaux souhaiteriez-vous travailler ? Quels professionnels de santé doivent en faire parti ? Obligatoirement ? Potentiellement ?

Paramédicaux ?

Médicaux ?

Stagiaires ?

-Avec quelles structures souhaiteriez-vous travailler ? Obligatoirement ? Potentiellement ?

-Réseaux ville-hôpital (HAD, diabète, soins palliatifs...) ?

-Facultés de médecine, écoles paramédicales ?

-Hôpital ?

Quelle organisation ou fonctionnement faudrait-il selon vous envisager au sein de la MSP ?

- Comment envisagez-vous de travailler dans la MSP pour répondre aux problèmes de soins de proximités à Lannion ?
- Comment les professionnels membres d'une MSP, devraient-ils dans la MSP pour donner les soins?
- Comment pensez-vous travailler avec les autres professionnels de santé ?
- comment voyez-vous l'exercice au quotidien dans une MSP ? Comment envisageriez-vous de travailler seul et avec les autres professionnels de santé ?
- comment prévoiriez vos temps de travail seul, avec les autres professionnels.
- Comment envisagez-vous les consultations ?

- selon vous, comment les locaux de la MSP devraient-ils être agences pour faciliter le travail quotidien des professionnels ?
- Quel agencement de la MSP est-il utile ou nécessaire pour faire fonctionner la MSP ? Pour travailler avec les autres professionnels ?
- quelles pièces aimeriez-vous concevoir au sein de la MSP pour l'organisation du travail ?
- Dans quelle (s) salle (s) aimeriez-vous travailler seul pour certains soins ?ou avec d'autre professionnel ?

-Dans un souci de soins de premiers recours de la population lannionaise, à quels problèmes de sante, selon vous, une éventuelle MSP doit-elle répondre ?

*Quels soins en général doit apporter la MSP à la population lannionaise ?

*Comment améliorer ou faire évoluer la qualité de soins des professionnels membres d'une MSP ?

-La MSP est un moyen d'avoir un exercice cohérent, coordonné et en commun entre plusieurs professionnels. Un contrat en commun est logique entre eux afin de ne pas perturber le bon fonctionnement de la MSP. Vous avez peut-être l'expérience déjà d'un exercice partagé
Comment gérer la vie quotidienne au sein de la MSP ? Quels sont les éléments et quels principes éthiques qui doivent être définis ?

-Sous quel(s) cadre(s) juridique(s) aimeriez-vous exercer si vous deviez faire parti d'une MSP ?

-Quelle (s) rémunération (s) et quel (s) mode (s) de rémunération spécifique faudrait-il envisager, selon vous dans une MSP ?

-De quelle manière ou par quoi une MSP peut aider à concilier vie professionnelle et vie familiale ?

-Dans quelle(s) mesure(s) exercer dans une MSP peut contribuer ou non à concilier vie professionnelle et vie de famille ?

-Une MSP peut-elle aider à concilier vie professionnelle et vie familiale ? Et pouvez, vous nous expliquez pourquoi ?

Dans l'hypothèse que vous intégrez une MSP, comment souhaiteriez-vous la construire ?

*Comment souhaiteriez acquérir ou pas la structure pluridisciplinaire ? Quelle serait votre participation à la maîtrise d'ouvrage ? Quelle serait celle des autres professionnels membres de la MSP ?

*Comment aimeriez-vous financer la MSP ?

*Comment souhaiteriez-vous être aidés pour réaliser un tel projet ?

*Avec quelles instances (collectivités locales, hôpital, URCAM, ARS, MSA...) aimeriez-vous organiser une MSP ? Avec quels organismes privés ou publics souhaiter être aidés financièrement ? Obligatoirement ? Potentiellement ?

Que pensez-vous des aides publics ? Européenne, ARS, collectivités locales, MSA, mutuelles

Que pensez-vous des aides privées, de promoteur ?

Seriez-vous prêt à participer à un tel projet ?

annexe n°4 : courriers

Courrier n°1 : courrier au groupe des professionnels *paramédicaux*

Hli Tcha
8 rue de Picardie
35000 Rennes
06 09 45 61 24

Lannion, le 01/07/2011

Courrier paramédicaux

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse en médecine générale sous la direction du docteur Bail, je souhaite réunir un groupe de professionnels paramédicaux. Ce travail de recherche concerne les attentes des professionnels de santé dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion.

On constate actuellement que le nombre de professionnels de santé en soins de premiers recours diminuent à Lannion. Il paraît difficile de maintenir des soins de premiers recours de qualités dans le canton.

L'objectif de cette thèse est de connaître vos attentes et vos besoins dans le canton de Lannion, concernant une structure comme la maison de santé pluridisciplinaire.

La réunion est une réunion type débat et se déroulera à 20h, à Lannion, avec un buffet froid. La durée moyenne de la réunion est de 1h 30. Je vous propose de venir à 20h afin de pouvoir démarrer la séance à 20h15 précisément.

Cette réunion sera enregistrée par dictaphone pour exploiter les données et restera entièrement anonyme.

Pour ne pas perturber le déroulement de la séance, et l'enregistrement, l'accès au lieu de réunion ne sera pas possible après 20h15. Je demande aux participants de bien vouloir respecter les horaires.

Je vous propose 2 dates pour cette réunion : le jeudi 21 juillet 2011 ou le jeudi 28 juillet 2011. Vous devez choisir une date parmi les 2 dates proposées.

Je me propose de vous rappeler à votre cabinet pour connaître votre choix de date et vous confirmer le jour et le lieu de la réunion.

Merci pour votre participation. Je reste à votre disposition pour tout renseignement
Bien cordialement.

Hli Tcha

Courrier n°2 : courrier au groupe des médecins

Hli Tcha
8 Rue de Picardie
35 000 RENNES
hli_tcha@hotmail.com
06 09 45 61 24

Courrier médecin
Cabinet médical
22 300 LANNION

Rennes, le 3/01/2012

Cher confrère,

Dans le cadre d'une thèse en médecine générale sous la direction du docteur Bail, je souhaite réunir 6 à 8 médecins lors d'une séance d'entretien de groupe. Cette réunion, type débat, portera sur leurs attentes et leurs besoins concernant une maison de santé pluridisciplinaire dans le canton de Lannion.

Actuellement, il y a peu d'installation en médecine libérale et en l'occurrence à Lannion. Le renouvellement des médecins reste un problème pour le maintien des soins de premiers recours dans le canton. Mon travail de recherche intervient de façon préliminaire dans le cadre d'une étude de besoins des professionnels de santé.

La réunion se déroulera au cabinet du docteur Bail (6 rue des Haras à Lannion) à 20h30 avec un buffet froid. La durée moyenne de la réunion est de 1h30. Je vous propose de venir à 20h30 afin de pouvoir démarrer la séance à 21h00 précisément. Pour ne pas perturber le déroulement de la séance, l'accès au lieu de réunion ne sera pas possible après 20h50. Cette réunion sera enregistrée pour exploiter les données et restera anonyme.

Vous devez choisir selon vos disponibilités, une ou les 2 dates parmi celles proposées : jeudi 19/01/2012 et/ou jeudi 26/01/2012. Je me propose de vous rappeler, vous ou votre secrétaire la semaine prochaine, pour connaître vos choix. En fonction du nombre de réponses favorables, je pourrai ainsi fixer le jour de la réunion et vous le confirmer. En cas d'empêchement, je vous remercie de me prévenir le plus tôt, afin que les participants puissent être en nombre (entre 6 et 8). Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Merci pour votre participation.
Bien cordialement.

Hli Tcha

annexe n°5 : verbatim

Focus group avec des internes de médecine générale

Pour recruter les internes pour le premier entretien de groupe, plusieurs mails sont envoyés aux internes et à l'association des internes de médecine générale de Brest. Les participants ayant validé le stage du praticien et ayant répondu favorable sont conviés à l'entretien. Celui-ci s'est déroulé dans une salle de cours, à la faculté de médecine de Brest le 30 juin 2011. La durée a été d'une heure six minutes. La transcription de l'entretien en verbatim est la suivante :

Interne 1 : [...], je suis en sixième semestre, actuellement en SASPAS.

Interne 2 : [...], je suis en sixième semestre, en psychiatrie, et j'ai fait le stage chez le prat.

Interne 3 : [...], je suis en sixième semestre et j'ai fait le SASPAS le semestre dernier.

Interne 4 : [...], je suis en sixième semestre, là je suis en psychiatrie et j'ai fait mon prat.

Interne 5 : [...], moi aussi en sixième semestre j'ai fait mon prat et actuellement je suis en psychiatrie.

Interne 6 : [...], je suis actuellement en cinquième semestre et je suis actuellement en SASPAS et, j'ai fait mon prat avant.

Interne 7 : [...], je suis...J'ai validé cinq semestres, en ce moment, je suis en dispo et j'ai fait prat, et SASPAS.

Chercheur : Puis, ben moi, je vais quand même me présenter aussi. Euh, [...], donc moi, je ne suis plus interne, j'ai fini mon internat. Euh, j'ai fait aussi le stage du prat avant, à Lannion et j'ai fait aussi mon SASPAS à Lannion. C'est pour ça que le cadre de la thèse se passe à Lannion. Je pense que l'on peut commencer dans le vif du sujet.

Chercheur : Alors tout d'abord, que pensez-vous de l'exercice actuel de la médecine générale en libéral ?

...

Chercheur : La question...(Rires). La question, elle est assez large et, vous avez fait des stages comme...Et puis des remplacements, des dispo, mais quelles images avez-vous du médecin généraliste en libéral ?

Interne 7 : Oh, c'est celui que les gens vont voir en premier, enfin ils vont le voir un peu pour tout et n'importe quoi. Cela peut être pour renouveler un traitement. Bon, de façon, assez basique où il n'y a pas grand-chose à faire, si ce n'est que, un peu renouveler et constater qu'ils vont bien. Ça peut être pour parler de leurs problèmes et on va constater que l'on ne peut pas en général, pas faire grand-chose. Et puis ça va être aussi, pour orienter vers des choses où on aura besoin d'aller, envoyer les gens vers des spécialistes pour pouvoir occuper le problème. Et cela va faire le lien entre tous les spécialistes qu'ils vont voir. Ça va être un peu... Il va faire le débrouillage, puis après, le lien entre... Entre tout le reste. Il assure le suivi puisque le spécialiste, il le voit une fois tous les six mois, et finalement le médecin généraliste en fait, on y retourne presque tous les trois semaines. On pourra lui poser des questions.

Chercheur : Et, quelles impressions avez-vous par rapport à sa pra, à la pratique libérale, du généraliste ?

Interne 2 : Ben moi, j'ai une impression de, qu'il est isolé quand même. C'est la vision que j'en n'ai, que, c'est une personne isolée mais du coup aussi un peu indépendante dans sa façon, dans sa façon d'exercer. Euh, et puis pour ce qui en est de son exercice, je... Enfin, moi je vois ça comme un exercice qui va, qui va être amené à changer donc, je crois que, je vois comme un exercice que je ne pratiquerai pas moi, en tout cas.

Chercheur : Et pourquoi ?

Interne 2 : Parce que, je... A cause de... A cause du vieillissement de la population des médecins, à cause des exigences des patients, de... Euh, des exigences des futurs médecins aussi. Je vois ça comme un exercice qui, qui aura tendance à de moins en moins exister, voilà.

Interne 6 : Qui est en pleine mutation, quoi ?

Interne 2 : Ouais.

Interne 6 : Qu'on est en train de changer la façon d'exercer.

Chercheur : Mais il existera quand même ?

Interne 2 : Ah oui oui oui. Oui, la médecine libérale oui, mais d'une autre façon, oui.

Chercheur : D'accord.

Interne 7 : Parce que là, tu parles du médecin généraliste qui est tout seul dans son cabinet ?

Interne 2 : Oui.

Interne 7 : Hum, ouais.

Interne 4 : Mais ces praticiens, tu disais, ils étaient dépendants aussi. Enfin, moi ce que je dirais, ça dépend vraiment de chaque praticien. T'as vraiment, ceux qui vont être, souvent, des hommes, qui vont être un peu éloignés des villes, et qui vont avoir ce genre de pratique, vers laquelle peut-être que l'on n'a pas envie de tendre. Et puis t'en as, qui vont pas bosser tous les jours, bosser, avoir des horaires, arriver à bosser en groupe, à avoir pleins de liens, de liens avec différents acteurs de santé.

Interne 3 : C'est ça qui est bien, c'est qu'on ce choix- là aussi.

Interne 4 : Ouais.

Interne 3 : Dans notre pratique, le côté libéral, c'est justement, c'est être libre aussi de pouvoir un minimum choisir ses horaires, ses conditions de travail quoi.

Chercheur : Parce que là on a parlé, vous avez beaucoup parlé un petit peu sur le médecin isolé, seul, qui travaille tout seul, quoi, on va dire. Mais et, des autres alors ? Qu'en pensez-vous de leur façon de travailler ?

Interne 3 : On peut très bien être généraliste sans être isolé.

(Rires).

Interne 3 : Pour être passée en SASPAS, où y'avait des cabinets où on était comme à plusieurs, je pense qu'il y a moyen quand on est justement avec des médecins avec qui on s'entend bien, avec qui on a su créer une organisation où chacun se respecte, je pense qu'il y a moyen de, d'avoir une organisation qui convienne à chacun, quoi.

Interne 5 : Mais c'est vrai que dans l'état actuel des choses en fait, on voit bien qu'il y a, comme tu as dit y'a pas longtemps de ça, une mutation qu'on attend là en-dessous. Comme la plupart d'entre nous, y'en a peu qui envisagent de travailler seuls et, ils partent plus sur des regroupements, enfin pour ma part, mais je pense. Je ne sais pas ce que t'en dis-toi, avec tes collègues ? Mais, on se rend compte de ça.

Plusieurs « ouais ».

Chercheur : Le changement, ce serait surtout sur le changement, enfin quand vous parlé de mutation en fait, ce serait une mutation sur le fait que, y'aurait plus d'exercices isolés, quoi. Et, mais, est-ce que, y'aurait-il quelque chose de différent, est-ce que vous pensez que, euh, la pratique même en groupe sera toujours pareille, ou est-ce que vous avez envie de faire autre chose, ou... ?

Interne 2 : Par exemple, par exemple moi, j'imagine bien que, comment, un médecin généraliste quelconque voit un patient, et fait des prescriptions. Et puis, pendant six mois, euh, il ne va jamais remettre en question son, sa pratique ou il ne va jamais être, ouais, il ne va jamais exposer sa pratique devant d'autres personnes. Alors que dans l'idée, quand je parle de changement, c'est justement après que, les, peut-être qu'on aura tendance, moi j'imagine mon exercice comme ça, comme faire des réunions. Je ne sais pas, à quelle fréquence. Mais une fois par semaine par exemple, où on dit : « moi, ben moi, j'ai ça, j'ai fait ça », devant tel patient, un patient pris au hasard, quitte à ce ne soit pas forcément un diagnostic difficile mais, « voilà, voilà j'ai fait ça, qu'est-ce que t'aurais fait ». Et du coup, plus de partage de pratique en fait. Moi, c'est comme ça que je vois évoluer, quoi, évoluer selon ça.

Chercheur : Et que pensez-vous de, des conditions de travail actuelles, enfin d'un généraliste en libéral ?

Interne 7 : Que ce soit seul ou en group ?

Chercheur : Ouais, que ce soit seul ou en groupe ?

Interne 7 : Ben, les conditions, les médecins généralistes, ils les font. Soit ils sont d'accord pour voir tout le monde et, terminer à vingt-deux heures du soir, voilà. Soit euh, soit effectivement, on pose des horaires en disant : « ben moi, je ne travaille pas, là je m'arrête ». Et puis, je pense que ça dépend de chaque médecin. Les conditions ne sont pas mauvaises, il suffit de savoir s'organiser de savoir ce qu'on veut. Effectivement si on veut une secrétaire, ben, c'est quand même plus simple de se regrouper, pour pouvoir la payer. Et mais, c'est vrai, c'est un cas plus facile, parce qu'on n'a pas tous les courriers à scanner ou à enregistrer. Enfin, ça fait gagner pas mal de temps. Ensuite, bon après pour travailler en groupe, il faut aussi s'entendre aussi avec ses partenaires, quoi. C'est pas toujours facile.

Interne 6 : Le médecin peut aussi choisir de faire des consultations avec rendez-vous ou sans rendez-vous.

Chercheur : Et comment voyez, comment trouvez-vous l'organisation des soins primaires aujourd'hui ?

Interne 4 : Ben disons, que peut être que, quand même, avec la notion de médecin traitant, ça s'est quand même, enfin moi, je dirais que ça s'est pas mal amélioré, parce que les gens vont quand même avoir... Enfin moi, pendant mon stage prat, j'avais l'impression que, qu'ils allaient quand même, relativement souvent, voir leur médecin traitant et ça n'arrivait pas si souvent d'avoir un patient qui arrivait, « oh, non un médecin traitant, enfin, j'en ai pas ou je ne viens pas souvent ». Enfin j'trouve, ouais, je trouvais que c'était pas trop mal organisé. Hormis les urgences.

Chercheur : Et que pensez-vous de la démographie des médecins généralistes en libéral ?

Plusieurs soupirs et rires.

Interne 3 : Moi personnellement, je viens des Côtes d'Armor, et c'est un peu le gros sujet d'inquiétude quand même ! Euh, moi sincèrement, ça m'inquiète un peu quand même parce que, parce que, parce qu'effectivement, on a plein de propositions de travail, ça je ne me fais pas de soucis de boulot, y'aura du boulot. Mais, euh, ça fait un peu peur, de se dire je vais m'installer dans un coin où sur cinq médecins, y'en a quatre qui ont plus de cinquante-cinq ans quoi... Donc que, m'installer ok, mais pas la seule jeune médecin à m'installer, quoi...

Interne 7 : C'est vrai dans les dix ans, qui vont être un peu durs, mais après ça, je pense que ça va revenir, ça commencera à revenir à l'équilibre donc ce sera, ce sera un peu mieux. Mais c'est vrai que dans les dix prochaines années, ce sera tranquille pour aller là où on veut. Hein ?

(Hum).

Interne 4 : Sauf si... La loi HPST...

Interne 7 : Oui si on nous oblige. On sera, bon nous, je ne pense pas qu'on puisse nous obliger. On est déjà trop loin, donc...

Interne 4 : Oui, mais dans quelques années, pour ceux qui sont actuellement externes...

Interne 7 : Ouais. Bien sûr.

Interne 4 : Mais ça on ne peut pas savoir...

Interne 7 : Enfin, fallait naître plus tôt !

(Rires).

Chercheur : Et que pensez-vous de la façon de travailler justement de tous les pros, enfin la façon dont les professionnels donc pas seulement vous, mais les autres aussi, les infirmières, kinés... Travaillent ensemble ? Comment... Quel est votre...

Interne 6 : Parfois, moi je trouve que ce serait bien qu'il y ait un peu plus de contact.

(Hum).

Interne 6 : Euh, peut-être qu'après les infirmières n'osent pas, ou les médecins n'ont pas le temps d'expliquer les choses, mais euh... Ouais, je, les stages où je suis passée, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de contacts, quoi... Même avec les kinés, on prescrit une séance de kiné, on n'a pas beaucoup de retour...

Interne 3 : Chacun fait sa prise en charge dans son coin, et...

Interne 6 : Ouais.

Interne 3 : ...Et finalement c'est que, c'est que dans les cas extrêmes, les fins de vie ou des choses comme ça qu'on va enfin se réunir pour, pour discuter du patient, alors que cela devrait être un peu, un peu plus notre quotidien quand même, quoi.

Interne 4 : C'est vrai, des fois, c'est le patient, qui va revenir en disant, c'est l'infirmière qui m'a dit ça, le kiné a dit ça, le cardio a dit ça... Et c'est vrai des fois, on se dit c'est trop bête, quoi. Un coup de fils en trente secondes, c'est réglé. Si le kiné a besoin qu'on fasse une radio, si l'infirmière trouve que le pansement n'est pas bien, qu'elle veut un avis, c'est dommage de ne pas le demander. Mais dans l'autre sens, on n'appelle pas non plus, hein ?

Interne 7 : Je le fais facilement. Si j'ai un doute, je le fais facilement. J'appelle facilement une podologue pour dire, ce que vous faites, ce qu'on peut faire... Je trouve que, c'est vrai, qu'en prenant le téléphone... Les réunions où l'on se voit, je trouve que c'est un peu compliqué parce que, soit c'est le soir. Y'en a tellement, entre les FMC, les autres trucs, enfin bon, passer un peu de temps à la maison, et, ben en journée, ben faut quand même voir les patients parce que...

Interne 3 : Hum, sans que cela soit quelque chose de très formelle mais, c'est vrai un coup de téléphone souvent...

Interne 7 : ... Voilà.

Interne 3 : Ou même en visite, on se donne rendez-vous. Ben, je vais passer à telle heure, l'infirmière se débrouille aussi pour passer à peu près à la même heure. Et cela peut permettre quand même de...

Interne 7 : Ouais, cela m'arrive de temps en temps aussi, ouais...

Interne 3 : Mais c'est vrai que ce n'est pas très fréquent, ce n'est pas la norme quoi.

Interne 4 : Mais ils doivent être surpris, quand t'appelles quand même ?

Interne 7 : Euh, Ouais, peut-être, mais ils ne me le font pas sentir.

(Rires).

Interne 3 : Parce que c'est...

Interne 7 : Ouais.

Interne 4 : Non, mais surpris, surpris dans le bon sens.

Interne 7 : Ouais, ouais.

Interne 4 : Mais je pense que cela n'arrive tellement, enfin... Même en stage à l'hôpital, quand on va appeler un généraliste ou une infirmière, ou un spé, ben pour dire, « ben j'ai vu votre patient, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Tout le monde est surpris en se disant : « ah tiens, on me demande mon avis ? » Enfin bon...

Interne 2 : Ben parce que, j'ai l'impression, en fait, a priori, les gens se disent de toute façon, ça ne changera pas. Il ne changera pas sa façon de faire. Et puis, que, c'est la même chose, comme dans un sens comme dans l'autre. Le médecin qui appelle l'infirmier, l'infirmier qui appelle le médecin. Alors qu'en fait, quand on, quand on passe à l'acte, grosso modo, on est, on est aussi surpris, je pense, de la volonté des gens de, d'agir dans le bon sens, quoi. Enfin de, de réviser leur point de vue, partager tout ça et...

Interne 5 : Est-ce que ta question, elle avait aussi dans le but de, de comparer en fait de, notre pratique professionnelle par rapport à leur pratique professionnelle ou c'était leurs relations ?

Chercheur : Ben c'est un peu les deux, c'est une question, large.

Interne 5 : Après c'est vrai, sur leur pratique à eux, enfin... Tout comme eux, on n'a pas forcément beaucoup de communication enfin, sauf, on peut appeler évidemment, mais on n'a pas assez, assez, enfin voilà... Euh moi, personnellement, j'ai pas beaucoup, je ne vois pas bien, comment eux, ils s'organisent. Enfin, on peut imaginer mais, je ne sais pas dans le, le détail. Comment ils fonctionnent vraiment, qui se regroupent, qui ne se regroupent pas ? Enfin, non.

Interne 6 : Après, c'est vrai que, dans le cadre des maisons pluridisciplinaires, moi je sais que, là où je suis passée, chez le prat, y'avait pas d'infirmières, y'avait deux kinés dans le même bâtiment que les deux médecins. Et c'est vrai que du coup, cela permettait aussi que directement les médecins, ils croisaient le kiné, parce que y'avait une secrétaire en commun donc... Ils se croisaient dans le couloir et parlaient de monsieur un tel et puis le problème était réglé. Y'avait pas besoin de prendre le téléphone, enfin... Puis le contact se faisait facilement, parce qu'ils le connaissaient, y'avait la proximité... Après, c'est probable, enfin, je pense que c'est amené à se mettre en place un jour aussi.

Chercheur : Ben maintenant je vais m'intéresser à votre projet professionnel dans les trois à cinq ans à venir. Comment vous voyez-vous, dans les trois à cinq ans ? Qu'est-ce que vous allez faire ?

Interne 6 : Des remplacements, moi.

Interne 5 : Moi aussi des remplacements.

Interne 2 : Moi aussi des remplacements et essayer de voir comment je vais organiser mes... Enfin ce pour quoi je vais opter pour l'exercice. Le type d'exercice qui me plaira et le type d'exercice que je vais fuir dans l'avenir. Cela me sert plus, à mon avis, de terrains d'observations, c'est ça, dans les prochaines années.

Interne 7 : Moi, une collaboration, j'aimerais bien trouver ça. Ça peut être ça avant de pouvoir effectivement m'installer définitivement. Dès que possible moi, j'aimerais bien pouvoir m'installer je trouve ça plus, enfin après il faut trouver le coin mais, je trouve qu'on est quand même plus à l'aise, quand on connaît les gens plus longtemps. C'est, c'est un peu plus sympa, je trouve.

Interne 3 : C'est aussi l'avantage des remplacements, c'est aussi pouvoir se laisser le temps de trouver le bon endroit, les, le, le bon cabinet ou le bon coin et ...

Interne 7 : C'est peut-être plus le bon cabinet, parce que l'endroit on sait à peu près, la méthode de travail, je pense que cela ne prend pas des années. Ça prend quelques mois pour savoir, comment on veut travailler vraiment. Et puis, après, c'est plus le cabinet, la gestion, enfin c'est plus une histoire de comment est géré le cabinet, comment il va évoluer avec qui et, est-ce que je m'entends bien avec les praticiens, quoi... Ça prend, ouais avec des contacts réguliers, je pense qu'on, en travaillant régulièrement dans un cabinet, on le sait en moins d'un an, si ça passe bien. Et après les patients, de toute façon, on les recrute à notre image donc, ça, c'est

pas, je pense ce ne sera pas trop un souci. C'est pas ce qui décidera de me faire m'installer à un endroit ou à un autre.

Chercheur : Alors qu'est-ce qui te fera, qu'est-ce qui te fera...

Interne 7 : C'est vraiment plus euh... Ça va être vraiment les collègues qui y seront, enfin si y'a un cabinet dont l'organisation qui me va plaire en termes de gestion et en termes d'amitiés avec, les médecins à côté et puis, avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être. Si on s'entend bien, si la communication est facile.

Chercheur : Mais d'emblée, en fait du coup, personne n'envisage de s'installer d'emblée quoi ?

Plusieurs « non ».

Chercheur : Et, dans la façon de travailler vous pensez, vous pensez comment exercer, comment ? Moi j'ai compris que l'isolement, c'était pas...

Interne 3 : Moi je n'exclus pas forcément de m'installer seule, mais effectivement pas toute seule. Enfin, pas complètement isolée, dans mon cabinet, sans secrétaire, etc. Je pense qu'il y a peut-être... On parle beaucoup des regroupements mais pourquoi pas, des regroupements de médecins, chacun dans son cabinet aussi. Je pense qu'il y a moyens de mutualiser les, les secrétaires, qu'on puisse partager à plusieurs médecins. On peut avoir des contacts avec plusieurs médecins généralistes sans pour autant être dans le même cabinet. Euh, c'est pas quelque chose que j'exclus forcément quoi. Après, effectivement il faut trouver le bon endroit, les bons collègues à côté sur qui on puisse s'appuyer quand y'a besoin. Mais, pas forcément d'être dans un même, dans un même lieu ou dans son coin.

Chercheur : Et quand, quand tu parles de travailler avec les autres médecins, y'a, enfin et les autres professionnels, c'est qui les autres ?

Interne 3 : Cela peut être d'autres généralistes, mais comme cela peut être effectivement, les infirmières, de pouvoir, être sûr de pouvoir les contacter facilement. Euh, voilà, les kinés, enfin tout ce qu'on a dit, mais, enfin, on a besoin de se retrouver entre généralistes pour justement discuter des patients. Et si on ne peut pas le faire autour d'un café, enfin dans le cabinet, cela peut être de savoir, de téléphoner à un confrère quand on a un petit souci ou, ou... Même en cas, y'a les groupe de pairs aussi, qui peuvent être des lieux où on peut se retrouver. Je crois que ce n'est pas forcément qu'on exerce tout seul dans son cabinet, qu'on est forcément isolé. Donc je pense que si on arrive à se faire un, si on connaît bien les autres généralistes et les autres paramédicaux, de la commune par exemple, on peut, on peut travailler seul dans son cabinet sans pour autant être isolé quoi.

Assistent : Est-ce que je peux demander, ce que c'est pour vous, le bon endroit, les bons collègues pour s'installer ?

Interne 7 : Le bon endroit, c'est celui qui nous plaît avec l'environnement. Je pense, pas trop trop loin de commodités, ben, déjà faut que le conjoint, que le conjoint puisse avoir du travail, du travail, dans le coin. Euh je dirais moi, quand même, pas trop trop loin d'une ville, parce que c'est toujours sympa de ne pas avoir une heure de route à faire, pour trouver des produits d'électroménager ou de hifi. Voilà, ça va être de, ben ici, ce serait pas mal d'être pas trop loin de la mer non plus. (Rires). Euh, après les bons collègues, c'est euh, c'est avant tout essayer de faire que les collègues soient des amis, quoi, je pense, et pas juste des collègues mais en qui...

Interne 3 : Même sans être amis, au moins déjà respecter le travail de chacun, accepter que, qu'il y en ait un qui puisse demander un jour que voilà : « je ne vais pas être là demain de façon exceptionnelle ». Que les autres puissent, que l'on puisse compter les uns sur les autres sans pour autant s'inviter chez soi à se faire une bouffe tous les quinze jours, quoi. Mais je crois, avoir vraiment un respect entre collègues et pouvoir compter les uns sur les autres quoi. Je pense que c'est ça le plus important.

(Plusieurs hum).

Interne 4 : Moi, je crois, pour moi, les bons collègues seraient plus ceux qui ont la même vision de travail. C'est-à-dire qui sont, pour moi, les bons collègues, c'est plutôt celui qui ne va pas être là pour faire du chiffre, qui ne va pas être là pour faire marcher le cabinet entre guillemets, qui ne va pas demander à la secrétaire de filtrer des CMU. Enfin, pour moi le bon collègue, même si c'est quelqu'un avec qui je n'ai pas envie d'aller boire un coup,

c'est quelqu'un qui a quand même une vision du métier qui tend vers la mienne, que moi, euh, euh bref, enfin voilà quoi.

(Rires).

Interne 4 : Pour moi, c'est plus ça, sans pour autant même si on ne s'entend pas bien sur certains sujets. Pour moi, ça c'est vraiment important en tout cas.

Interne 7 : Je crois que, cela peut être pas mal d'avoir quelqu'un qui travaille totalement différemment, parce ce que dans certains cas, je ne m'en sors pas. Tiens, lui comment il s'en sort ? Alors ce n'est pas un truc effectivement, où il filtre la CMU et tout ça, mais, mais c'est sûr parfois on se dit, ouais je n'aimerais pas travailler comme lui, mais, mais tiens là-dessus (hum), il s'en sort bien peut-être que, peut-être que je pourrais faire un peu comme lui finalement.

Interne 4 : Moi je parlais plus du loisir, d'une vision générale de la médecine en gros, le médecin humaniste ou médecin tiroir-caisse...

Interne 7 : Tiroir-caisse, ouais.

Interne 4 : En allant vraiment vers les extrêmes quoi.

Interne 6 : Pour moi, ce serait plutôt quelqu'un avec qui, oui, on pourrait échanger, discuter de nos pratiques, comme dans les groupes de pairs.

Interne 2 : Et pour le bon endroit, moi ce serait aussi que, y'ait des structures de soins qui soient à proximité, enfin, je pense à un CHU réactif. Euh des cabinets de radiologie, des, des, des médecins libéraux spécialistes par exemple qui puissent du coup, avec qui tu puisses avoir un réseau assez facilement et, que tu puisses adresser tes patients, sans que les patients aient à faire une heure de route ou une heure trente, parce qu'on sait que ce sera un peu rédhibitoire pour certains patients, quoi. Donc moi, c'est aussi ça le bon endroit, Voilà, quoi.

Interne 6 : Avec des réseaux...

Interne 2 : (Hum).

Interne 6 : ...Je pense aux soins palliatifs, des choses comme ça. Enfin, c'est important je pense.

(Hum).

Interne 4 : C'est vrai que finalement, le recours aux spécialistes pour certains trucs est relativement important. Enfin, le bon endroit, c'est là où t'as un spécialiste pas forcément trop loin pour certains cas, que tu peux joindre par téléphone, en lui disant : « ben, écoute là, c'est un truc un peu particulier est-ce que tu pourrais le voir, pas dans quinze jours », euh, des trucs... Bah, ça compte aussi quoi.

Interne 1 : Voir même les urgences, en cardiologie, euh...

Interne 4 : Ouais. Hum.

Chercheur : Euh, quelles, quelles activités ou champs d'exercice aimeriez-vous faire ou ne pas faire, après, dans les trois à cinq ans ?

Interne 6 : Moi, je n'aimerais pas faire soixante-dix heures par semaine, déjà...

(Rires).

Interne 6 : Euh... Avoir du temps pour soi à coté. Enfin, que cela soit un bon équilibre, quoi.

Chercheur : Et comment vois-tu ton, comment vois-tu du coup l'organisation de ton temps, de ton travail alors ?

Interne 6 : Euh, bah, avoir des horaires, commencer à huit heures trente le matin, finir grand maximum à dix-neuf heures le soir. Avoir un jour de repos dans la semaine et puis, et un samedi matin sur deux, ou sur trois, ça a l'air bien.

Interne 5 : Oui, si, c'est assez similaire aussi. (Hum, oui) C'est bien, avoir une vie personnelle confortable aussi, quoi. C'est important, d'avoir un équilibre.

Interne 6 : Avoir du temps aussi, pouvoir se donner du temps pour avoir pour la FMC, les formations, je ne sais pas moi, une journée par mois.

Chercheur : Et par rapport aux types de rémunération, que pensez-vous, enfin qu'est-ce que vous aimeriez à l'avenir, est-ce que, enfin que pensez-vous du paiement à l'acte ?

Interne 4 : Aux types, tu veux dire paiement à l'acte contre euh...

Chercheur : Pas forcément contre. Mais que pensez-vous, enfin qu'est-ce que vous souhaiteriez, enfin est-ce qu'il y a des, des choses que vous auriez envie de changer dans la façon dont, dont on vous paie ou est-ce que le paiement à l'acte, est très bien comme ça, quoi ?

Interne 7 : Ouais, il n'est pas trop mal. Les actes, enfin la consultation a été revisitée. Les actes, c'est vrai ça fait longtemps, je crois, qu'ils n'ont pas été revisités, mais bon. La consultation à l'acte, c'est pas si mal après, je ne vois pas trop comment on pourrait faire autrement. Forfaitaire ?

Interne 4 : Hum, comme en Angleterre.

Interne 7 : Comme en Angleterre, ouais...

Interne 3 : C'est vrai c'est toujours gênant, de passer trois quarts d'heure avec un diabétique pour faire de, de l'éducation ou, ou avec quelqu'un qui a une pathologie un petit peu, avec des traitements un peu compliqués, où il faut prendre du temps et, et être payer de la même façon que passer cinq minutes avec quelqu'un de jeune qui a une angine, quoi. C'est toujours un peu gênant.

(Hum).

Interne 3 : Après, après c'est vrai que je n'ai pas trop réfléchi à quelle alternative on pourrait trouver. Mais effectivement, si on pouvait proposer autre chose qui permettrait peut-être une rémunération, qui permettrait une rémunération, qu'on rémunère aussi le temps qu'on peut passer à éduquer les patients à faire de la prévention, quoi.

Interne 5 : Favoriser un travail de qualité, quoi...

(Hum)

Interne 3 : Plus que la quantité.

Interne 5 : ...Plus que, se diriger vers la quantité, ouais.

Interne 6 : Il me semble que ça, ça a existé ça, non ? Ils ont fait ça y'a un moment, il y a quelques années de ça...

Interne 4 : Je crois qu'il n'y avait pas un moment... Euh, le médecin qui avait un truc spécial avec la sécu ?

Interne 6 : Je crois qu'il avait un certain nombre de forfait par patient et par an.

Interne 4 : Ouais, voilà. Je ne sais plus...

Interne 6 : Et je crois que cela peut toujours se faire.

Interne 4 : Ce n'était pas CAPI ? Ou un truc comme... Enfin moi, ça me dit quelque chose...

Interne 2 : Ça c'est l'évaluation des pratiques, de tes pratiques. C'est de tes pratiques. Mais, par contre effectivement quand tu as des patients qu'ont, qui sont en ALD, tu as une rémunération qui t'es donnée à l'année.

Interne 6 : Oui, par an, tu as le droit, de leur demander une consultation plus chère, un truc comme ça ouais.

(Hum).

Interne 2 : Moi, je trouve qu'effectivement là, là pour ce qui en est de la rémunération, je trouve que les médecins généralistes ne sont pas à plaindre. Par contre ce que je trouve, qui serait important, ce serait que les, la population générale soit éduquée, par rapport au fait que finalement le médecin généraliste ce n'est pas toujours celui qui coûte cher à la société. Et parce que la consultation est à vingt-trois euros et que donc, quand ils calculent, ils se disent ça fait du cent, ça fait plus du cent euros par heure, c'est énorme, et tout. Donc voilà, ce serait bien, moi je trouve que, que soit remis, que soit proposé des chiffres aux patients, quand ils vont voir un spécialiste, quand ils vont faire un examen, qu'est-ce qui part dans... Enfin, pas que la comptabilité du médecin généraliste soit expliquée au patient, mais en tout cas qu'on ne soit pas aussi stigmatisé que ça. Je trouve, c'est ça qui est bien pénible en fait. Je trouve qu'on gagne bien notre vie, mais on n'est pas abusivement payé, quoi.

Interne 3 : Pas abusivement non plus, quoi.

Interne 6 : Hum.

Interne 2 : Je ne sais pas, si ça répond à ta question, ceci dit mais...

(Rires).

Chercheur : Euh vous n'avez pas évoqué le salariat ? Parce que ça, c'est pas du tout envisageable ? Ou c'est... Parce ce que pour vous ce serait que du libéral ?

Interne 4 : Moi, ce sera que du libéral.

Interne 7 : Pour l'instant, un, le salariat, je ne fais pas du le salariat, je fais du libéral, c'est pas d'actualité, c'est peut-être pour ça.

(Rires).

Interne 7 : Euh, ouais si, à l'hôpital, y'a quelques petits boulots...

Interne 6 : Je pense que c'est en fonction de l'opportunité. C'est des trucs que tu vois, non ? Mais de toute façon je pense que, les médecins généralistes, salariés souvent, c'est, c'est une activité à temps partiel. Ils ont une activité à temps partiel salariée et une activité à temps partiel libérale, à coté en même temps, tu vois, enfin.

Interne 4 : Enfin, tu parlais du salariat, dans les maisons médicales, parce qu'il y en a qui sont salariés dans des maisons médicales, enfin, et qui ont en plus, enfin t'as des...

Interne 5 : Qui sont candidats de MAPAD, d'EHPAD et tout ça, non ?

Interne 4 : Ah non. Qui ont une activité de médecine générale libérale...

Interne 6 : Ah, ça dépend du statut dans lequel ils sont.

Interne 4 : ...Dans un congrès d'ISNAR, y'en avait un qui avait ça comme activité, où il faisait partie d'une maison médicale, où il n'y avait que des généralistes, où il était salarié de la maison médicale, où il faisait une pratique de médecine générale. Sachant qu'une partie de son salaire, il avait, ou il était aussi un peu comme les médecins dans une clinique, il était intéressé, enfin en gros, plus il voyait de patient... Mais il gardait l'activité de médecine générale tout en étant salarié.

Interne 7 : Et, ce n'est pas une collaboration ?

Interne 6 : Non, ça dépend du statut, dans lequel... C'est encore autre chose.

(Non).

Interne 7 : Moi je pensais que c'était illégal de salarier quelqu'un pour la médecine générale. Mais, c'est légal ?

Interne 4 : Ben non, je crois qu'il était dans la région lilloise...

Interne 5 : Non, ça dépend du mode d'installation, y'a plusieurs statuts, tu sais, quand tu t'installes.

Interne 7 : Ah ouais.

Interne 4 : Je ne pourrais pas exactement dire ce qu'il avait. Mais il était salarié tout en étant généraliste, avec un pourcentage de son salaire qui augmentait plus il voyait de patients, plus...

Interne 7 : D'accord.

Chercheur : Donc en fait, ça ne vous parle pas ou peu finalement, (hum) le salariat. Et concernant la, maintenant, je vais rentrer, par rapport à la maison de santé pluridisciplinaire, ben que souvent je vais appeler par les initiales, par MSP pour la suite. Quel est votre avis justement concernant la maison de santé pluridisciplinaire ?

...

Chercheur : Que pensez-vous d'une maison de santé pluridisciplinaire ?

Interne 7 : C'est bien sûr, tout le monde est regroupé dans le même coin, donc y'a même plus, forcément besoin de prendre le téléphone dans ce cas-là. Encore faut-il que, parce que c'est vrai, quelques fois que le kiné du village et tout ça... On n'aime pas sa pratique donc...

(Rires).

Interne 7 : Faut pas rêver, c'est pareil. Faut arriver à trouver tous les acteurs qu'on bien aime dans la maison. Mais c'est pas mal, c'est quand même mieux. Ça permet de raccourcir encore les distances de communication, que ça aille plus vite et que ce soit plus, normalement plus efficace et mieux coordonné.

Interne 5 : En plus, ça permet de mutualiser aussi les moyens, enfin. Je veux dire, pour être à plusieurs pour avoir, je ne sais pas, un espace, pour avoir du matériel. Je parle par exemple, pour un regroupement de médecins. Enfin c'est vrai, que c'est intéressant, bah, pour s'acheter du matériel, pour faire, ben voilà des gestes, et avoir quelque chose d'un peu plus technique, ben voilà quoi. Dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant.

Interne 4 : Une secrétaire...

Interne 5 : Une secrétaire, hum.

Chercheur : Et à votre avis, qu'est-ce que cela peut apporter d'exercer en, dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

Interne 7 : On aurait l'impression de mieux réussir son travail, de mieux... Parce que bon c'est vrai, on prescrit, on peut appeler et tout ça... Mais ben du coup là, on voit la personne quand on l'a en face. On se dit, enfin quand on a l'infirmière ou le kiné en face de soi, on, on sait vraiment ce qu'il a fait. Et puis même par exemple le kiné, il nous peut montrer ce qu'il fait donc on sera mieux expliquer aux patients : « ben tenez, ce sera, ce sera ce genre de chose qu'on pourra faire avec l'infirmière ». Cela permet de discuter notamment par exemple, des pansements, des choses un peu qu'elle utilise, ça peut être utile. Donc ça aide ouais, de dire qu'on fait un peu mieux notre métier qui est vraiment une prise en charge globale, et notamment, sur le plan social. C'est vrai que c'est pas mal, si y'a une assistante sociale dans les murs, cela permet de ne pas dire aux gens : « ben vous allez à la mairie, puis vous verrez une assistante sociale dans les trois mois », parce que ce sont des choses qui nous parlent mais, dont on est bien incompetent sur les papiers. Donc, si cela peut être expédié par quelqu'un d'autre, ce serait pas mal.

Interne 5 : Moi je ne suis pas, enfin je veux dire que, pour notre formation, bon, elle est, très centrée sur l'hôpital, quand même enfin, pendant l'internat. Euh, j'trouve que l'exercice à l'hôpital c'est quand même, enfin, pas ce vers quoi je m'oriente mais, c'est quand même un exercice plus facile dans le sens où je ne sais pas, tu

veux des examens, tu veux un avis, tu veux, où t'as l'infirmière, t'as l'aide soignante, t'as le kiné, t'as tout sous le coude. Et, c'est vrai, que cela représente quand même une facilité d'exercice, tant sur la rapidité, sur les moyens. Donc, c'est vrai la maison médicale ça, je trouve que cela représente une alternative. Ben effectivement, pour exercer en ambulatoire, faire ce vers quoi, ben nous, on s'oriente : c'est la médecine générale. Donc sortir de cette structure hospitalière, et puis ben, en ayant ben, pas de la même manière, et pas certainement pas autant, mais à un certain niveau des aides comparables, quoi. Enfin d'avoir, d'avoir un certain, ouais, un certain accès à des moyens humains et des techniques. En ce sens-là, cela permet, c'est un peu une manière d'avoir les avantages de l'hôpital tout en n'y étant pas dans cette structure très hôpital vers laquelle je pense, où on n'est tous... On peut être tourné mais pas, pas complètement... Enfin Voilà, Voilà.

Chercheur : C'est vrai, que vous avez surtout parlé d'apports positifs on va dire, par rapport à l'exercice, par rapport à la maison de santé. Mais, est-ce que, est-ce que, est-ce que ça ne peut pas, est-ce que, une maison de santé ne peut pas apporter des points négatifs ?

Interne 5 : Ben, si tu ne t'entends pas avec tes collègues, (Rires). Ça peut vite devenir négatif. Tu construis quelque chose, tu t'engages et puis, tu te rends compte que ça ne marche pas. T'imagines que tes collègues ou médecins ou autres, ils ne développent pas la même ambition que toi, je ne sais pas ça... Je, ouais...

Interne 1 : Je pense aussi qu'il faut faire attention au secret professionnel. Le patient a confiance en nous, peut-être qu'il ne va dire la même chose au médecin et à l'infirmière. Il ne veut peut-être pas forcément aussi, qu'on dise tout ce qu'on veut à l'infirmière qui s'occupe de lui.

Interne 4 : Est-ce que, il y a aussi un défaut de liberté, dans ces endroits où les gens vont se dire, bon, ben, si t'es en cabinet pluridisciplinaire, enfin dans ta maison, où t'as l'infirmière, le kiné, des gens, est-ce qu'ils ne vont pas se sentir obligés de se tourner vers ce professionnel-là, alors qu'ils n'ont pas de bonne relation ? Y'a ça, qui peut être embêtant pour certains.

Interne 3 : Puis au niveau relationnel aussi, entre les professionnels de santé, je pense que, effectivement il y a intérêt de bien s'entendre pour que y'ait pas une certaine hiérarchie qui se crée. Et que, qu'on n'ait pas l'impression que, ce soit, soit le médecin qui dicte tout à l'infirmière, soit l'infirmière qui complètement en réaction contre le médecin, fait complètement l'opposé. Je crois qu'effectivement y' a intérêt à poser des, un peu des règles de bonnes conduites pour chacun, pour que ça se passe bien quoi. C'est vrai, c'est vrai qu'on entend là, en ce moment beaucoup parler des communes, des communautés de communes qui, qui proposent de construire une maison de, de, une maison pluridisciplinaire, qui proposent aux professionnels de venir les rejoindre. Je pense que, pour que ça réussisse, je pense que, ça doit, ça doit vraiment partir des professionnels qui sont déjà là quoi, pour que, pour que ça marche. On a intérêt de bien de se connaître pour, ouais, pour que cela marche, quoi.

Chercheur : Et par rapport au travail, que pensez-vous, que cela puisse apporter en points positifs ou négatifs et, par rapport à, par rapport aussi à, comme vous parlez tout à l'heure, à l'équilibre familiale, à l'équilibre de vie professionnelle ?

Interne 3 : Je ne sais pas si cela apporterait plus qu'un, qu'un regroupement juste de médecins généralistes. Puisque, finalement, va falloir qu'on les fasse nos consultations, va quand même falloir voir les médecins, euh non les patients. Si on est deux médecins, dans une maison pluridisciplinaire on aura les mêmes contraintes que, si on est à deux médecins juste tous les deux ou... Et, on en aura plus que, si on est à quatre sans paramédicaux, quoi. Donc, je ne sais pas si cela va tellement nous apporter plus au niveau organisationnel. Cela va être effectivement plus simple, par rapport aux relations avec les paramédicaux. Mais est-ce que cela va être plus simple pour notre organisation ? J'n'en suis pas sûre.

(Hum).

Interne 7 : C'est vrai que, théoriquement si cela se passe bien, ce sera plus rapide pour le patient.

(Ouais).

Interne 7 : Pour nous, euh, pas forcément. On aura peut-être besoin de voir moins, le patient, peut-être qu'il viendra un peu moins. L'infirmière, qui est à côté, elle dira : « écoutez, y'a peut-être pas besoin de voir le médecin pour ça ». Mais bon, je pense que, non, cela ne peut pas faire gagner énormément de temps au médecin...

Interne 3 : Non.

Interne 7 : ...Ni à l'infirmière, ni au kiné.

Interne 3 : Non, parce que ça, ce sont des réactions qu'on pourra avoir aussi même s'ils ne sont pas là.

(Hum).

Interne 6 : On pourra éventuellement, aller dans le bureau de l'infirmière ou dans le cabinet du kiné...

Interne 3 : On peut gagner du temps dans ce sens-là.

Interne 6 :Pour voir la plaie, le pansement.

Interne 7 : Voire peut-être même perdre du temps parfois.

Interne 6 : Ouais aussi.

Interne 7 : Parce que : « est-ce que tu peux venir voir entre deux consultes ? »

Interne 3 : C'est bien possible.

Interne 7 : Ouais, ça va peut-être...

Interne 7 : Mais bon, c'est vrai, ce sera : « tu peux venir entre deux consultes »...Et au lieu de ça, ben, on n'ira pas chez le patient, voir, « tiens bah non, le pansement est fait, je ne regarde pas, j'attendrai la prochaine fois, vous ne recommencer pas ».

Interne 4 : Et d'un autre côté la petite veille, qui a quatre-vingt-cinq ans, et...

Interne 7 : Ouais, bon.

(Rires).

Interne 4 : ...T'iras chez elle quand même.

Interne 7 : Ouais.

Chercheur : Dans l'hypothèse que vous souhaiteriez, exercer dans une maison de santé pluridisciplinaire, avec qui aimeriez-vous l'organiser ? Avec qui aimeriez-vous travailler ?

Interne 6 : Le mieux, c'est déjà avec qui on a travaillé, pour voir si on s'entend avec eux ou pas.

Interne 2 : C'est, en type de professionnels, tu veux dire, en corps de métier ?

Chercheur : Comme professionnels, médecins, paramédicaux ou autre ?

Interne 2 : Hum.

Interne 3 : C'est vrai que, les infirmières, cela parait, un peu indispensable.

Interne 2 : Ouais.

Interne 7 : Kiné.

Interne 6 : Kiné, ouais.

Interne 7 : Secrétaire. (Rires). . Le plus indispensable, je dirais.

Chercheur : Quels sont ceux que, qui pour vous, seraient obligatoires dans une maison... ?

Interne 7 : Autres les collègues, enfin autre les autres médecins, la secrétaire en un, ensuite l'infirmière, kiné. Je dirais après, sage-femme. Oh, non, podologue, sage-femme.

Interne 3 : Podologue, ouais.

Interne 4 : Podologue ouais.

Interne 7 : Ouais, podologue c'est intéressant.

Interne 6 : Assistante sociale, comme tu l'as dit tout à l'heure...

Interne 7 : Assistante sociale aussi.

(Rires).

Interne 6 : ...Pour qu'il y ait une antenne...

Interne 7 : Peut-être même avant l'infirmière.

(Rires).

Interne 6 : ...Pour mettre en place les aides à domicile. Ouais Voilà, remplir la paperasse.

Interne 7 : Remplir les papiers, ouais.

Interne 6 : Les papiers pour le Conseil Général, tout ça, les demandes d'APA... Ça aussi, ça permet de gagner du temps.

Interne 7 : Peut-être ça, avec la secrétaire.

(Rires).

Chercheur : Et dans les médecins ? Vous...

Interne 4 : Moi, j'aimerais bien un cardio...

Interne 5 : Oui, un spé.

Interne 2 : J'allais le dire...

Interne 5 : Un cardio pas loin.

(Rires).

Interne 4 : Un ptit cardiologue comme ça...

Interne 5 : ouais, faut pas rêver !

(Rires).

Interne 6 : Ouais, parce que y'a pas grand-chose. Tu regardes autour de [...]. T'en as sur [...], après euh...T'as quoi... [...].... [...].... [...], y'en a un, j'crois aussi ?

Interne 4 : Peut-être.

Interne 6 : Après tous les petits bourgs, enfin les communes plus petites...

Interne 7 : Ben, [...], y'en a un aussi ?

Interne 6 : y'en en un aussi.

Interne 7 : C'est vrai que tous les cardios, qui sont seuls dans leur cabinet, c'est vrai que, ce serait aussi simple pour eux de se regrouper aussi. On va finir pas monter une petite clinique, mais euh...

(Rires).

Interne 7 : Ouais mais, pour eux, ce serait aussi bien de se regrouper avec un généraliste, parce que ce serait aussi bien et ce serait plus rapide.

Interne 6 : Pour bien faire cardio, pneumo, rhumato !

Interne 7 : Endoc !

Interne 3 : Un hôpital !

(Rires).

Chercheur : Et que pensez-vous des étudiants, des remplaçants, des stagiaires dans une MSP ?

Interne 6 : Prendre un interne en, que cela soit en stage prat ou en SASPAS, ben moi, j'aimerais bien le faire. Parce que d'une part c'est te remettre en question, de voir des jeunes arriver. Euh, et puis après, ben, si tu veux, question organisationnelle, trouver des remplaçants plus facilement, ben t'as un pied déjà avec les étudiants. Tu vas avoir un pied dans la fac entre guillemets, tu, t'as des contacts avec eux, tu... Enfin moi, je pense qu'on a tout à y gagner.

(Hum).

(Ouais).

Chercheur : Avec les étudiants quoi ?

Interne 6 : Hum.

Interne 6 : Les externes après, enfin, pour la découverte de stage de la médecine générale, je pense que c'est un peu plus, enfin, peut-être que tu as un peu moins de contrepartie, quoi. Enfin, c'est plus, ça va plus, dans un sens que dans l'autre.

Chercheur : Pour ça, il faudrait aussi travailler avec la fac, enfin, s'engager en tant que maître de stage, faire une formation pour et, est-ce que vous imaginez, est-ce que, enfin, si vous exercez dans une MSP, est-ce que vous auriez envie de travailler avec d'autres structures, on a parlé de la fac, y'a l'hôpital... ?

Interne 7 : Ben, avec tout ce qui peut nous, aider.

(Rires).

Interne 7 : Ça peut être la clinique, les spécialistes, enfin voilà. Après des choses hors médicales, je ne vois pas, forcément.

Interne 5 : Les réseaux de géronto, de soins palliatifs...

Interne 7 : Ouais, tout ça.

Interne 5 : Ouais, tout ce qui est réseau, quoi.

Interne 7 : Réseau informatique !

(Rires).

Chercheur : Justement quand vous parlez de réseau informatique, comment envisagez-vous l'organisation dans une MSP ?

Interne 7 : Au niveau informatique ?

Chercheur : Au niveau organisation, enfin, travail au quotidien, comment voyez-vous fonctionner la maison de santé ?

Interne 6 : C'est délicat quand même que les dossiers soient en commun avec...

Interne 5 : Mais, pas toutes les parties en tout cas.

(Ouais).

Interne 6 : ...Avec les kinés, les choses comme ça, si... Il en a un peu près rien à faire du dernier frottis de la dame qu'il voit pour une lombalgie, quoi, enfin...

Interne 3 : Et puis elle, elle n'a pas envie de savoir non plus, que... Je pense que c'est surtout ça en fait

Interne 6 : Oui voilà.

Interne 3 : Oui, on peut partager tout ce qu'on sait sur un patient, moi, ça m'est égal. Mais, vis à vis du patient, je pense que, effectivement comme le disait [...], ils ne vont pas nous, ils ne vont pas dire la même chose à leur médecin généraliste qu'à leur infirmière. Ils n'ont pas envie qu'on sache forcément, les, les choses qu'ils ont dit aux autres, donc que...

Interne 5 : Je ne sais pas, je n'ai pas d'avis tranché là-dessus, parce que quand on regarde à l'hôpital... Je veux dire le kiné, les infirmières, ils ont le dossier.

Interne 3 : Ils n'ont pas le choix à l'hôpital, alors que là, ils nous choisissent quand même.

Interne 5 : Ouais, mais tu vois, je ne vois pas... Mais t'as pas tort, oui, par le choix du patient mais l'hôpital, je ne vois pas où cela puisse être délétère en fait, je ne sais pas.

Interne 2 : Ben c'est peut-être aussi plus anonyme à l'hôpital que dans une MSP, tu vois...

Interne 3 : C'est vrai.

Interne 2 : Mais après pour le fonctionnement aussi, moi je me disais, ça pourrait permettre à certains médecins de terminer à des heures honorables, comme tu disais dix-neuf heures par exemple. Et puis qu'il y aurait un roulement avec un qui fait que, si éventuellement ça intéresse certains médecins de faire des roulements avec un qui termine beaucoup plus tard ce soir-là, une fois par semaine, une fois tous les quinze jours, qui permet, qui permet de voir les gens qui ont des horaires, ben voilà.

Interne 3 : Mais ça, limite, tu peux le faire même en étant pas dans une maison pluridisciplinaire, dans un cabinet de cinq médecins tu peux très bien mettre aussi...

Interne 2 : Oui, mais dans l'éventualité où l'on travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, moi, c'est comme ça que je verrais les choses, quoi, au même titre que...

Interne 3 : Oh ben oui, si tu es dans une maison, une maison pluridisciplinaire et que tu ne peux pas mettre ça en place, sincèrement, je ne vois pas l'intérêt quoi.

(Rires).

Interne 4 : Tu veux dire que toi, dans ta maison de santé, tu veux plusieurs généralistes ?

Interne 2 : Euh, ouais, je, ouais je verrais bien.

(Oui, ouais.)

Interne 4 : Trois ce serait bien

(Ouais, ouais.)

Interne 3 : Faut pas être trop nombreux aussi, parce que, enfin moi, je sais que l'hôpital, il est hors de question que je travaille là-bas. Je n'ai pas envie de me retrouver dans une grosse structure avec quinze professionnels, devoir gérer ça comme, comme une mini-entreprise, d'avoir, ça veut dire des réunions aussi pour organiser tout ça. Ça veut dire que, ben que, soit il faut qu'on embauche une personne pour la gestion, ou soit qu'on le fait nous même. Ça veut dire prendre des décisions par rapport au bâtiment, enfin c'est quand même... C'est, enfin, oui, c'est une entreprise, quoi. Donc, moi je n'ai pas envie non plus de me retrouver gros truc, où j'ai l'impression d'être dans un centre. Ouais, une miniclinique, ou un mini-hôpital, quoi. Je n'ai vraiment pas envie de ça quoi.

Interne 2 : Ouais mais du coup, moi je trouve, qu'il n'y a pas d'intérêt à faire une maison de santé pluridisciplinaire, j'dis, indépendamment de ce que tu viens de dire. Mais euh si le patient quand il vient, il n'a pas l'impression que tout est, qu'il a accès a tout, beaucoup plus facilement, que comme tu disais, qu'on l'oriente vers la mairie qui lui donnera la liste des assistantes sociales etc. Enfin moi, je trouve que, ce serait, qu'il faudrait pour que ce soit presque une efficience du, du, du soin, quoi, que, quand le patient vient chez nous, à la limite qu'il se dise que, « ah ben, c'est bien là-bas, parce que je sais que, qu'ils vont communiquer entre eux... »

Interne 3 : oui, oui.

Interne 2 : « ...Ils vont avoir accès... ». Enfin voilà... Enfin sinon, je ne vois pas en fait l'intérêt.

Interne 3 : Non, et si c'est pour qu'on soit tous dans nos bureaux et qu'on ne communique pas. Euh, là effectivement, j'en vois pas l'intérêt quoi.

Interne 7 : Je pense qu'il faut une grande salle commune avec un...

Interne 5 : Une secrétaire au milieu.

Interne 7 : Un babyfoot, un...

(Rires).

Interne 7 : non mais, un truc, mais vraiment comme une grande salle commune, un peu comme à l'internat où on puisse se retrouver, tout le monde.

Interne 5 : Ouais, une salle de pause.

(Rires).

Interne 7 : Ouais voilà.

Interne 6 : Une salle de détente ?

Interne 7 : Non pas une salle de détente, enfin...

(Rires).

Interne 6 : Le médecin, avec le babyfoot !

Interne 7 : Y'aurait la télé dans la salle de détente !

(Rires).

Interne 6 : Cela peut être novateur, hein ?

Interne 7 : Les gens qui viennent simplement dans la salle de détente !

(Rires).

Interne 2 : Non, mais je pense, en plus c'est aussi dans des trucs non formels, dans des temps non formels, qu'ils peuvent aussi s'échanger des choses importantes, sur leur fonctionnement, sur une prise en charge, Voilà quoi.

Chercheur : Et comment envisagez-vous le travail dans la maison de santé ? Enfin, vous parlez le travail avec les autres, de travail, enfin de, de, d'échanger des informations avec les autres professionnels, mais est-ce que, est-ce que vous, enfin comment voyez-vous votre temps de travail, tout seul, avec les autres ?

Interne 4 : Moi, je ne pense pas que, foncièrement, cela change. Enfin, je ne m'imagine pas dans une maison de santé, avec dix généralistes, trois kinés, trois infirmières, un cardio, un pédiatre, un machin... Mais du coup, (Rires). Mais du coup, enfin moi, non, je ne pense pas que pour le coup, cela changera ma journée. C'est juste qu'en plus, j'aurais par exemple une réunion en plus, une réunion toutes les deux semaines, une réunion par mois traitant des patients qu'on voit ensemble, qu'on suit tous ou qui nous posent soucis, enfin.

Interne 5 : Un staff quoi ?

Interne 4 : Ouais exactement.

Interne 5 : Une synthèse.

Interne 4 : Une sorte de staff pour certains patients. Oui, voilà.

Interne 7 : Après la majorité du temps, la journée, finalement on est un peu tout seul, quoi. Enfin, on est dans notre bureau. C'est vrai que, c'est plus pour des petits moments. Cela permettrait de gagner cinq minutes, puisqu'on croise, tiens, un tel ou un tel dans le couloir, et on en parle.

Interne 6 : La salle de pause, c'est bien pour ça.

Interne 7 : La salle de pause, oui c'est vrai, ça peut être pas mal.

(Hum).

Interne 6 : Une salle de pause en commun.

Interne 7 : Encore faut-il, qu'on puisse des pauses dans la journée.

(Rires).

Interne 3 : Faut les prendre !

Interne 6 : Faut les demander. Là où je suis actuellement, on s'accorde, même s'il y a des personnes qui attendent... C'est sans rendez vous. S'il y a des personnes qui attendent, on se donne un petit quart d'heure, comme ça, on essaie de se retrouver autour d'un café.

Interne 7 : Peut-être que sans rendez-vous, c'est plus facile pour faire des pauses, sans rendez-vous, c'est sans rendez-vous. En rendez-vous, (aspiration) c'est toujours un peu gênant quand tu arrives avec trois quart d'heure en retard...

Interne 6 : Oui voilà.

Interne 7 : ...« J'étais en pause. Euh... ».

Interne 6 : Bien sûr, faut pas abuser. On ne fait pas ça quand, y'a plein de monde dans la salle d'attente, quoi. Même s'il y a des rendez-vous, on peut faire des créneaux de pause prévus, quoi.

Interne 7 : Hum, ouais, faut essayer.

Chercheur : En fait, vous envisagez un travail dans, dans la maison médicale, enfin pluridisciplinaire, enfin de votre côté, en consultation, (hum) et puis, de temps en temps en pause vous échangez des choses et en staff quoi ?

Interne 7 : Ouais, puisqu'on n'a quand même pas besoin non plus, tout le temps besoin des autres pour la prise en charge. Y'a quand même plein de choses qu'on peut faire tout seul, voilà. Après les infirmières, oui, on en a besoin un plus régulièrement que les kinés. Bon mais, cela ne mérite pas forcément non plus, qu'à chaque fois, qu'on en discute. Voilà, y'a plein de choses qu'on peut surveiller et ce sera plus rapide pour le patient. C'est, je ne sais pas, si on en voit un dans la journée qui nous pose problème en moyenne. On n'a pas besoin des autres, et tout ça, et c'est déjà pas mal.

Interne 6 : Y'a une chose aussi, est-ce que le fait que, par exemple quand y'a une infirmière à côté, pour tout ce qui est ablation de points de suture, nettoyage de plaie, vaccinations, même parfois par délégation, du coup nous, ben, on perdrait un peu ce côté technique. C'est aussi des petits gestes de rien du tout, mais c'est vrai que ça casse (ouais) avec le reste, après une consultation de renouvellement d'ordonnance, d'éducation ou quelque chose comme ça. Faire un vaccin comme ça, c'est vrai bien, c'est un petit peu technique. (Hum) Est-ce que... Ou enlever des points ou quelque chose comme ça. Et dans ce cas-là, peut-être que le patient voit qu'il n'y a pas de place pour voir le médecin, il va voir l'infirmière, et, du coup, ça ferait qu'on ferait moins de gestes techniques.

Interne 7 : C'est vrai que ça repose des fois l'esprit parce que...

(Rires).

Interne 5 : Bah, là, t'as pas besoin de réfléchir.

Interne 7 : ouais

Interne 2 : Ouais, ou alors que la proximité géographique ferait que tu irais assister l'infirmière dans un geste technique. Euh, je ne sais pas, moi j'imaginai aussi ça dans l'autre sens, en fait, elle fait un pansement du coup tu peux aider. Sur des points de suture, tu n'es pas sûr, enfin elle n'est pas sûre de les enlever ou pas, et bien tu vas. Au contraire, je me disais que ça peut, comme tu disais, ça coupe, le fait d'en avoir en consultation. J'ai l'impression que, si t'es à côté... Mais je ne sais pas comment, c'est réalisable, mais. Si t'es à côté, et, de temps en temps, tu peux justement aller dans le bureau de l'infirmière, ou dans le bureau de la sage-femme, et voir, je ne sais pas moi, un examen. Et ben, ça peut aussi te donner cette petite bouffée d'oxygène.

Interne 6 : Ouais mais, tu ne peux, je pense que tu ne pourrais pas faire ça énormément. Ce serait qu'à l'occasion parce que...

Interne 2 : Ouais, c'est pour ça que je disais que, je ne sais pas comment c'était réalisable.

Interne 6 : Ça, ça marche seulement quand t'as une activité salariale, salariée comme à l'hôpital quoi. Parce que voilà, t'es pas un peu dans l'acte, tu ne peux pas vraiment, je ne sais pas comment tu...

Interne 7 : Tu ne peux pas passer ta journée à donner juste des avis gratuits.

(Rires).

Interne 2 : C'est sûr, c'est sûr...

Interne 7 : Et, on ne peut pas coter non plus deux, deux actes,...

Interne 6 : bah oui !

Interne 7 : ...Un infirmier et un médecin pour faire des points de sutures...

Interne 2 : Ah zut !

Interne 7 : ...Pour travailler.

(Rires).

Interne 3 : Il faudra trouver une autre façon de gagner ta vie !

(Rires).

Interne 7 : Après faudra qu'on devienne plus technique, à la limite avec des trucs plus compliqués, plus compliqués pour le spécialiste.

(Ouais).

(Rires).

Interne 6 : Y'a des choses qu'on peut tout faire tout seul.

Interne 7 : Ouais, on peut quasiment tout faire. On peut limite faire une fibro, des colos...

(Rires).

Interne 7 : Après ça devient compliqué...

Chercheur : Si vous intégrez, une MS, une MSP, comment souhaiteriez-vous l'acquérir ?

Interne 6 : C'est-à-dire acheter les locaux ou les louer quoi ?

(Rires).

Interne 7 : Ça je ne vois pas...

Interne 6 : Faut qu'ils soient mis à disposition par la municipalité ou euh...

Interne 2 : Ça, c'est claire !

(Rires).

Interne 4 : Ça, c'est parfait mais bon...

Interne 6 : Ouais, parce que qu'il faudrait quelque chose de grand comme bâtiment.

Interne 7 : Ouais, ce serait tellement grand, ce serait peut-être plus la municipalité. Et puis après bon, si on veut prendre des parts dedans, on pourra. Après je ne sais pas, au niveau fiscal, ce qui pourrait être intéressant. Il faut essayer de faire le plus intéressant.

(Hum).

Interne 7 : Après, c'est sur que faire soi-même son projet, pour la monter, ça prend du temps. C'est encore mieux si on arrivait dans une, qui est déjà toute faite, et qui tend les bras...

Interne 2 : Ouais justement, comme cela peut être fait par quelqu'un qui n'a aucune idée de savoir comment va être, comment l'exercice va-t-il être fait. Cela peut être complètement antifonctionnel comme, comme endroit. Donc je me dis, enfin, voilà, si c'est pour que ce soit quelqu'un dans son bureau qui imagine : « ah, ce serait bien que la secrétaire était au centre de tous les autres », peut-être que ce serait bien, mais peut-être qu'à l'utilisation, ce ne serait peut-être pas intéressant en fait, parce que...

Interne 3 : je pense que l'idéal, c'est quand on est installé dans un, une commune, qu'on s'entend bien avec tout le monde et qu'à un moment on se dise tous : « ben tiens, on est tous dans des locaux pourris, est-ce qu'on ne ferait pas mieux de se regrouper tous ensemble et mutualisons les moyens. On se connaît, on a déjà travaillé ensemble. On monte le projet tous ensemble ». Je pense qu'effectivement, c'est l'idéal. (Hum). Après c'est un gros projet, mais je pense que cela peut être vachement, vachement stimulant. Je trouve aussi pour la pratique, de se dire aussi « on prend un nouveau départ », quoi.

Interne 7 : Après je ne sais pas comment financièrement, c'est faisable, est-ce qu'on va voir la mairie ? « Ecoutez vous construisez, on s'installe là, on loue... ».

Interne 3 : Après voilà, les pouvoirs publics sont vraiment dans le ...

Interne 7 : ...Après on rachète au fur et à mesure, Voilà. Après...

Interne 3 :Sont vraiment sur ce créneau là. Alors je pense qu'il y a moyens après, d'avoir des subventions, des aides et tout ça... Mais...

Interne 7 : Après on donne nos avis, chacun comme on veut que son bureau soit fait et tout ça doit être fait, la disposition. Mais, peut-être que ce serait bien, de passer par un, quelqu'un d'extérieur pour tout ce qui est de la réalisation pratique.

Interne 2 : Hum.

Interne 3 : Ah oui, je pense qu'il faut qu'il y ait un entrepreneur, ça c'est sûr.

Interne 5 : Je pense qu'il existe une, je ne sais plus où est-ce que j'avais vu ça. Je crois que c'était à un congrès à [...], au [...], là où y'avait... Une, je ne sais plus du tout, c'est fou, mais y'avait une entreprise qui faisait juste ça...

Interne 3 : Une entreprise ?

Interne 5 : Oui, voilà, c'est ça, qui proposait des services ben, pour la maison médicale justement. Je ne sais plus comment ça s'appelle. Mais, je sais que cela existe, ouais.

Chercheur : Enfin, ouais de l'aide sinon, ce ne serait pas...

Interne 5 : Ouais, tout seul c'est lourd.

Interne 3 : Un architecte...

Interne 7 : Surtout, il faudrait quelqu'un pour unifier le tout. Chacun s'occupe de sa partie, et s'assure que... Mais après quelqu'un, un acteur, qui soit là pour unifier la, la mise en place de tout ça quoi. Alors souvent c'est vrai, le plus pratique serait la mairie. Et puis en termes de financement ben, peut-être qu'on peut mettre des billes dedans, peut-être que cela peut faire partie de la mairie. Ça, ça dépend vraiment des gens...

(Ouais).

Interne 7 : Je pense que ça peut être valable de mettre des billes dedans comme dans une clinique et tout ça.

Chercheur : Est-ce qu'il y a des aides que, qui sont pour vous indispensables, obligatoires pour faire une MSP ? Est-ce que...

Interne 7 : Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait, mais, sûrement toute aide est la bienvenue.

(Rires).

Interne 7 : Sûrement, après plus je me dis, que peut-être que tout seul on n'a pas le courage. Peut-être qu'il faut effectivement, qu'il y ait, se dire un peu que voilà c'est une promotion, on peut l'avoir maintenant, peut-être que dans quelques années ce ne sera plus faisable, ouais en profiter... Et, y'aura quelqu'un en plus, derrière, pour gérer tout ça donc. Ouais, je pense quand même, qu'il faut une aide, puisque tout seul, faut vraiment vouloir. On n'est pas sûr que cela marche derrière, on sait que tout seul ou en groupe, ça marche bien. Bon, c'est un risque à prendre. Ouais, je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un derrière pour pousser probablement financièrement, et en tout cas au niveau de l'organisation pratique

Interne 5 : Et puis, je trouve que, enfin, ce n'est pas pour nous décharger d'un problème ou quoi que ce soit, ce n'est pas du tout dans ce sens-là. Mais par exemple une part de la municipalité ou des collectivités locales euh enfin, c'est important. Dans le sens où je veux dire, admettons, y'a une maison médicale, enfin qui se crée, dans une ville ou dans un village, ça crée une dynamique. Je veux dire quand on est dans cette optique-là, de zone enfin, désertée entre guillemets sur le plan médical, enfin y'a, y'a quand même un certain nombre d'avantages pour tout le monde à, enfin voilà à mettre un projet comme ça, à mettre en place.

Interne 7 : Par contre, il faut prévoir pour l'avenir, parce que souvent les projets, c'est répondre aux besoins du moment, mais il faut essayer de prévoir pour l'extension, enfin ne pas être comme l'hôpital... Construire son truc, et puis paf, oh, c'est trop tard !

(Rires).

Interne 3 : Etre un peu aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant d'avoir des internes, et tout ça. En se disant, ben, ça ne va pas être éternel. Donc cela va permettre aussi qu'il y ait des jeunes qui viennent, qui voient comment cela se passe et, qu'ils aient peut-être envie de nous rejoindre. Et, je pense que c'est aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant quoi.

Interne 7 : Et puis voilà, on parlait de spécialistes tout à l'heure. C'est vrai que pour l'instant, ils n'ont pas besoin de venir en dehors des villes. Mais peut-être que bientôt ils pourront venir un peu en périphérie, pour, pour gagner correctement leur vie. Donc, faudrait aussi prévoir de quoi accueillir des gens en plus, et tout ça. Enfin, ça se prépare.

Interne 3 : Et puis même pourquoi pas avoir des gens, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé, mais euh, même avoir des consultations ponctuelles par exemples. Enfin, des spécialistes qui viendraient une journée, ou euh...

Interne 6 : Ouais, ouais.

Interne 7 : Ah ça, c'est pas bête ça !

Interne 3 : ...Ou par exemple qu'une journée par semaine, je sais que, qu'on a un cardio dans les murs...

Interne 6 : Ouais, un bureau pour recevoir les intervenants.

Interne 3 :Le lendemain, c'est, enfin, c'est vrai que, ce serait euh... Quand on est près des villes y'aurait peut-être pas d'intérêt. Mais, pour être passée en Centre Bretagne en stage, c'est vrai que, quand les gens, ils doivent aller, ils doivent faire cinquante bornes pour aller voir le spécialiste, ce serait un confort.

Interne 5 : Tu crois qu'il aurait des spécialistes qui seraient d'accord pour faire ça ?

Interne 2 : Hum, moi je pense. Enfin, je suis peut-être naïf mais...Je...

Interne 3 : J'ose espérer.

Interne 4 : Ne serait-ce que les débutants, tu vois, les jeunes qui ont fini leur clinicat, qui veulent faire du libéral, qui en sont, qui sont au point où, nous, on en est maintenant, peut-être ?

Interne 7 : Sur [...], y'a ça. Y'a les ORL de [...] qui viennent sur [...], reprendre...

Interne 6 : En ville ?

Interne 7 : Je crois ouais, je crois que c'est en ville, reprendre le cabinet de l'ancien ORL qui est parti. Donc, ils tournent un petit peu, je crois, je crois qu'il y a docteur [...] qui y va et, je ne sais plus qui d'autres.

Interne 4 : Ou même t'en as à l'hôpital qui veulent faire un peu de libéral. Je pense ouais, qu'il y aurait des gens qui pourraient être intéressés.

Interne 3 : Et puis pour la Sécurité Sociale, cela pourrait être pas mal aussi.

Interne 6 : Au niveau des transports ?

Interne 3 : Pour payer les transports et tout ça. Je pense qu'à un moment...

Interne 7 : Ouais, à la rigueur, s'ils payaient leurs transports jusque-là.

Interne 3 : Là, y'aurait juste à...

Interne 5 : Une journée de consultations.

(Rires).

Interne 5 : Là, terminer, c'est terminé !

(Rires).

Interne 3 : C'est bon, on peut ouvrir un hôpital de jour !

(Rires).

Chercheur : Et seriez-vous prêts du coup, à participer à un projet de MSP ?

Interne 6 : Peut-être pas immédiatement, comme on le disait tout à l'heure.

Interne 7 : Pour l'installation, ouais. Ce serait bien de commencer directement par ça, que de commencer après, par faire un cabinet, que, après se dire bon, maintenant on va faire... Surtout que nous, si on ne s'installe pas, ben, pour moi dans trois à cinq ans, ce sera vraiment dans l'air du temps. Donc, ce sera mieux de commencer directement par ça.

Chercheur : Directement par une MSP ?

Interne 7 : Hum.

Interne 4 : Que ce soit bien fait quoi ?

Interne 7 : Mais faudrait qu'elle soit déjà en projet, quand les murs, enfin que les murs commencent à être montés quoi.

Interne 4 : Un médecin dans une MSP qui part à la retraite et toi qui récupères...

Interne 7 : Non pas forcément, c'est-à-dire y'a une MSP qui se crée, ben « écoutez, si dans un an elle est montée, moi en attendant je continue à faire des remplacements, puis après je viendrais là ».

Chercheur : Avec les conditions ?

Interne 7 : Ouais, ben voilà, en disant : « moi, je veux faire ça et ça, est-ce que vous êtes d'accord ? ». Ça ne me dérangerait pas ouais, de commencer, enfin ouais, j'aimerais bien commencer directement dans une MSP. Sinon cela te fait investir dans un cabinet puis, ensuite investir dans un autre. Bon, la partie sera moins longue.

Chercheur : Très bien. Je ne sais pas si vous avez autres choses à ajouter ? Des questions ? Si y'a des choses auxquelles vous voulez revenir ?

Interne 7 : Non, à part que la MSP, c'est comme ça que se fera la majorité des choses. Mais par contre je ne sais pas, jusqu'où, ça ira en termes de, loin des villes. Est-ce que vraiment dans les zones rurales rurales, je ne sais pas si... Je pense qu'il faudra ré-attendre qu'il y ait une surcharge de médecins pour avoir, pour qu'il y ait à nouveau des choses qui se créent vraiment, là-bas quoi. Parce que le temps, enfin après, ça dépend, y'a des gens qui adorent et tout, vraiment dans des coins pommés, c'est très bien. Mais après la majorité préfèrent quand même être près des villes, pas forcément en ville, mais être à vingt minutes de Brest qui n'est pas une grosse ville déjà, c'est pas mal

Interne 3 : Puis est-ce que surtout, les médecins qui sont déjà là maintenant, ont envie, eux, de changer leur pratique là maintenant, sachant qu'ils sont à cinq, dix ans de la retraite, est-ce qu'ils ont envie de s'investir dans un projet comme ça, quoi ? C'est vrai nous, on va arriver même si on est vraiment motivé pour aller en campagne. Moi, je ne me vois pas arriver dans un coin, toute seule, me retrouver avec trois médecins autour qui n'ont pas envie de se bouger. Ben c'est sûr on ne peut pas monter une MSP, ça c'est sûr quoi. Il faut aussi qu'il y ait une dynamique, un petit peu, déjà locale, donc... À moins d'arriver à plusieurs jeunes médecins, mais, ça c'est déjà, un peu plus compliqué.

Interne 6 : Au Faou, y'a trois médecins généralistes dont deux qui sont proches de la retraite et, y'a une maison de santé pluridisciplinaire aussi qui, se créée, enfin, qui est en train de se créer. Donc les médecins, les deux médecins généralistes proches de la retraite vont travailler quelques années là, et ils ont déjà trouvé leurs, les suivants, quoi. Donc, ils acceptent de changer pour leurs dernières années.

Interne 3 : Oui après, je pense que cela dépend vraiment des médecins.

Interne 7 : Je pense qu'effectivement toute façon les médecins, enfin la majorité, veulent pas forcément qu'on rachète la patientèle, mais au moins, donner un nom de personne à aller voir après, enfin quelqu'un qui reprend la patientèle. Donc de toute façon s'ils se rendent compte, enfin s'ils savent que cela permet de, d'avoir quelqu'un qui reprendra plus facilement, je pense qu'effectivement... Même sur les dernières années, mais dans ce cas, il faudrait que financièrement cela leur coûte peu ou pas grand-chose.

Interne 3 : Ouais.

Interne 6 : Ouais.

Interne 7 : Parce que c'est sûr que, après, faut pas non plus qu'ils déboursent cinq mille euros à faire un an dans un nouveau, dans un nouveau bâtiment. Ça ne vaut pas le coup, quoi.

Interne 3 : Non, et est-ce que ça, ça a vraiment un intérêt que eux aussi ils s'investissent dans l'organisation, dans tout ça, alors que, alors qu'ils ne vont pas rester, et qu'il va peut-être en avoir d'autres qui vont arriver, avec d'autres idées et que, cela n'a peut-être pas d'intérêts non plus quoi ?

Interne 7 : C'est vrai.

Interne 3 : Donc effectivement, c'est à nous de nouveau de, ben de lancer ces projets-là. Ben c'est pas un faux projet, quoi.

Interne 7 : Cela ne se fait pas du jour au lendemain.

Interne 3 : Voilà.

Interne 2 : Par contre, on parle beaucoup justement des MSP, que, on s'imagine beaucoup, de, fonctionnant dedans, avec pleins d'idées comme ça... Mais je n'arrive pas en dehors des quelques points qu'on a soulevés, parce que là, on se dit : « oh, ce serait bien qu'il y ait une assistante sociale, l'infirmier, qu'il y ait ceci cela... ». Mais en dehors des points de difficultés des relations humaines, et puis même peut-être de secret, les choses qui sont dites à un corps de métier et autres, euh, je n'arrive pas à avoir d'éclairage sur tout ce qui pourrait être négatif justement. J'n'entends pas beaucoup de gens qui nous disent : « Non, mais attendez, c'est, c'est, ça va être infernal de vivre dans une – désolé pour les bruits de parasites – euh, ça va être infernal de vivre, d'exercer dans une maison... ». Parce que j'aimerais bien, avoir l'autre point de vue des gens qui...

Interne 6 : Les arguments négatifs ?

Interne 2 : Ouais, les arguments négatifs. On n'y vient, on n'y pense pas comme ça, mais bon.

Interne 6 : Oui peut-être, c'est parce que on est un peu naïf, on commence. Enfin, va commencer. Je ne sais pas.

Interne 4 : Parce qu'il y a bien des MSP qui sont montées et qui n'ont pas marché, je suppose. Pour des vraies raisons...

Interne 2 : Ouais, mais alors, c'était peut-être pas les mêmes mentalités, euh, les mêmes, les mêmes façons d'exercer, je ne sais pas...

Interne 4 : Ah mais, je ne...

Interne 2 : Ah, non je ne sais pas, moi non plus.

Interne 3 : Après y'a, y'a tout l'aspect gestion, c'est ce qu'on a dit aussi. C'est vrai que, faut être d'accord pour les investissements, faut, ben faut accepter aussi de venir se réunir régulièrement pour décider de : « ben, qu'est-

ce qu'on... Tiens, voilà, y'a tel problème dans tel local, est-ce qu'on fait les travaux, est-ce qu'on ne les fait pas ? ». C'est sûr que, ce sont des cas qu'on n'y pense pas forcément. Là c'est pas, là on n'est pas trois à prendre la décision, on est sept, huit. Euh, chacun, pas forcément les mêmes moyens financiers, enfin, y'a tout cet aspect-là, qui effectivement il n'est pas forcément facile, quoi.

Interne 7 : C'est sûr, il faut accepter de faire des concessions. De toute façon, même qu'on ne soit pas en groupe ou même dans les groupes médicaux.

Interne 3 : Ah mais oui, il faut, c'est pareil.

Interne 7 : Je pense que y'a, faut voir effectivement ça, ce sont les inconvénients relationnels, et machin... Mais bon, ça vaut que cela vaut sûrement le coup, à prendre, en termes de qualité de travail, qu'on peut demander. Y'en a qui trouveront, c'est trop cher, ça ne sert à rien, après. Après, voilà.

Interne 3 : Après, je pense que ce qui rebute peut-être certains médecins, c'est plus l'organisation, enfin, le fait de le monter la MSP, parce que effectivement c'est un gros projet, quoi. Mais ça je peux comprendre tout à fait, quand t'as que cinq ans à faire, t'as pas envie de te lancer dans un gros truc, où le temps de mener ton projet à, à son terme, tu partiras en retraite, quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça l'obstacle actuellement quoi. Ou, alors se dire, peut-être se confronter aussi aux, ça veut dire aussi que les autres paramédicaux ont quand même un minimum de regard sur ce que tu fais, donc se confronter, ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... C'est pas forcément facile non plus. Finalement quand t'es tout seul dans ton cabinet, tu peux faire ceux que tu veux, quoi.

...

Chercheur : Bon, ben très bien, je pense, que, vous avez bien répondu à mes questions.

Interne 2 : De rien.

(Rires).

Focus group avec les professionnels *paramédicaux*

Les participants étaient au nombre de six femmes (deux sages-femmes, deux kinésithérapeutes, une podologue, une orthophoniste). Les deux infirmières qui devaient venir, ont eu un empêchement de dernière minute. L'entretien de groupe s'est déroulé le 21 juillet 2011, dans une salle d'attente d'un cabinet médical. La durée du focus group a été d'une heure vingt minutes. La transcription en verbatim est la suivante :

Chercheur : Je pense que c'est que le plus simple, c'est déjà de commencer par un tour de table pour se représenter. Voilà ce sont aussi des, des informations que j'ai besoin après pour la suite. Mais bien sûr, ça reste anonyme. Je vais commencer par moi comme ça, ce sera plus simple. Donc moi, je suis médecin remplaçant actuellement, c'est moi qui prépare la thèse. Je, je remplace sur Rennes. J'ai fini mon internat, y'a trois mois, je crois...C'est une thèse en médecine générale. J'ai déjà fait des remplacements, des remplacements, et moi je m'oriente vers, pour mon cas, vers le libéral. Pour moi, c'est clair. Voilà.

P1 : Moi je suis [...], kiné installée à Lannion depuis deux ans.

P2 : [...], podologue installée depuis trois mois seulement, je n'ai pas un recul très important sur ce qui se passe ici à Lannion, mais je vais y participer.

P3 : [...], kiné installée depuis, on va dire, un an et demi à Lannion.

P4 : [...], orthophoniste installée à Lannion dans les années quatre-vingt-un, ça fait vieux ça. (Rires). Ça fait une trentaine d'années et, en exercice depuis mille neuf cents soixante-dix. Donc je suis une des plus « vieilles », bientôt à la retraite.

P5 : [...], sage-femme installée à Lannion depuis quatre-vingt-dix-huit, octobre quatre-vingt-dix-huit.

P6 : Et moi [...], je suis sage-femme libérale, je me suis associée avec [...] en septembre deux mille six.

Chercheur : On va commencer dans le, le sujet. Alors justement, comme vous êtes en libéral, actuellement donc, quels sentiments avez-vous dans votre pratique actuelle, dans votre pratique professionnelle ?

P4 : Le fait d'être en libéral ? D'exercer ?

Chercheur : Non, dans votre pratique maintenant. Simplement, vous êtes toutes libérales, je le sais, mais justement quels sentiments avez-vous par rapport à ce que vous faites, comment vous pratiquez ?

(Rires).

Chercheur : Comment vivez-vous votre exercice aujourd'hui ?

P6 : Alors moi j'ai commencé, en deux mille six seulement. Cela ne fait pas très longtemps, j'ai fait avant quinze ans d'hôpital. Moi je trouve que l'avantage du libéral, c'est quand même une certaine autonomie par rapport à tout ce qui est institution, où il y a toujours la hiérarchie, etc. Le travail en libéral, je trouve que c'est aussi un contact avec les patientes qui pour moi, est différente, est différent de ce que j'avais à l'hôpital.

Chercheur : D'accord. Et comment vous sentez-vous dans votre travail ? Est-ce que vous vous trouvez en difficultés, que, ou non, vous êtes à l'aise ?

P4 : Moi je ne me sens pas en difficultés, parce que j'estime que si j'ai un problème je peux toujours appeler soit un autre orthophoniste, soit effectivement le médecin traitant de la personne, soit, un moment, je travaillais beaucoup avec un médecin qui a pris sa retraite qui était phoniatre donc, ou les ORL, moi je côtoie plus les ORL, les médecins généralistes. On a toujours possibilités de, de voir si y'a un problème...

P5 : Je pense que nous, on a une situation qui est assez intéressante puisqu'on travaille beaucoup en relation avec l'hôpital, avec la PMI, donc y'a une bonne entente entre les trois secteurs, ce qui est important. Comme on va régulièrement aux staffs de la maternité, on est au courant de tout ce qui se passe, y'a une bonne entente entre tout le monde. C'est vrai que c'est intéressant.

P6 : Et ça fait vraiment un travail d'équipe en fait. On se sent intégrer, en fait, on est libérale mais tout en ayant un pied à la maternité ce qui fait qu'on se sent intégrer dans l'équipe hospitalière, tout en ayant notre statut de, de libéral.

Chercheur : D'accord, et est-ce que vous trouvez que, dans, avec votre pratique que vous faites actuellement, votre vie à côté, est-ce que vous trouvez un équilibre ? Est-ce que en guillemets vous êtes « épanouies », enfin, c'est bizarre à poser, mais... ?

P1 : Moi, je dirai que l'équilibre n'est pas évident à faire. C'est vrai que, nous, on est, bah, comme beaucoup, sollicité. Au niveau en kiné, c'est vrai que sur Lannion, je crois que y'a un déficit, on peut le dire au niveau kiné, puisqu'on a des délais qui pour moi en deux ans se sont considérablement allongés. On est obligé de mettre en place des listes d'attentes, choses qu'on ne faisait pas ne serait ce que, y'a six, huit mois, et c'est vrai que là, aujourd'hui on fait ça. Je me suis vue même, y'a quelques, y'a deux, trois mois, bah, on était, au sein du cabinet on est quatre, on était à un mois d'attente de prise en charge au niveau patient, chose qu'on n'avait jamais vue avant. Donc, c'est vrai ça, ça nous a un petit peu, ça nous a surpris déjà et, pour, pour faire face à ça, on a mis en place depuis quelques mois un secrétariat téléphonique. C'est-à-dire qu'on ne répond plus au téléphone. Malheureusement, on n'a plus le contact direct avec le patient, parce que ça, quand même cela nous permettait déjà d'avoir une première approche. Mais on a dû mettre ça en place pour, pour aussi répondre aux patients qui eux étaient dans la douleur, dans le besoin et nous qui étions en face, un moment donné, on était saturé. Et là, c'est vrai que je me suis sentie un peu débordée face à la demande. Alors peut-être pas assez de recul, et puis, cela a été un petit peu difficile. Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. On dit ben, de telle heure à telle heure, on accepte les patients, elles ont notre plannings. On fonctionne via internet, et elles remplissent, elles gèrent les patients. Et puis on n'a plus ce contact, ce contact téléphonique, en disant aux gens : « ah non, je ne peux pas vous prendre aujourd'hui. Ah non, pas la semaine prochaine mais dans un mois ». Alors ça, ça nous était inconnu y'a encore deux ans maintenant, quoi. Et là depuis quelques mois, depuis qu'on a mis ça en place, cela s'est considérablement amélioré, puisque là on arrive à beaucoup mieux gérer les patients, le planning, et notre vie à côté.

Chercheur : Mais, y'a toujours autant de files d'attente, enfin autant de délai ?

P1 : Bah là l'été, là on est à dix, quinze jours, donc... Ouais, c'est quand même pas évident à gérer mais là, je crois qu'on a eu des collègues qui sont partis en retraite pour d'autre part, y'a eu quand même deux décès donc cela fait trois en moins et plus maintenant, y'en a un là aussi un collègue qui part en retraite, monsieur [...], qui part en retraite sur [...], qui est parti en retraite. Donc on est quand même à quatre kinés en moins sur le secteur. A côté de ça, bon y'a [...], qui s'est installée. Je pensais que cela faisait un an, mais bon cela fait quasiment deux ans.

P3 : Un an et demi. J'ai connu ça aussi, ce que tu dis avec...

P1 : Moi je ne sais pas comment tu le gères...

P3 : J'ai des, des horaires élastiques, donc, là en ce moment je travaille beaucoup moins. L'hiver j'ai travaillé beaucoup plus : j'ai fait des semaines à cinquante heures. Euh ce qui n'est pas satisfaisant. Euh, mais je l'ai fait, mais l'hiver prochain, je verrai. J'aimerais bien, pouvoir trouver un autre kiné, mais on a beaucoup de mal, parce que j'ai de la place dans le cabinet pour avoir un autre kiné mais, je ne trouve pas pour l'instant. Enfin ça ne fait pas longtemps que je cherche non plus. Avec des horaires élastiques, j'arrive à gérer.

P1 : Ouais c'est ça.

P3 : Mais, ce n'est pas satisfaisant.

P1 : Mais non. Voilà.

P3 : D'un point de vu privé, ce n'est pas satisfaisant. C'est certain.

P1 : Hum. Ben, oui, c'est peut-être ce qu'il faut que tu fasses peut-être.

P4 : Moi j'ai toujours eu des horaires élastiques.

P5 : Nous aussi on a des horaires élastiques.

P4 : Maintenant c'est moins gênant dans la mesure où je n'ai plus d'enfants à la maison. C'est vrai que quand on a des jeunes enfants, c'est quand même difficile, de ne jamais les voir ou presque, quoi.

(Hum, hum).

P4 : Mais je ne supporte pas effectivement, quand quelqu'un appelle pour une rééducation de lui dire que je le prends dans trois mois.

P1 : Ben oui, c'est insupportable.

P4 : Parce que se dire pendant trois mois...

P1 : Bien sûr.

P4 : Moi, encore ça peut plus attendre que vous. Vous en général, c'est...

P1 : C'est du quasiment, c'est de l'immédiat.

P3 : Le fait d'avoir...Moi, c'est vrai j'ai le patient directement au téléphone, et j'arrive à, à voir si c'est vraiment vraiment urgent ou si la personne va attendre quelques jours ou...Et puis...

P1 : Mais combien des fois, moi, combien des fois je me suis fait avoir, entre guillemets, où j'ai dis : « ben oui venez, il est vingt heures ». Mais c'est un truc... Moi élastique, c'était du, du, vraiment élastique, c'était du douze, treize heures. Alors je dis ok...

P3 : Non moi, je...

P1 : Et puis finalement la personne elle vient, et puis en fait je me dis, cela pouvait carrément attendre deux, trois jours, quoi. Moi je me fais avoir, peut-être moins maintenant, beaucoup moins, mais je crois que c'est l'expérience aussi qui fait ça.

P4 : Moi forcément, je n'ai pas ce problème d'urgences. Non, je n'ai jamais de trucs de réellement urgents. Je peux commencer dans les quinze jours, mais je ne vois pas dire aux gens : « je vais vous prendre dans six mois », comme des fois cela arrive.

P3 : Oui, moi non plus.

P1 : Mais on n'en est pas là.

P4 : On va voir ça à la rentrée scolaire. Mais c'est vrai la vie privée à côté en prend un coup, quoi.

Chercheur : Ouais, y'a quand même quelques difficultés, d'accord. Et, concernant votre rémunération, quels sentiments avez-vous ?

P4 : Bah, on parlait tout à l'heure de ne pas avoir été augmentée depuis bien longtemps !

(Rires).

P4 : Je crois que c'est général, puisqu'on dépend un peu près toutes de... Quand il y a, quand les infirmières sont augmentées, en général, les autres suivent.

Chercheur : Est-ce que vous pouvez préciser parce que tout simplement...

P3 : Ben nous les kinés, je crois que la dernière augmentation date de quatre-vingt-dix-huit.

P1 : J'ai vu une étude là, dans le *kiné actualité*, le pouvoir d'achat des kinés avait diminué de neuf pour cent depuis un an, quoi, donc... Sur une même... Bah, il faut travailler plus si on veut garder la même rémunération.

P5 : Nous, on fait beaucoup de, beaucoup de route et les frais de route sont restés les mêmes depuis au moins deux mille, et le gasoil n'est pas au même prix. Ce qui pose de sérieux problèmes sur la gestion des patientes qui habitent à, trente, trente cinq kilomètres de Lannion. Et dans le planning pour aller les voir il faut au moins une heure par patiente pour aller les voir et dont le plein d'essence.

P2 : Alors, moi je n'ai pas de problème parce que, les actes, ici voilà, y'a pas de, c'est pas remboursé, alors on applique les honoraires qu'on souhaite en fait. Hormis pour les patients diabétiques mais sinon, en podologie, il y a une base de remboursement qui est minime et, et ensuite après en fait, c'est que, finalement c'est que du dépassement quoi.

(D'accord).

Chercheur : C'est vrai, que là, on est mixte au niveau des âges là, mais comment envisagez-vous votre cessation d'activité ? Quand vous...

P4 : Alors, moi, je suis très proche et j'ai un gros point d'interrogation, à savoir qu'effectivement, on ne trouve pas de personne pour prendre la suite. D'une part, parce que les jeunes orthophonistes préfèrent être justement en cabinet ou en structure donc en libéral, non. Et puis, plus personne ne veut racheter de clientèle toute façon et puis, je crois que même si on la donnait... C'est très difficile de trouver un successeur.

Assistant : Et pourquoi les jeunes préfèrent, dans votre métier le libéral, aussi ? Préfèrent l'hospitalier du moins, ou le salariat ?

P4 : Je pense que c'est pour une sécurité. Travailler en groupe, effectivement travailler en équipe, ne pas se lancer tout seul. Alors je parlais avec un médecin l'autre fois, une gynéco en l'occurrence, qui me disait que c'était très difficile aussi de trouver quelqu'un pour reprendre une clientèle pour les problèmes aussi que les jeunes médecins avaient très peur d'avoir des procès sur le dos, des choses comme ça et donc ils ne voulaient pas se lancer. Et que vu ce que l'on donnait en tant que remplaçant, finalement ils trouvaient plus facile d'être remplaçants pendant un certain temps plus ou moins long.

P2 : Puis il y a un souci de charges aussi.

P4 : Peut-être aussi un souci de charges.

P2 : Y'a un souci de charges à payer, à mon avis. Moi je sais que je m'installe, je ne travaille pas toute la semaine, alors je n'ai pas de problème de file d'attente, hein. J'espère que cela viendra un jour.

(Rires).

P2 : Mais je sais par contre, au niveau des charges, moi, je me retrouve avec énormément de charges. Dans ma vie privée, ce n'est pas un manque de temps, on va dire, c'est au niveau du salaire finalement voilà. Aujourd'hui jeune installée, podologue à Lannion, euh je pense que si j'étais salariée au SMIC, dans n'importe quelle entreprise je m'en sorterais mieux quoi.

P4 : Et là c'est un rachat de clientèle ?

P2 : Ouais, c'est un rachat, ouais c'est pas...

P3 : C'est pas une création.

P2 : C'est pas une création.

P4 : C'est pas une création.

P2 : Et j'ai racheté pour ça aussi. Enfin moi je ne voulais pas envisager une création quoi.

P4 : D'accord. Donc au départ une certaine clientèle quand même qui reste.

P2 : Qui reste.

P4 : Y'a toujours une partie qui s'en va.

P2 : Mais malgré tout, comme, quand on débute, on est sur des forfaits.

P4 : Oui.

P2 : Euh par rapport, le calcul des charges sont faits aux forfaits finalement. Les charges, moi aujourd'hui par exemple, représentent pour moi, cinquante six pour cent de ce que je gagne là. Donc finalement je redonne plus que ce que...

P4 : Moi aussi elles représentent cinquante pour cent. Je pense que pour tout le monde c'est un peu près pareil.

P1 : Entre cinquante et cinquante cinq. Tout le temps.

P2 : Pour répondre, je veux dire, si j'avais le choix pour être salariée dans une structure et d'être déchargée peut-être de, je ne sais pas comment ça fonctionne, alors je ne vais pas me lancer là-dedans. Mais peut-être que si, si effectivement cela me permettait d'avoir une sécurité, de, un salaire fixe tous les mois, et ben moi, je choisirais d'emblée d'être salariée au sein d'une structure hospitalière. Enfin moi, je n'irais pas vers le libéral en tout cas. Et je comprends en tout cas que dans certaines professions où y'a le choix, on choisisse, que les jeunes maintenant choisissent plutôt la sécurité comme ça, plutôt que le libéral.

P4 : Alors je pense qu'il y a la sécurité et qu'il y a peut-être aussi les horaires, parce que c'est vrai quand on est dans une structure on travaille : neuf heures - midi ; deux heures - cinq heures, six heures, c'est fini. Tandis que quand on est en libéral, comme le disait [...] « bon ben, venez quand même... ». Et ça fait vingt-et-une heures.

P1 : Puis y'a les papiers derrière...

P4 : L'administratif est très long.

P1 : Qui effectivement après je me dis, c'est pas grave. Je prends une après-midi pour moi et puis finalement l'après-midi... Ah bah oui, tu as toutes les ordonnances à rentrer ou autres, plus la comptabilité, plus pleins de choses et puis finalement, des fois je me dis : « heureusement que j'ai... ».

P4 : Ou l'inverse, tu prends une après-midi pour toi, puis après tu te dis : « oh ! La pile que j'ai mon dieu ! ».

P1 : « Bon tans pis, on reste une ou deux heures ».

P5 : Oui mais, y'a une liberté de travail qu'on n'a pas avec l'hôpital avec la pression des hiérarchies, bon ben voilà. C'est pour ça que cela n'a pas de prix.

P1 : Ouais c'est pour ça qu'on est en libéral, et de se dire : « oh bah tiens, là je veux absolument assister à telle chose » et tout ça. On se bloque vraiment, peu importe en milieu d'après-midi et on y va. Et ...

P5 : Ça c'est intéressant.

P1 : ...Et on ne rend des comptes...

P5 : A personne.

P1 : A nous même, quelque part quand même au prescripteur, à nous même et c'est une relation patient - thérapeute très forte quoi. C'est vrai qu'on n'a, on n'a pas de compte à rendre à une hiérarchie. On a des comptes à rendre au prescripteur quand même mais, on n'a peut-être pas ce poids-là qu'on a en institution

P5 : Dans la mesure où on n'a souvent pas, enfin on n'a pas tout le temps la prescriptance, on a une liberté de travail qui est assez grande. Je ne me reverrais pas repartir travailler à l'hôpital. J'aurais énormément de mal à rester douze heures, à travailler à l'hôpital.

P4 : Mes collègues qui sont en structure me disent que c'est très frustrant aussi, parce qu'elles vont voir un patient pendant un mois par exemple, et puis après ben, il rentre chez lui. Elles ne savent pas du tout ce qu'il est devenu. Et elles sont très contentes quand on donne des nouvelles : « oh tiens, j'ai vu monsieur un tel, il se passe

ceci, il se passe cela... ». Parce que c'est vrai c'est une relation courte en général en structure, que cela soit sur l'hôpital, bon, si sur les CMPEA où les choses plus comme ça, c'est vrai qu'elles les suivent beaucoup plus longtemps. Mais...

P1 : Mais c'est vrai pour ma part, j'ai peut-être envisagé un moment donné de faire un mi-temps à l'hôpital et un mi-temps en libéral, pour avoir le positif de chaque, de chaque structure. Puis bon là, finalement c'est quand même le libéral qui me plaît et qui me convient bien, mais je ne nie pas ça, pourquoi pas dans un second temps ou peut-être dans quelques années choisir ce fonctionnement-là. Je ne sais pas...

P4 : Alors moi j'ai fait ça en début de carrière, pareil, j'ai travaillé en structure et parallèlement en libéral.

P1 : Oui...

P4 : Pardon. Ça permet d'avoir un œil différent, quand après tu passes en libéral, parce que tu as travaillé en équipe avant, justement avec tout un tas d'autres professions, qui ont un autre œil. Mais bon, finalement je suis partie aussi en libéral en totalité. Et vous les sages-femmes alors, parce que c'est quand même particulier ?

P5 : Je voulais juste dire que y'a, en ce moment y'a beaucoup de sages-femmes qui cherchent à partir de l'hôpital. Donc c'est la vague inverse.

P4 : Elles rêvent toutes...

P5 : Et on risque de se retrouver, si au niveau du Conseil de l'Ordre, ils ne structurent pas les autorisations de, d'ouverture de cabinet, on va se retrouver avec un problème inverse. Avec trop de monde sur certaines zones et, voilà, tout le monde ne gagnera pas sa vie. Donc c'est vraiment le problème. Hein ?

P6 : Ah oui oui.

Assistant : Et quel est pour vous l'explication de ce ...

Chercheur : De ce phénomène ?

Assistant : De ce phénomène effectivement un peu contraire des, des...

P6 : Y'a eu l'histoire des quinze ans, trois enfants, qui a fait vraiment partir les sages, enfin les femmes, enfin les sages-femmes de l'hôpital, ça je pense que c'est indéniable. Et puis du coup, quelque part, c'est de ne pas jouer le jeu, soit on prend une retraite et puis on va à la retraite, soit on fait du libéral. Mais là, elles ont touché, elles veulent toucher à tout quoi, avoir une retraite et quand même continuer à travailler parce que c'est vrai qu'à quarante ans, on ne s'arrête pas à travailler quoi donc...

P1 : Oh, si on était à leur place...

P6 : Non, moi j'aurais pu le faire.

P1 : C'est pareil, je ne sais pas ?

P6 : Non, moi j'aurais pu le faire parce que j'ai fait quinze ans d'hôpital et je n'ai pas pris pour autant une retraite, soit. J'ai fait le choix de m'installer en libéral et je fais du libéral. Et je fais un temps, pas plein, parce que je ne pense pas qu'on travaille à temps plein, nous...

P5 : A deux, maintenant non.

P6 : A deux non.

P5 : Mais c'est élastique.

P6 : Mais, enfin je pense, c'est voilà, une des causes ça a été quand même cette histoire je pense, des quinze ans-là.

P1 : Toute façon maintenant, elle est supprimée, ça, cette loi.

P6 : Oui mais voilà elles viennent toutes de partir là. C'est-à-dire que là elles veulent toutes s'installer mais, il n'y aura pas assez de travail sur le secteur pour l'instant. Alors après y'a aussi la répartition, la vraie répartition des activités de chacun, je ne sais pas si vous allez aborder ça, peut-être après. C'est-à-dire que, on disait que si y'a des médecins ou des gynécologues qui s'arrêtent, pourquoi pas essayer de comprendre quelles étaient leurs activités réelles et de savoir si toutes leurs activités obligatoirement doivent être faites ou reprises par un gynécologue ou réalisées. Par exemple nous sages-femmes, on est tout à fait capable de suivre des grossesses simples, cela fait partie de notre activité et de notre profession. Encore faut-il que les médecins acceptent de les, ben de partager aussi, de déléguer...

Chercheur : De laisser faire.

P6 : De laisser faire, voilà.

Chercheur : Et que pensez vous des soins de premiers recours à Lannion ?

....

P6 : C'est quoi des soins de premiers recours ?

P3 : La maison médicale par exemple ?

Chercheur : Non les soins de premiers recours c'est les soins qu'on peut donner en première ligne à un patient. Que, quand un patient peut venir vous voir pour x raisons mais qu'on peut donner... Pas un avis spécialisé, c'est ça que je veux dire, mais justement un acte infirmier, je sais qu'il n'y a pas d'infirmière, un acte kiné, podologue, enfin podologue, orthophoniste ou ben euh, suite de grossesse aussi, si y'a euh, elle vient vous voir ben euh, pour la contraception...

P6 : C'est ça que vous appelez un acte de premier recours ?

Chercheur : Ouais parce que y'a pas de, y'a pas de, enfin, y'a pas d'avis spécialisé. Pour moi, quand on passe à un avis spécialisé, quand on envoie quelqu'un vers un autre confrère, c'est déjà une seconde main quoi, ou un acte à l'hôpital, c'est plus, hormis les urgences, c'est plus...

P3 : Nous en tant que kiné, on peut faire des actes de premiers recours comme ça, mais, les patients ne seront pas remboursés.

P6 : Donc ils ne viennent pas

P3 : Donc on n'en fait très peu en fait, parce qu'on n'a pas de prescription.

Chercheur : Oui parce qu'ils viennent par la prescription du médecin.

P3 : Oui, mais ce n'est plus du premier recours si c'est, y'a une prescription médicale ?

Chercheur : Si parce que vous êtes dans le soin. Vous êtes dans le soin du, parce que c'est une prise en charge globale tandis que si...

Assistant : On peut s'arrêter. Le problème de ta question est surtout le problème de l'accès au soin sur le secteur de Lannion. C'est plutôt l'accès au soin que le soin de premier recours, quoi. C'est l'accès au soin, c'est ce qu'on évoquait déjà tout à l'heure, c'est-à-dire les files d'attente, les délais d'attente, avec ce que ça engendre comme conflits personnels, comme difficultés, comme réorganisations, etc. Voilà, comment est-ce que vous le vivez, vous le voyez, vous le vivez, vous le ressentez, vous vous organisez ? On l'a un peu abordé tout à l'heure mais peut-être aller un peu plus, un petit peu plus loin.

P6 : Ben nous, tout ce qui est acte à domicile, enfin tout ce qui est suivi de grossesse à domicile ou suites de couches à domicile, euh, ben on nous demande on y va.

P5 : Voilà.

P6 : On ne se pose pas de question, ça du coup...

P5 : Un monito...

P6 : ...Un monitoring pour une surveillance de grossesse pathologique, on nous dit : « il faut y aller trois fois par semaine », ben on va les casser trois fois dans la semaine. Après à nous de nous organiser, mais de toute façon, elle sera vue. On ne se pose même pas la question. Euh les suites de couches...

P5 : C'est pareil.

P6 : Dès qu'elles sortent elles appellent et on y va dès le lendemain et puis trois jours de suite. Euh donc on ne se pose pas la question. Le soin de premier recours, on y va tout de suite. Après au cabinet, pour tout ce qui est rééducation périnéale...

P5 : Et cours.

P6 : Et cours de préparation à la naissance, ça effectivement on peut avoir un petit délai entre quinze jours et trois semaines, parfois trois semaines, un mois. Voilà c'est un peu près ça.

P5 : Hum.

P6 : Et au niveau des cours de préparation à la naissance, c'est qu'on n'a plus de mal à gérer parce que c'est par à-coups. C'est-à-dire que les patientes ne viennent pas nous voir, peu, et ça, on ne sait pas pourquoi. Enfin elles s'adressent prioritairement à l'hôpital, et du coup ben elles restent, on ne nous les adresse pas même si y'a des files d'attente sur l'hôpital, on se rend compte que y'a du mal à déléguer vers le libéral. Enfin pour les cours...

P5 : Pour les cours.

P6 : Enfin pour les cours de préparation à la naissance.

P5 : Elles arrivent d'un coup, elles ont, elles repartent, elles accouchent donc, c'est quelque chose de très dure à gérer.

Assistant : Et pourquoi, comment vous expliquez ça comment, est-ce que c'est une consultation tellement passionnante que, elle est gardée par les hospitaliers ?

P5 : Non, c'est que l'hôpital a, paie des sages-femmes pour faire les cours, donc ils remplissent les cours, voilà. C'est tout simplement ça.

P1 : Et est-ce que les cours de préparation à l'accouchement c'est aussi, parce que à l'hôpital, c'est quelque chose qu'elles proposent notamment, des prises en charge à [...], alors... Est-ce que c'est encore autre chose ?

P6 : Ouais, mais je viens de mettre en place moi des cours de prépa, en piscine à la thalasso à [...].

P1 : Ben voilà, elles ne le savent pas aussi !

P6 : Sauf que voilà, il faudrait que je prenne aussi le temps de faire le tour de tous les médecins, de tous les kinés, et de tous les professionnels de santé, pour informer tout le monde. Et ça c'est un manque de temps. J'ai des affiches la voiture, j'ai des, des p'tits... Et je n'ai pas pris le temps. Alors par courrier, ça me gêne d'envoyer un courrier comme ça à tous les médecins parce que, j'avais prévu de voir les médecins généralistes, les kinés, etc.

P1 : C'est peut-être ça aussi, je crois.

P5 : C'est un manque d'informations, oui.

P6 : Oui de ma part, ouais c'est sûr après c'est un problème de temps.

P5 : Parce que c'est comme sur l'hôpital, les femmes ne font pas l'avance des soins donc ce n'est même pas le problème d'avance des soins, puisqu'elles donnent leur carte vitale et on télétransmet.

P1 : Ouais, nous aussi on ne fait pas payer.

P6 : Elles n'ont pas à payer.

Assistant : Tout est en tiers-payant chez vous ?

P6 : Oui.

Assistant : Quasiment.

P5 : Pour l'instant ouais.

P6 : Donc que, c'est même pas une histoire d'argent. On ne fait pas de dépassement d'honoraire ni l'une ni l'autre. C'est plus un problème de, oui, de se faire connaître et... Pourtant à l'hôpital ils nous connaissent, puisqu'on va, nous, tous les mardis on va au staff, vraiment on est en collaboration avec eux. Mais tout ce qui est préparation à la naissance, ça bloque. Ça bloque.

P5 : C'est beaucoup l'hôpital qui nous connaît donc...

P6 : Ouais ouais.

P4 : Pourtant à la limite, moi, j'irais plutôt chez vous pour une préparation à la naissance, que pour, un acte plus médical.

P1 : Ouais, c'est vrai. Moi aussi.

P4 : Enfin pour quelqu'un de ma génération.

P6 : Le problème c'est que, je ne suis pas certaine que, la population sache ce que fait une sage-femme libérale.

P4 : Oui mais c'est vrai. Tout à fait vrai. Là on découvre, hein ?

P6 : Voilà.

Assistant : Les autres professionnels, non plus, c'est le problème de la connaissance des compétences des autres.

P4 : On se découvre.

P6 : Des compétences des autres, ouais. Exactement, je pense que cela passe aussi par là.

Chercheur : Ben justement comme on parle des autres, comment trouvez-vous vos relations avec les autres professionnels ? Le contact ?

P4 : Ça va, [...] ?

(Rires).

P1 : Ouais si, ça se passe bien, si on a des questions. Ben c'est vrai qu'il faut juste qu'on ait le temps de décrocher le téléphone, et dire tiens « j' ai ci, ça... ». Mais globalement, ça se passe bien. C'est vrai, c'est encore plus sympa de se prévoir des petites réunions, comme aujourd'hui dans ce cadre-là, et, d'échanger et de mettre des visages sur des noms. Mais, mais globalement, ça se passe bien. Tout le monde est accessible et ouvert, c'est juste question de temps, quoi.

P4 : Et parfois on se rencontre au domicile, justement, j'ai connu [...] chez une patiente commune.

P1 : Et on se rencontre au domicile, c'est l'occasion d'échanger.

(Hum).

Chercheur : Donc là, on va passer, je vais, on va, je vais vous poser des questions sur les trois à cinq ans qui vont venir, sur ce que vous pensez faire dans les trois à cinq ans. Comment, Où vous voyez-vous, comment voyez-vous votre exercice ?

...

Chercheur : Peut être qu'il ne changera pas, je ne sais pas, est-ce que vous avez envie qu'il change ? Est-ce qu'il y a des choses que vous avez envie de garder ?

P4 : Moi je suis mal placée pour en parler, parce que normalement, je prends ma retraite dans un an et demi. Moi je n'ai pas tellement envie de changement. Bon je veux bien lever un petit peu le pied, pour justement, si je ne trouve pas de successeur, ne pas laisser les patients dans le vague ou réussir à les redispacher.

P6 : Moi je n'ai pas envie de changer, j'aimerais bien, j'avais dans l'idée effectivement, pourquoi pas de, d'aller développer des consultations, enfin des consultations prénatales. Ça c'est ce qui me tient à cœur, vraiment. Euh peut-être ailleurs, j'allais dire plutôt dans les, bon ben, dans un lieu où y'aurait des besoins comme peut-être [...], [...]. Je me dis bon, y'avait eu un moment donné, un médecin qui avait contacté, une sage-femme pour aller faire de la consultation là-bas. Donc pourquoi pas faire une vacation, j'avais pensé faire une vacation à l'hôpital, puisqu'il manque de gynéco, alors pourquoi pas ? Donc l'idée d'un, de quelque chose de pluridisciplinaire, c'est quelque chose qui moi, me plairait bien, mais tout en gardant mon cabinet, enfin voilà. Tout en ayant une autonomie, moi je verrais plus, pourquoi pas, faire une vacation quelque part en cas de besoin, après.

P5 : Moi la même chose en post natal.

(Rires).

P4 : Vous vous complétez, après tout !

P1 : Moi je viens de m'associer là dernièrement donc, donc moi j'aspire à continuer, à continuer comme ça pour l'instant, à trouver mon équilibre. Là depuis quelques mois, c'est le cas, et puis, de continuer sur la même lancée. Avec l'équipe, ça se passe très bien, donc, continuer comme ça.

P3 : Moi j'aimerais bien trouver quelqu'un, pour ne plus être toute seule. J'avais pris le, le chemin de, l'option de, d'ouvrir un cabinet, de créer un cabinet, et non pas, de racheter une clientèle ou une patientèle. Et euh mais bon, je me rends compte que travailler tout seule, ça a, je savais parce que je l'ai fait avant, longtemps, ailleurs. Ça a quelques contraintes. Et moi, je ne sais pas, j'aimerais qu'on parle aussi éventuellement, des kinés respiratoires, de, de, y'a toute cette problématique à Lannion quand même, de kinés respiratoires l'hiver, sans...(Rires). Voilà chacun, chacun, se débrouille enfin bon, et donc j'aimerais bien trouver quelqu'un et pouvoir travailler à deux.

P1 : On avait essayé de monter y'a un an et demi, un an, un réseau, au niveau période, je crois, novembre, quinze novembre - quinze février, quelque chose comme ça, un réseau où on aurait tourné au sein de Lannion et même un petit peu plus large. On avait trouvé quelques kinés. Notamment certains étaient d'accords avec [...], [...] et ceux qu'on connaissait. Mais, on a été très peu à être ok, ou à se prévoir des week-ends, donc c'est très vite tombé à l'eau. Mais après s'il y'en a un peu plus, ce sera sans problème. Mais ça, je crois que c'est au sein de notre profession, faut essayer de se réunir et...

P3 : Oui, c'est pas.

P1 : ...Et d'en discuter mais, effectivement. C'est vrai, on avait essayé de lancer quelque chose et c'est très vite tombé à l'eau, y'avaient trop peu de volontaires. Chacun se débrouillait dans son propre coin. Mais en même temps, souvent, ben déjà nous, on est à quatre au cabinet donc...

P3 : Oui ben voilà donc.

P1 : ...Nous on tourne à un le week-end, y'a une personne, et on s'arrange comme ça. Et si vraiment y'a personne, on va appeler quelque de notre petit réseau. En demandant un tel, et puis à l'inverse, ceux du secteur, ils nous téléphonent aussi : « bah tiens [...] nous, on est vraiment coincé, j'ai deux ou trois bébés ». « Ben y'a pas de soucis. Y'a un tel qui est là, ce week-end au cabinet », et puis voilà. Donc si t'es embêtée, n'hésite pas.

P3 : Oui j'ai quelques...

P1 : Et à l'inverse, si on est vraiment coincé pour des week-ends et ben... C'est intéressant de savoir qu'on peut s'entraider.

P3 : Moi je me débrouillais avec le kiné de [...] mais...

P1 : Ben plus on est, mieux c'est.

P3 : Ouais.

P2 : Et moi alors dans cinq ans, euh, moi, j'aimerais bien rejoindre, une maison ou un groupe médical où je puisse partager avec des professions qui sont proches, proches de la mienne, ou pas d'ailleurs mais, pour vraiment, comment dire... Des gens avec qui avec, qui on s'entende, et on puisse discuter et avoir plusieurs approches. Moi je sais que dans la podologie, déjà c'est pas, c'est pas uniquement les pieds, on agit sur plein de choses. Euh, moi je sais que j'envoie certains de mes patients chez des dentistes, très bizarrement, et je ne leur fais pas de paires de semelles. Et puis je travaille avec des kinés, et des ostéos, et je crois en tout cas que la podologie, ce n'est pas une profession qui peut avoir la prétention de résoudre tous les problèmes toute seule quoi. Enfin moi je sais dans mon métier, vraiment, plus on est à travailler sur le, à prendre en charge en fait le même patient et plus les résultats, ils sont, ils sont probants, ils sont rapides. Et moi je vois certains patients qui sont suivis en kiné, par exemple, qui sont suivis en kiné-ostéo, qui sont en dentaire, ou, enfin, ben, les améliorations, elles sont, elles sont nettes dès le mois, dès le mois qui suit en contrôle. Et puis contrairement à ça, des gens qui, qui ne sont pris en charge par personne d'autre que moi, et ben finalement on y arrive et des fois on n'y arrive pas complètement et ça peut durer trois, quatre, six mois, quoi. Voilà, donc moi personnellement, pour ma part et, pour ma profession, le, la notion de pluridisciplinarité, elle est vraiment très importante, enfin voilà.

P1 : Ça c'est certain.

P4 : Alors pourquoi avoir acheté seule ?

P2 : Parce que j'ai cherché pendant un an et demi à m'installer...

P4 : Oui.

P2 : ...Alors, à l'inverse de d'autres professions, nous, en podo on peut, enfin on peut s'installer où on veut. Euh il faut savoir, ben toutes les grandes villes, elles sont très prisées donc ça déborde. Et y'a pas du travail pour tout le monde. Ici sur le secteur, ben moi je, j'étais intéressée, je, bon je suis originaire d'ici et je sais qu'il y a réellement quelque chose à faire. Et puis, comme je ne voulais pas créer, y'avait que le rachat pour moi. Et aujourd'hui, ben y'avais pas de possibilité en, au sein d'un groupe médical. Enfin, c'était un des critères. C'était le seul critère, que je n'ai pas rempli. Moi j'avais plusieurs critères, j'avais l'emplacement, j'avais le parking, j'avais le rez-de-chaussée, j'avais le matériel, j'avais la compétence de la personne, enfin après qui je reprenais aussi et, le fait d'être au sein d'un regroupement médical, et c'est le seul critère que je n'ai pas rempli.

P4 : D'accord.

P2 : Et je sais que, si par exemple dans cinq ans y'a un projet de maison médicale ici, moi ça m'intéresserait vraiment de participer à ça et de déménager pour intégrer...

P4 : Y'en a un sur Ploubezre.

(Rires).

P2 : Oui mais, y'a une, y'a une podologue, je crois qui rejoint, qui rejoint Ploubezre. Ouais.

P4 : C'est déjà fait, et toi t'es là.

P2 : Non, Non, mais euh...

P4 : Au cas où...

P2 : Enfin voilà.

P4 : C'est vrai que sur Lannion, il n'y en a pas tellement, de maison, comme ça, où se regroupent des professions paramédicales différentes. Parce que je vois, [...] c'est un cabinet de kiné...

P1 : Un cabinet de kiné ouais.

P4 : Kiné, mais aussi, ostéo un petit peu... Vous vous êtes seules. Bon vous, vous êtes sages-femmes toutes les deux.

P1 : C'est sûr que, qu'est-ce que ce serait intéressant, de, de retrouver sous le même toit différents corps de métiers pour avoir, différents points de vue sur différents systèmes, pour que la personne, elle ressorte...

P4 : Bien sûr.

P1 : ...Beaucoup mieux, et puis vue sous différents angles. C'est certain. C'est ça, moi aussi qui m'a manqué un petit peu sur Lannion. Bon, ben j'ai trouvé une équipe de kiné, pour moi c'était important qu'on soit, euh plusieurs au moins, au niveau kiné. Mais ouais, après, ça on est, on est vraiment dans la même profession, mais après, à moi de téléphoner d'envoyer des patients.

P4 : Voilà.

P1 : Je sais que tu t'installes, ben tiens c'est vrai tu t'installes, allez voir à droite à gauche... Et puis, à nous, de diriger les patients, quoi, vers les uns les autres pour essayer de prendre au mieux la personne mais...

P4 : Mais c'est quand même plus difficile comme communication entre paramédicaux...

P1 : C'est certain.

P4 : ...Que si c'était regroupé au sein...

P1 : Ouais, que si on se croisait dans une salle commune, de détente, où là, on échangerait encore plus facilement. C'est certain.

P4 : Parce que parfois on a l'intention, on dit : « ah ! Il faut que j'appelle pour demander », et puis le temps passe, on fait ça, etc.

P1 : Mais voilà...

P4 : Alors que si on était dans le même local, c'est pratique, si on se croise c'est facile, ben à propos...

P1 : Ah oui, ce serait super...

P2 : Sans compter qu'il pourrait être, je ne sais pas, un secrétariat avec, des dossiers patients qui soient communs à l'ensemble les professions qui soient là, et que l'on ne soit pas là obligé d'aller les réclamer. Puis, même enfin, c'est d'être en groupe, c'est déjà beaucoup, moi je trouve, même si on exerce la même, la même profession, parce que, enfin je ne sais pas en kiné, mais nous par exemple en podologie, on a beau avoir tous le même diplôme, mais suivant les villes et les instituts dans lesquels on a été formé, ben on ne pratique pas la même podologie quoi. Et, de, moi j'ai fait beaucoup de remplacements et au cours de mes remplacements j'ai agrémenté ce que l'on m'a appris. J'ai pris d'autres formations à droite à gauche pour faire aujourd'hui. Et je sais que, ben peut-être dans trois ou quatre ans, j'aurais encore rencontré d'autres personnes, et j'aurais encore fait évoluer mon, ma prise en charge et, je pense que c'est important.

P4 : Nous c'est pareil, les écoles d'orthophonie, finalement chacune a une orientation un peu différente et...

P1 : Et puis c'est vrai, après on se dirige vers la voie qui nous convient nous, quoi. Puis l'on va se former et puis, on est bon dans un certain domaine et, d'où l'intérêt d'être plusieurs pour échanger, passer la main et autres.

P4 : Oui, puis on a toujours des préférences aussi dans... Enfin, je pense que c'est comme nous, vous avez un...

P1 : Les champs d'action sont tellement larges que...

P4 : ...Echantillonnage très large.

P2 : Et puis même vos patients, ils ont des préférences, je pense. Voilà, parce que, pour les patients aussi, d'avoir le choix de son praticien, c'est quand même, la chose, la plus, la plus importante.

P4 : Mais là, à la limite, bon, ils vont là où ils veulent.

P3 : Oui mais, justement ils ont le choix.

P4 : Oui, ils ont, le choix.

P2 : Oui mais au sein d'un regroupement, vous offrez encore plus de, vous offrez... De groupement de mêmes professions, je parle ...

P3 : Ah oui.

P2 : ... Vous offrez encore plus de choix.

P3 : Oui, de mêmes professions.

Chercheur : Et avec qui souhaiterez-vous travailler s'il y avait une la maison de santé pluridisciplinaire ? Avec qui, avec quels professionnels ?

P2 : Avec quels professionnels ? Pour moi ce qui est le plus proche : c'est kiné, ostéo, médecin généraliste pourquoi pas, médecin du sport pourquoi pas.

P1 : Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure.

P2 : Dentiste, pourquoi pas.

P1 : Et pourquoi pas infirmière.

P2 : Infirmières, c'est très important aussi, puisqu'elles sont en contact direct des les patients et c'est elles qui parfois... Moi, c'est des infirmières, qui m'appellent pour me dire, « voilà je suis allée à domicile et cette personne, elle nécessite de soins ». Donc, moi je pense que chacun a sa place. Même un diététicien, je veux dire, alors c'est peut-être pas paramédical ou médical, mais dans la prise en charge des patients diabétiques, et ben, dans le réseau y'a les podologues, y'a les médecins généralistes, ben y'a aussi, y'a des endocrinos, et puis, et puis, y'a l'éducation aussi, par les diététiciennes, les manières de manger, de s'alimenter, comment... Voilà, pourquoi pas aussi, je pense que l'on a chacun à gagner de se, de se regrouper quoi. Pour des questions de gestion aussi, de secrétariat, des, des questions d'intendance aussi, tout simplement, de secrétariat, d'allègement des charges, pourquoi pas, plutôt d'avoir chacun son petit secrétariat téléphonique. Et ben, voilà, y'a une secrétaire, les patients, ils la connaissent, c'est la référente voilà et puis au final, ça se passe... Moi, je pense que c'est dans l'intérêt de tout, de tous à mon avis

P6 : Pour nous, les sages-femmes c'est aussi, les médecins généralistes, et les gynécos. Mais pourquoi pas kiné aussi.

P4 : Kinés, diététiciennes, je travaille beaucoup avec les diététiciennes pour les problèmes de déglutition. Les jéjunos, des choses comme ça, on travaille en équipe.

Chercheur : Et que pensez-vous des stagiaires, des étudiants ?

P4 : Ah moi, j'en ai eu des stagiaires. J'ai abandonné maintenant.

P6 : Nous, on prend les étudiantes, les étudiants y'a de plus en plus d'hommes sages-femmes. Les étudiants, non, non, au contraire, je trouve ça très intéressant parce que cela nous permet, nous aussi de nous remettre en cause, quand on est sorti de l'école y'a vingt ans. Ben ça évolue. Je trouve qu'en libéral, comme on est un petit peu en

dehors de, je dirais, de tout ce qui peut se dire, des protocoles hospitaliers, enfin donc, je pense que les étudiants, nous permettent aussi, ben d'être un peu aussi à la hauteur. Moi je trouve ça très intéressant.

P4 : Moi j'ai un peu abandonné là ces dernières années, parce que je trouve que si on veut bien le faire ça demande beaucoup de temps.

P6 : Ouais.

P4 : Parce qu'effectivement on voit le patient, on explique un peu pendant que le patient est là, mais on ne peut pas, s'étendre trop. Il faut reprendre après, enfin si le stagiaire est intéressé, c'est sûr, mais faut reprendre après, à la fin de journée, dire voilà : « on a fait ça parce que, qu'est-ce que tu en penses ? », etc. Donc il faut compter au moins encore une heure après... Mais c'est bien.

P6 : Nous, on a l'avantage du transport entre chaque patiente, donc...

(Rires).

P5 : On peut papoter entre deux patientes.

P4 : Bon puis c'est intéressant aussi parce que c'est vrai parfois, on aide aussi à des sujets de mémoire, ben comme vous, donc on élabore, enfin elles élaborent des tests. Nous, y'a beaucoup de femmes, enfin y'a des hommes maintenant en orthophonie. Donc c'est intéressant, oui. C'est sûr.

P1 : Nous aussi on est sollicité et au contraire. Non, c'est très intéressant, enrichissant d'apporter sa connaissance et d'avoir de nouveaux points de vues, les nouvelles études, nous, on n'a pas pris le temps de lire telle ou telle chose, de voir aussi que, les enseignements, les enseignements évoluent, changent et puis aussi de faire partager, parce qu'il y a également des médecins, des internes qui nous appellent pour venir une ou deux journées et ça c'est aussi très intéressant de, ben de communiquer, ben de voir nous sur le terrain, nous, ce qu'on peut faire, sur quoi on peut intervenir. Et là encore on échange quoi, entre professionnels. C'est très enrichissant.

P6 : Nous aussi, on a un médecin qui nous a sollicité, un jeune médecin là, qui va venir passer une semaine avec nous, fin août, moi j'étais très surprise et j'ai trouvé ça super.

P1 : Ouais, c'est bien.

P6 : C'est bien qu'un médecin accepte, enfin accepte de demander à une sage-femme, qu'on lui explique des choses, c'est ouff ! Ça fait du bien de voir que, que l'on est reconnue.

P5 : C'est vrai.

P4 : Mais je pense que justement, les médecins ne savent pas toujours, enfin moi je remarque, ce que nous, ce qu'on peut faire.

P6 : Ouais.

P4 : Souvent l'orthophonie, souvent je vois c'est : « lecture orthographe », point à la ligne. Alors que c'est plein de choses, autour, que je trouve plus intéressantes personnellement mais bon. C'est vrai que pour beaucoup, c'est ça.

Chercheur : Et, donc, enfin, si vous étiez dans une maison de santé pluridisciplinaire comment, comment verrez-vous le fonctionnement, comment voyez-vous votre journée ? Travailler avec les autres, travailler seul ?

P1 : Pour ma part ce serait chacun, quand même indépendant, mais avec une zone au moins commune peut-être le secrétariat et une zone commune de détente pour s'échanger. Mais après on reste en libéral, et là c'est plus, un travail indépendant, mais avec plus des zones communes d'échanges.

P4 : On rejoint ce que l'on disait tout à l'heure, un secrétariat commun, un côté administratif commun, un fichier peut-être commun. Mais chacun gardant sa propre clientèle, indépendance, patientèle.

P2 : Puis c'est dans l'ère du temps, toute façon maintenant les gens, enfin, ils ont besoin de se faciliter la vie, et, ils iront plus facilement dans un endroit où y'a tout, que d'aller courir à droite chez l'un, à gauche chez l'autre. C'est des questions de facilité pour eux.

P4 : On revient au supermarché.

P2 : Voilà.

P3 : Moi, je ne suis pas certaine parce que, mais bon. J'ai une patiente qui est venue, qui venait de [...]. Donc moi, je suis sur [...], donc j'étais un peu surprise mais bon, c'est comme ça... Et son critère, c'était, elle voulait être avec quelqu'un qui travaille seul. C'était son critère, parce qu'elle ne veut pas, passer de...

P6 : Passer de l'un à l'autre.

P3 : ...Avoir plusieurs kinés et donc elle a cherché dans la liste clairement une femme qui travaille seule, voilà. Donc y'a aussi des gens, quelques uns comme ça, sans doute.

P4 : Oui oui.

P2 : Bah...

P4 : Oui, allez y.

P2 : ...Moi je parlais de la mixité, qu'il y ait plusieurs professions. Le fait d'avoir sur place plusieurs professions différentes. Euh, voilà question de facilité quoi, je vais chez mon médecin, je vais chez mon kiné, c'est la même adresse, je ne m'embête pas. Euh même moi, j'ai travaillé dans des groupements comme ça, des, des femmes, qui prenaient rendez-vous : alors, leur enfant était en kiné, en kiné, et pendant ce temps-là, elles prenaient rendez-vous, ben chez la pédicure quoi. Clairement voilà, ils faisaient d'une pierre deux coup, parce que ça tombait à pouvoir s'arranger comme ça, mais voilà.

P4 : C'est aussi du risque dans ces cas-là, de gens qui vont passer du kiné, à l'orthophoniste, à la pédicure, alors de midi à, ou de deux heures à quinze heures trente, alors une demie heure chez l'un, une demie heure chez l'autre... Ça fait un peu... Moi je sais que j'évite, par exemple quand on travaille, quand on a des clients, des patients communs, [...] on essaie, nous...

P1 : D'avoir un temps de pose, et...

P4 : Voilà !

P1 : ...De ne pas enchaîner.

P4 : De ne pas dire [...] : « vient, j'arrive tout de suite après ». Si [...] y va le lundi, j'essaie d'y aller le mardi.

P1 : Et inversement, c'est sûr.

P4 : Surtout qu'en général, ce sont des patients fatigables, donc on essaie de s'organiser.

P2 : Après voilà, c'est ça. Ça dépend des patients, ça dépend... Moi je sais, par exemple que l'ostéo, si je sais que mes patients ont vu un, ont été manipulés, je ne les reçois pas dans la semaine...

P4 : Bien sûr.

P2 : ...Dans la semaine. Je laisse, j'ai un délai de cinq jours et j'attends cinq jours. Enfin j'attends une semaine finalement, je les reçois la semaine suivante, mais je ne fais pas ça dans le, toute de suite.

P4 : Mais le risque c'est que, s'il y avait une demande...

P2 : Et, je ne le ferais pas non plus s'il y avait...

P4 : ...Une demande des gens qui ne sont pas au courant que, qu'il vaut mieux patienter, que tout se stabilise, quand ils ont vu l'ostéo.

Chercheur : Et comment aimeriez-vous concevoir, une telle structure, une telle maison de santé pluridisciplinaire ?

P4 : La concevoir au niveau, architectural ou ... ?

Chercheur : Ben oui, éventuellement.

P4 : Eventuellement.

Chercheur : Vous avez parlé d'une pièce commune...

P3 : Ben un peu comme ici en fait.

P1 : Ben ouais.

P4 : Oui finalement.

P1 : Oui comme ici, une sorte de sphère, ou je ne sais pas une sphère avec un, un accueil central, et des pièces tout autour, je pense, je ne sais pas moi.

P2 : Moi, j'aurais fait quelque chose de carrée, alors je vois ça très cubique. Avec des pièces de consultation qui soient de surfaces identiques pour chacun des, identiques, enfin adaptées à chaque profession. Mais, qu'on ne passe pas du huit mètres carrés aux cinquante mètres carrés. Pourquoi pas une salle d'attente qui soit attenante, à ces pièces-là et qui ne soit pas forcément commune, que les patients par exemple, de certains praticiens soient, enfin soient dans une pièce attenante à la salle de consultation de la personne qu'ils vont voir. Et puis après en arrière, en arrière-plan, ben voilà, une salle, pourquoi pas une salle de réunion, une petite cuisine. Pourquoi pas, même s'il y a des professions qui, qui sont de garde, enfin des professionnels de garde, comme les médecins, pourquoi pas, avoir une salle de repos, aussi, je veux dire que tout est envisageable, mais, avec en même temps un îlot central, quelques choses d'articulés autour de... Moi je la vois comme ça.

P4 : Ben ici, c'est ce qu'il y a. Il y a une salle d'attente, vous avez une petite salle d'urgence, et puis, les bureaux sont en éventail autour apparemment, hein ?

Assistant : C'était pour la confidentialité.

P4 : Oui. Ah oui.

Assistant : Et pour le calme des médecins.

P4 : Avec cette zone commune, ouais.

Chercheur : Et quel élément, selon vous, avec, avec ce que vous avez vécu, avec votre expérience plus ou moins longue on va dire, quel élément faudrait-il envisager pour que ça fonctionne ? Pour, on a parlé de l'espace, c'est vrai. Un petit peu de l'espèce de sphère, et une salle commune, mais...

P1 : Une machine à café ?

(Rires).

P4 : Une interne qui fait des petits gâteaux !

Rires.

Assistant : Donc au-delà de ces éléments importants, bon qu'est-ce qui peut permettre à un système de ce type-là de fonctionner quoi ? Quels sont les critères indispensables pour que vraiment cela fonctionne ?

P6 : Peut-être déjà bien de déterminer le rôle de chacun. Enfin l'activité et les compétences de chacun, de chaque professionnel, pour essayer peut-être, de ne pas, empiéter les uns sur les autres. Euh moi je pense, clairement, l'histoire de la rééducation périnéale, toujours cette petite guerre entre les kinés et les sages-femmes. Voilà si, on venait à travailler avec des kinés, je pense qu'il faudrait d'emblée que les choses soient simplement dites, et clairement exposées, enfin pour éviter tout conflit par la suite de dire, enfin voilà. Je n'ai rien contre les kinés, j'aime bien les kinés, donc... Non, mais voilà, par exemple, avec les gynécos et nous, ben ce serait un peu du même ordre ou avec les médecins généralistes, la consultation prénatale. Si la patiente va bien et que le médecin obstétricien ou généraliste est complètement débordé et qu'il finit à vingt-et-une heure le soir, et que la sage-femme peut faire des consultations prénatales. Ben bon, pourquoi pas se répartir le travail tout en sachant que nous avons des compétences, mais qui sont limitées mais que, en cas de pathologie, il est évident la sage-femme ne doit pas garder une patiente avec une pathologie et travaillera, enfin en équipe avec les médecins ou obstétriciens. Moi, il me semble pour que cela fonctionne bien, il faut que chacun sache ce que l'autre peut faire ou a le droit de faire et que...

P5 : Oui.

P4 : Vous, c'est finalement, votre profession qui, qui enfin empiète, qui se recoupe le plus avec celle des médecins...

P6 : je pense, oui, enfin...

P4 :Parce que nous, un médecin ne va pas aller faire de la kiné ou encore moins l'orthophonie.

P6 : Bah, c'est bien pour ça qu'on est « profession médicale à responsabilités limitées ».

P4 : C'est difficile.

P6 : On est le cul entre deux chaises ! On n'est pas paramédicale, mais on est médicale à responsabilités limitées.

P4 : Oui, oui. C'est vrai que ce n'est pas facile comme position.

P6 : Donc que c'est pour ça que voilà.

P4 : C'est pour ça que cela doit être bien défini au départ.

P6 : Que cela doit être bien défini, parce que voilà, entre nous on peut se marcher sur les pieds...

P5 : De fois...

P6 : ...Bêtement.

P5 : Des fois on a le droit de faire, des fois on n'a pas le droit de faire.

P1 : Et savoir que si y'a des thérapeutes qui on envie de monter ce genre de structure, je crois qu'ils sont tournés vers l'échange et le dialogue et...

P6 : Oui.

P1 : ...Et qu'à priori, ce genre de problème évoqué, une fois, que c'est bon, je pense cela peut être vite réglé.

P6 : Oui, oui, hein, mais tout à fait, c'est pour ça que je réponds à la question.

P5 : Avec tous les statuts, avec, au départ dans la mise place de, de la collaboration, de voilà, c'est de la mise sur table...

P6 : Nous au départ, quand j'ai commencé en deux mille six, on avait le droit de faire de la rééducation abdominale postnatale. Puis un jour, on n'a plus eu le droit, bon ben, voilà. C'est-à-dire que nous, nous avons respecté les règles, on a dit, tans pis on n'a plus le droit de le faire, pourquoi ? Je ne sais pas ? Et puis on adresse toutes nos patientes à qui on fait de la rééducation périnéale, ben après on leur dit, « votre ordonnance non, vous

allez voir un kiné ». Alors qu'on aurait très bien pu dans notre cabinet, continuer notre petit truc toute, notre petite sauce.

P1 : Comme vous faisiez avant.

P6 : Comme on le faisait avant. Mais bon voilà, au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, ben il faut, il faut que tout le monde soit clean par rapport à ça. Et la rééducation périnéale, c'est quand même aussi du domaine de la sage-femme, profession sage-femme.

P1 : Pour ma part, reprenez la, votre rééducation périnéale, abdominale, reprenez-la !

(Rires).

P1 : Comme ça peut-être qu'on passera d'un délai de un mois à trois semaines.

P6 : Mais exactement, c'est ce que l'on déplore, un peu ça.

P4 : Et pourquoi vous l'a-t-on enlevée ?

P6 : On ne sait pas.

P5 : C'est comme ça, chez nous, ça arrive.

P4 : C'est plutôt curieux de faire une marche arrière.

P6 : Ah complètement, et puis on n'a pas compris. On a reçu un petit papier de la sécu disant, dorénavant les rééducations abdominales...

P5 : C'était sur les termes. C'était la sage-femme peut faire la rééducation uro-périnéale...

P6 : Mais pas...

P5 : ...périnéo-abdominale, c'est-à-dire abdominale non, périnéo-abdominale oui. Ça revient à... Voilà, et ça après le mot « abdominale » a disparu et...

P6 : Périnéale ?

P5 : Non, « abdominale » disparu et il nous est resté « péri », « périnée » donc...

P1 : En sachant qu'on parlait de la rémunération tout à l'heure. Donc nous on a récupéré la rééducation abdominale. C'est celle qui est le moins bien côté au niveau kiné, donc c'est vrai que, quand on voit arriver ce genre de prescription, ben on, forcément on répond à la demande mais voilà, mais faut savoir que...

P4 : Sans plaisir...

P1 : Nous ça, ne nous intéressait pas qu'elle vous soit enlevée quoi, ben ouais.

P1 : Non, mais c'est l'occasion de...

P6 : C'est l'occasion des explications, ouais. Et puis nous, on n'a pas compris.

P1 : Et puis nous non plus.

P6 : C'est comme ça.

P2 : Moi je crois qu'il faut que les gens s'entendent aussi...

(Plusieurs oui).

P2 : ...Que les praticiens s'entendent, je pense. Et il faut qu'ils aient le même élan de, enfin, il faut que tout le monde aille dans le même sens quoi.

P1 : Communication, échanges...

P2 : Parce que sinon...

Assistant : C'est quoi le même sens ?

P4 : Ça peut être un sens ou un autre sens. Mais que tout le monde ait un peu près les mêmes idées

P2 : Etre dans la formation, se donner le temps de se former, d'évoluer en fonction de ce qui, ce qui se fait, ce qui se développe, des nouvelles, nouvelles pratiques. Je crois que, je crois que, qu'il ne faut pas que, il ne faut pas avoir deux pôles quoi. Quelqu'un qui reste campé sur ses positions, les autres qui essaient d'avancer, je ne pense pas que ce soit, je ne crois pas que ce soit bon dans un fonctionnement de groupe quoi. Parce que, au bout d'un moment la communication et l'échange, elles vont être bloquées, puisqu'on n'a pas...

P1 : Oh ! Et encore, moi je trouve que si on est avec des personnes avec des points de vues différents, certaines qui vont avancer sur des nouvelles techniques et d'autre qui vont être un peu plus campées pour x raisons sur, sur d'autres choses qui ne souhaitent pas forcément évoluer, si elles sont intelligentes et que tout le monde communique, je pense que cela peut fonctionner.

P5 : Oui moi, je pense, oui.

P4 : A partir du moment où y'a communication.

P1 : Oui, voilà, hum, je pense que c'est ça.

P6 : Ouais parce que c'est ça ! Du moment qu'il y a communication.

P4 : Même s'il y a désaccord ?

P1 : Ouais.

P6 : Ouais. Parce qu'on ne va pas tous se former dans la même, pathologie. Je ne vais pas me former en podologie moi et pourtant, on pourrait travailler ensemble. Tu vois ?

P2 : Non, mais moi, par exemple, je lis des certaines choses qui se passent, qui se passent en kiné, parce que moi...

P6 : Oui parce que cela te concerne.

P2 : Oui mais, c'est voilà. Mais si je suis amenée à travailler avec, avec des kinés, et que, que je veux, je veux discuter de cette approche-là, et que je tombe en face de quelqu'un qui, qui non, a appris de cette façon-là, et ne veut pas s'ouvrir. C'est voilà, au bout d'un moment la communication, elle est rompue.

P1 : Mais alors, je pense, j'espère que ce genre de personnes ne se, ne se représenteront pas dans ce type de structure où l'échange est la règle quoi. J'espère...

P2 : Ouais, mais, bon pour, y'a des gens qui voient aussi le regroupement médical comme la facilité d'avoir des patients, de développer une plus grande patientèle, parce que c'est ça aussi. Faut pas, faut pas se leurrer. Et puis...

P1 : Pas dans notre cas à nous en tout cas. Ce ne serait, moi, ce ne serait vraiment pas ça. Ah ouais, je, non.

P6 : Ouais un travail d'équipe.

P1 : Deux cents pour cent, ah oui.

P5 : Une facilité d'échanges.

P1 : Ah oui, on sinon je n'en vois aucun intérêt.

P2 : On en a parlé tout à l'heure, et c'est vrai, y'a des personnes qui rejoignent des, des maisons de santé parce que, parce qu'elles bénéficient de, de l'impact des patients de, de, pour ma part par exemple, du kiné, qui va être à la porte d'à côté, donc voilà, ou, du médecin, parce que c'est une solution toujours, une solution de facilité quoi. Les gens, ils vont sortir, vont voir la plaque de, vont chez la gynéco, ils voient la plaque de la sage-femme, bon je vais aller faire mon accouchement à côté de ma gynéco. Et puis en plus de ça, ils partent du principe que vous travaillez avec les gens avec qui vous partagez, votre espace de travail, quoi, donc ils ne se posent pas la question.

P4 : Moi je ne sais pas moi, ce n'est pas parce que j'accrocherais avec le kiné, par exemple, que j'accrocherais avec une autre profession paramédicale, donc que je pourrais très bien aller voir quelqu'un d'autre ailleurs. Je ne pense pas que, cela m'influence quoi.

P5 : Je ne pense pas non plus. Non.

P4 : Si j'ai eu de bons échos ou si la personne, je ne sais pas, moi...

P5 : Je pense que c'est plutôt quelque chose de, avec les gens, les gens qui sont remboursés avec la Sécurité Sociale et les actes non remboursés. Dans la mesure où c'est remboursé, les gens viennent vous voir, y'a pas le même impact que, quand il n'y a pas de remboursement. Je pense que c'est surtout ça, c'est le problème des psychologues, des...

P6 : Des ostéos.

P5 : ...Ostéos, que nous, que les gens viennent voilà, de toute façon...

P4 : Oui, parce que de toute façon, c'est remboursé, effectivement.

P5 : Le jour où on ne sera plus remboursé, où s'il y a une part à leur charge, là il changera et là effectivement... Mais tant que c'est remboursé... Souvent elles donnent leur carte vitale, elles patientent et je leur dis combien ce que cela représente, mais elles s'en fichent. « Mais attendez, là c'est tant de soins, y'en a pour telle somme », elles s'en fichent. Tant qu'elles ne font pas le, le chèque.

P4 : Oui, parce que vous êtes payées directement....

P5 : Oui par la sécu.

P4 : [...], non payée directement, aussi par la sécu ?

P1 : Ça dépend des caisses.

P5 : Ah oui, sauf les caisses extérieures.

P1 : Ouais, nous on a peu de tiers-payant, mais y'en a quand même. C'est vrai que certaines caisses, moi, j'essaie de les faire sautées, si on n'a plus le chèque, pour que les gens fassent le chèque et qu'ils se rendent compte de la valeur, quitte à ce que j'attende de l'encaisser mais...

P6 : Moi, je serais assez pour ça, ouais. De leur faire, faire le chèque quand même.

P1 : Mais pour certains vous leur demandez de faire le chèque, y'en a qui ne veulent pas.

P4 : Vous ne travaillez pas avec les mutuelles, avec les conventions ?

P1 : Bah, si certaines, mais je ne sais pas pourquoi, certaines mutuelles, notre logiciel les prend automatiquement et donc les patients n'ont pas à avancer les soins et je trouve ça dommage.

P4 : Moi je fais régler.

P1 : Ouais c'est bien.

P4 : Et les gens sont remboursés, soixante pour cent par la caisse, quarante pour cent par leur mutuelle.

P5 : Nous c'est l'hôpital. C'est voilà, l'hôpital, elles donnent leur carte vitale, et voilà, si elles viennent nous voir elles donnent leur carte vitale aussi, si on se démarque de l'hôpital, effectivement, elles se diront ben, nous on va plutôt à l'hôpital.

P4 : Oui.

P5 : On va plutôt à l'hôpital.

P4 : C'est sûr que, en même temps y'a...

P1 : Parce que en même temps vous vous démarquez déjà, parce que vous êtes, le local, est hors hôpital, donc peut-être que c'est plus, euh, je ne suis pas sûre, de ça, je ne suis pas sûre de ça, il faudrait essayer pour voir.

P3 : Non, mais les soins de maternités sont pris en charge à cent pour cent par la sécu.

P5 : Elles n'ont pas l'habitude de les payer.

P3 : Nous, les soins ne sont pas pris à cent pour cent.

P5 : A non, c'est du tiers-payant avec la carte, voilà. Une patiente, une patiente qui...

P6 : C'est une question de taxation.

P5 : Oui voilà.

P4 : Nous, on a juste les ALD finalement qui sont pris à cent pour cent, les CMU, les choses comme ça...

P5 : Voilà.

P3 : Les CMU, les ALD, etc.

P1 : Ah oui, je n'avais pas compris ça. Oui, oui je ne les fais pas payer.

P5 : Mais les autres qui ne sont pas à cent pour cent en maternité, elles, on les fait régler.

P1 : Ah ouais, alors y'a pas de solution pour les cent pour cent pas...

P6 : Non, finalement c'est pour leur faire prendre conscience du coût de la santé.

P5 : Oui du coût.

P6 : Enfin moi, j'aurais tendance à les faire payer pour qu'elles s'en rendent compte.

P5 : Oui.

P6 : C'est-à-dire que, si elles ne viennent pas à une consultation, ben, elles s'en foutent quoi. De toute façon, jamais, elles paient, enfin jamais, on leur demande un chèque. Bah oui, mais ça coûte quand même ça.

P4 : Normalement, ils reçoivent quand même après, le décompte.

P6 : Oui. Oui, tout à fait.

P4 : Je ne suis pas sûre s'ils le regardent.

(Non).

P4 : On le range le papier ou on le met à la poubelle et point.

P6 : Ne serait-ce même pour les dépassements, elles nous appellent nous, par exemple, pour les suites de couches en nous disant : « est-ce que vous ne pourriez pas venir peser le bébé le dimanche ? ». « Ah, dimanche... », bon ben, ouais, mais y'a quand même un surcoût du dimanche, un surcoût de, ben y'a le déplacement, y'a ceci, alors qu'elles vont faire leurs courses, donc elles pourraient aussi se déplacer au cabinet le lundi, finalement plutôt que de nous faire nous déplacer. Et je pense que si on les faisait payer elles se rendraient compte du coût, même si de toute façon elles sont prises en charge à cent pour cent. Mais, je pense que sur la prise de conscience, on a à travailler là-dessus.

P4 : Tous les psys disent quand même que c'est très mauvais que les gens ne paient pas.

Assistant : On était parti sur une sorte d'harmonisation du, du type de paiement quoi, comme peut-être un critère de fonctionnement.

Chercheur : Et dans l'hypothèse, l'hypothèse d'une maison de santé pluridisciplinaire comment, à Lannion, comment, enfin si vous vouliez y participer, on va dire, comment voudriez-vous l'acquérir, comment voudriez-vous la financer, comment souhaiteriez-vous être aidées ?

P1 : Ben, si on peut être aidée, ben bien sûr.

(Rires).

P1 : Par qui ? J'ai un peu peur. Mais c'est voir au niveau de la superficie, si on a des salles qui nous sont destinées, ben peut-être essayer de voir le coût global, et diviser en fonction de la superficie au sol, et l'espace commun le diviser en fonction du nombre de personnes. Ça me paraît logique, de fonctionner comme ça parce que s'il y en a qui travaillent à mi-temps, d'autres à plein temps, ben on peut recommencer à diviser, ouais, non, pour moi ce serait en fonction de la superficie au sol.

Chercheur : Là, vous partez sur, sur...

P1 : Au niveau financement, je dis.

Chercheur : Au niveau financement, mais et sur le fait que peut-être, je pense que là, c'est dans le cas où vous êtes propriétaire, quoi ?

P1 : Euh ben, si.

P4 : Oui, dans ce cas la oui, dans ce cas-là on est propriétaire, parce que...

P1 : Ah oui, je n'avais pas pensé.

P4 : ...C'est qu'il y a aussi possibilité de location.

P1 : Ouais, ça ferait... Oui, faudrait voir les charges. Oui mais là en même temps, je suis en location, actuellement donc...

P4 : C'est ce qui arrive dans certaines villes, parce que c'est vrai que certaines villes créent une maison médicale entre guillemets et/ou paramédicale et loue aux praticiens.

P1 : Ben oui, c'est ce que... Là, je loue en même temps les locaux, ou alors pareil, diviser la location au prorata de, de la surface utilisée.

Chercheur : Et vous cela vous importe peu d'être locataire ou propriétaire ?

P5 : Si c'est difficile, je suis plutôt pour une constitution d'une, d'une SCI, SCM. C'est plus intéressant, je pense, au niveau financier.

P4 : Au niveau financier.

P1 : Ouais, peut-être. Je ne connais pas trop la société, c'est vrai que...

P3 : Après se pose le problème, des, des différences d'âges, par exemple entre, entre les propriétaires. J'ai déjà vu ça quand j'étais remplaçante. Quand, quand certains sont en fin de carrière par exemple et qui ont envie juste de, de lever un peu le pied, de finir tranquillement sur la pente douce, et que, qu'il y a des jeunes qui, qui au contraire ont envie d'investir, de refaire les locaux, de... Moi tout ça, ça me paraît ingérable.

P4 : Ah mais ce n'est pas parce que je suis en fin de carrière, que je n'ai pas envie d'avoir un bureau bien peint et... Non, ça c'est deux genres de choses différentes, oui.

P3 : J'ai déjà vu des choses comme ça, quand même.

P4 : Non, moi je trouve qu'à chaque fois, cela remet un peu de peps, justement de changer...

P1 : Ouais, après ça dépend des caractères de chacun, quoi. Ben peut-être sous forme d'une assemblée, je ne sais pas moi, comme on peut avoir des copropriétés.

P3 : Mais comme on peut savoir aussi que les copropriétés cela peut être bien, bien lourd à gérer.

P4 : Parce que c'est pareil, financièrement c'est déductible des frais professionnels à partir du moment où on fait des travaux, donc pourquoi ?

P1 : Oui, ça fait moins de...

P4 : Moi ça ne me bloquerait pas. Ben si c'était à deux mois de mon départ, peut-être je dirais bon ben, peut-être je dirais : « écoutez faites ça, quand je ne serais plus là », mais bon.

P3 : Avec, avec le, le, aussi la perspective de savoir si on part en retraite, de savoir si on arrive à recéder sa part ou si on se retrouve comme actuellement, à ne pas pouvoir vendre sa part, son cabinet. Y'a des cabinets qui ferment, personne ne suit derrière. Si c'est un magnifique cabinet, on a investi et autre, on se retrouve, voilà le bec dans l'eau.

P5 : Ben ça reste quand même un bien immobilier, non ? Comme tout bien immobilier, il a une valeur.

P3 : Il a une valeur, oui d'accord. Mais si c'est un, si c'est une maison pluridisciplinaire, on ne va pas mettre un appartement dans une pièce.

P4 : C'est sûr. Moi, j'exerce dans un appartement, donc si y'a personne qui reprend la suite, ben l'appartement, ben on le loue, on le vend, il redevient appartement. C'est pas un problème. Tandis qu'ici, c'est quand même une structure particulière, donc il faut retrouver... Bon alors l'acquéreur qui transformerait, pourrait en faire...

P2 : Oui mais là, après....

P5 : Nous, on a acheté une maison d'habitation qu'on a transformée en cabinet qui peut éventuellement redevenir maison d'habitation. Je pense qu'après c'est au départ quoi, prendre quelque chose qui soit habitation, soit... Y'a moyens de concilier les deux.

P2 : Non, mais même si, si les autres praticiens restent, et qu'il y a une personne qui part en retraite. Si elle n'arrive pas à céder, elle peut toujours louer à, mais à une autre...

P5 : Oui, elle trouvera quelqu'un d'autre, à s'installer.

P2 : ...Même à un autre professionnel de santé, pourquoi pas. Je pense que de toute façon dans le cas, où ils sont propriétaires, c'est même, c'est un système d'associés quoi, vous avez des parts par rapport à, enfin voilà, je pense que si trois quart des personnes veulent refaire une salle d'attente et que cette personne-là, je pense qu'il y a possibilité aussi, il doit y avoir des pourcentages, il doit avoir des parts. Si vous avez, ouais, soixante-dix pour cent de parts qui veulent faire la salle d'attente, ben l'autre avec ses trente pour cent, bon ben...

P4 : Ben je pense au départ, il y a un contrat entre les différents associés et tout est stipulé dedans.

P2 : Après c'est...

P5 : Oui, quand on fait une société, y'a un contrat, donc...

P4 : Effectivement y'a un contrat, si y'a la majorité...

P2 : Après, ça il faut se renseigner, parce que c'est délicat.

Assistant : Avoir des liens avec, avec la Mairie, avec des investisseurs privés, avec le Conseil Général, avec les communes, y'a des choses comme ça aussi, y'a des choses rédhibitoires ?

P1 : Ben, non je crois qu'ils ont fonctionné comme ça, la maison médicale de [...]. Je crois que c'est la maison qui a mis à disposition un terrain, plus, plus a construit avec l'accord des différents thérapeutes, a construit le bâtiment, et après c'est sous forme de location aujourd'hui. Et ça a bien fonctionné, euh je ne sais pas, si ça a bien fonctionné, mais les locaux d'extérieur et d'intérieur, c'est plutôt sympa. Après, je ne sais pas, comment cela se passe aujourd'hui. Mais ouais, c'était, moi je trouvais que c'était plutôt une bonne idée, que la Mairie participe à ce projet-là.

P4 : Là apparemment, c'est pareil sur [...]. C'est le maire qui met à disposition le terrain, qui avec les professions qui sont susceptibles d'y venir, à envisager justement la forme etc. Et après ce sera loué à chacun.

P2 : Puis y'a un côté accès qui est vachement important aussi, très important.

P4 : Ça, c'est vrai.

P2 : Pour certains d'entre nous, avec, avec les lois-là, pour l'adaptation pour personnes handicapées, il y a beaucoup de personnes qui vont se retrouver, ouais, un peu le bec dans l'eau, quoi.

P4 : Et puis même, y'a aussi le problème du stationnement, c'est ce qu'on disait avec [...], place du Centre, c'est galère, dans les résidences du centre, c'est pas mieux. Les gens râlent.

P1 : C'est certain, on comprend.

P4 : On ne peut pas stationner. En plus le jeudi, je ne travaille pas, ben vous c'est sans doute...

P1 : Moi, je fais mes domiciles les jeudis.

P4 : Moi, je ne travaille plus parce que les gens me disent : « ah, non pas le jeudi, non pas le jeudi, y'a le marché, on ne pourra pas stationner ».

P1 : Bah bien sûr. On a récupéré trois places handicapées quand même, sur la place du Centre, on s'est battu un peu avec la pharmacie et donc on a trois belles places, sur la dizaine qui reste, c'est pas mal ! C'est certain que nous l'accès, c'est pas génial...

Chercheur : Puis seriez-vous prêts à participer après, à un tel projet s'il y avait ça, y'avait une création d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion ?

P4 : Faut demander aux jeunes parce moi, j'suis plus vraiment sur le circuit.

P1 : Le contact, l'échange, la communication entre les différents professionnels, donc, donc, oui, oui, plutôt que deux fois oui.

P2 : Moi aussi sous réserve de l'espace qui est, enfin j'ai besoin d'une certaine surface de travail. J'ai eu par exemple des, par exemple, pourquoi, je n'ai pas racheté un cabinet de groupe, parce que moi, le seul cabinet que j'ai vu en groupe, bah c'était une pièce de douze mètres carrés, et que c'est clairement pas possible, enfin pour ma part de travailler dans douze mètres carrés. Pour moi, ce serait la seule, hormis avec les personnes, avec lesquelles bien sûr je rentre, je rentre dans la maison, mais c'est ce qui ce serait vraiment l'espace de travail, quoi.

P4 : C'est vrai que, moi j'ai quitté une association...

P2 : C'est important.

P4 : ...Bon je m'entendais bien, parce que c'était un délire, quand j'avais une rééducation pour la voix, et puis pour des trucs pour lesquels les patients s'allongent, il fallait que je pousse le bureau, que, enfin c'était vraiment... C'était trop petit, c'était pas faisable quoi. Mais ça, je pense que, dans la mesure où c'est construit... Puis en général ce qui se construit actuellement, quand même respecte des normes justement.

P2 : Dans les milieux, comme Lannion où y'a encore un peu de place, oui. Après dans des grandes villes, c'est compliqué, quoi.

P1 : Ouais, c'est plus compliqué pour certains...

P4 : Mais vous comptez rester à Lannion alors ?

P2 : Oui.

P4 : Bon alors ?

P2 : Oui, mais moi je vois, c'est... Oui, ils n'ont pas peur de monter des groupements avec des bureaux du mètre carré.

(Hum).

P1 : Ça c'est sûr que...

P2 : Mais ils ne trouvent personne.

P6 : C'est trop vite.

P4 : Non, même un médecin...

P2 : Mais oui !

(Rires).

P4 : ...Même un médecin, pour avoir son cabinet, sa place dans une MSP...

P6 : Une forme de... Parce que y être toute la journée... Nous, on fait pas mal de domicile, donc, c'est vrai que, nous le cabinet, on n'y est pas, après, je ne sais pas, faut voir, voilà sous quelle forme financièrement est-il plus intéressant pour nous de dire, bon ben, voir ponctuellement, qu'est-ce qui est libre ? Parce qu'on peut aussi être plusieurs professionnels dans une même pièce puis et s'organiser, enfin après il existe des cabinets comme ça, où par exemple, les infirmières l'utilisent de tel, de tel jour à tel jour, et puis un autre moment cela peut être une autre profession, si au niveau du matériel cela ne pose pas de soucis. Moi, je vois par exemple un suivi de, de grossesse, à part une table d'examen...

P1 : Qui peut être la même que la nôtre.

P6 : Qui peut être la même, voilà c'est ça, c'est... Autant pour la rééducation périnéale, on a besoin plus de matériels. Mais des consultations prénatales, des consultations d'allaitement...

P5 : Oui, postnatales.

P6 : ...Des consultations postnatales, on n'a pas besoin d'un, on peut partager aussi, un local, donc cela peut être aussi sous forme de... Pourquoi pas.

P4 : Dans ce cas-là, un local d'examen, parce qu'on a quand même chacun, son petit bazar...

P6 : Oui, oui bien sûr.

P4 : Donc un local d'examen.

P6 : Je ne sais pas, je disais ça comme ça. C'est une idée comme ça

P5 : Pas avec un chirurgien dentiste... (Rires).

Chercheur : Je ne sais pas si vous avez besoin qu'on revienne sur certains points ou si...

P2 : Est-ce que vous, vous avez besoin de revenir sur certains points ? Parce que...

P4 : Parce que...

(Rires).

Chercheur : Je pense que j'ai...

Assistant : Y'a quelque chose que tu veux explorer ?

P4 : Oui, des choses peut-être ou on n'a pas assez....

Chercheur : Je pense que j'ai fais, le tour... Ah si ! Y'a quelque chose qu'on n'a pas parlé, c'est vrai qu'on a beaucoup évoqué les points positifs, le fait d'être en groupe, que tout le monde soit disponible on va dire, pour le patient, sur Lannion, que ce soit plus facile et même au niveau de la communication. Mais c'est vrai, qu'on n'a pas évoqué, que vous n'avez pas évoqué de points négatifs, je ne sais pas si... C'est vrai y'a la question qui exerce seul, en groupe, je ne sais pas si, voilà si y'a des choses qui vous viennent à l'esprit concernant, enfin, si une maison de santé pluridisciplinaire pouvait apporter des points, des éléments...

P4 : Aurait des désavantages.

Chercheur : Ouais, voilà, défavorables.

P2 : y'en avait une quand même tout à l'heure, des désavantages.

P3 : Mais je ne sais pas, combien de personnes vous imaginez, dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

Chercheur : Bah, on peut tout imaginer, après c'est que, ben la question moi je vous la repose parce que, c'est vous qui exercez à Lannion.

P3 : Pardon c'est pas mon rôle de poser les questions, excusez moi.

P4 : Pour moi, je pense qu'il faut que cela reste quand même à taille humaine, c'est-à-dire : cinq, six. Enfin je vois mal une maison avec dix ou douze praticiens, quoi.

P6 : [...], ils sont nombreux.

P4 : Ah ils sont très nombreux ?

P6 : Ah ouais, je crois qu'ils sont cinq généralistes maintenant, plus une psychologue, une diététicienne, y'a deux kinés, une, un podologue, une orthophoniste, une orthophoniste, voire deux...

P4 : Deux.

P6 : Deux orthophonistes, il me semble, je pense qu'ils sont assez nombreux, qu'ils sont une bonne petite quinzaine, j'aurais dit là comme ça.

Assistant : Douze.

P6 : Ah ! Une douzaine. Mais, euh, enfin, là je parle en tant que patiente. Moi, je trouve que cela à l'air, cela ne fait pas le gros truc, quoi. Ça fait pas gros, enfin oui. L'avantage en tant que patient, c'est qu'effectivement d'avoir plusieurs médecins généralistes, c'est que en cas d'urgence, y'en toujours un.

P4 : Toujours un disponible.

P6 : Ils sont, en plus en réseau dans leur truc, donc c'est pas mal. Maintenant, je trouve que cela ne fait pas usine pour autant. Je ne trouve pas moi, personnellement, je ne trouve pas. Ça ne me choque pas, en tout cas. Et je pense qu'il doit y avoir comme ça des échanges comme ça de bureaux, j'ai l'impression, ça peut être aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait douze bureaux quand même.

Assistant : Non y'a pas douze bureaux, je ne sais pas comment ils fonctionnent, je pense qu'ils partagent les locaux.

P4 : Je crois que mes collègues ne fonctionnent pas à temps complet donc, donc partagent... C'est vrai aussi que plus on est, plus c'est peut-être difficile à gérer, d'un autre point.

P6 : Oui, peut-être.

P4 : Financièrement, ça a certainement des avantages, parce qu'on a moins de charges mais, après...

P6 : Après ouais...

....

Assistant : Bon apparemment, il n'y a pas de désavantages.

Chercheur : Non.

P4 : Non.

Assistant : Sur la taille humaine, on ne sait pas trop ce que c'est mais, bon.

Chercheur : Je ne sais plus, je ne m'en souviens plus, ils en parlent un petit peu, mais pas tant que ça.

P4 : Et peut-être aussi qu'effectivement y'a un roulement, comme vous le disiez. Peut-être que certains médecins sont en visite pendant que les autres sont en consultation, des choses comme ça ?

Chercheur : Peut-être, ouais.

Assistant : Ah non, je crois les médecins, il doit y avoir quatre médecins et chaque médecin a son cabinet...

P4 : Chacun a son cabinet.

P6 : Chacun a son cabinet, c'est les autres...

Assistant : C'est peut-être les autres professionnels qui se rajoutent... Entre la diététicienne...

P6 : Entre la diététicienne et la psychologue, je crois que y'a quelque chose comme ça.

P4 : Et ils sont tous généralistes, les médecins ?

P6 : Oui.

P4 : Ils sont donc tous regroupés là alors, parce que [...], c'est quand même pas immense ?

Assistant : Non, ils sont tous regroupés au même endroit. Toute façon, je ne connais pas de maison pluridisciplinaire, enfin, si je dis que je ne connais pas... Mais, il va avoir une maison avec un ophtlamo, qui va aussi faire des consultations délocalisées, faire des vacations, une fois par, par semaine, ou tous les quinze jours, quelques heures une journée, des choses, comme ça. Mais en général, ce sont toujours la plupart du temps des médecins généralistes, il y a très peu de, très peu de...

P4 : A [...].

Assistant : ...De pédiatre. Bon, à [...] y'a une gynéco.

P4 : Y'a une gynéco avec des généralistes ?

Assistant : Ouais, ouais, ça, c'est assez ponctuel. On a fait le tour pour toi [...] ?

Chercheur : Oui je pense. Je vais pouvoir éteindre.

Assistant : Tu éteins ces machines.

Focus group avec les médecins locaux

La séance s'est déroulée le 31 janvier 2012, dans une salle d'attente d'un cabinet médical. Le nombre d'interviewés était de six médecins : quatre médecins de spécialistes en médecine générale dont une remplaçante et deux médecins d'une autre spécialité (un pneumologue et un gynécologue-obstétricien). La durée de la séance a été d'une heure cinquante minutes. La transcription de l'enregistrement audio est la suivante :

Chercheur : C'est parti. Pour commencer je vous propose de, d'abord de, de faire, une présentation, un tour de présentation. Chaque professionnel se présente, pour savoir, comment il pratique aujourd'hui, la médecine libérale, tout simplement.

...

Chercheur : On commence, comme vous voulez...

MG 1 : Bien, [...] généraliste, installée en libéral à Lannion depuis, seize ans. Après avoir fait des remplacements et puis, avoir effectué des stages d'interne dans les hôpitaux généraux du coin, et dans l'hôpital spécialisé.

Observateur : Et tu travailles seule ?

MG 1 : Je travaille seule, effectivement. Sans, sans secrétaire jusqu'ici, mais là, j'ai, je n'en pouvais plus, j'ai pris un secrétariat téléphonique récemment.

MG 2 : [...], je suis installé depuis quatre-vingt, donc c'est-à-dire depuis trente-deux ans. J'avais fait des remplacements à la fois, pratiquement, pratiquement toujours en groupe, je souhaitais m'installer dans un groupe. Je n'avais pas trouvé, j'avais failli m'installer tout seul. Puis finalement, au dernier moment je me suis installé dans un groupe et cela fait trente-deux ans que je travaille en groupe, et je suis ravi d'être en groupe. On est un groupe, en fait de six médecins, avec trois anciens et trois nouveaux, si on peut le dire, qui a grandi un peu, avec l'âge. Et la particularité, c'est que l'on est relativement interchangeable. On, on discute beaucoup entre nous, donc, et ça c'est vraiment agréable.

...

(Racllement de gorges)

MG 3 : C'est tout ?

(Rires).

MG 3 : Donc, [...] donc, moi, je me suis installée sur Lannion, en mars deux mille quatre, après avoir effectué dans le coin, plusieurs remplacements. De mars deux mille quatre à juin deux mille dix, euh, nous étions deux. On travaillait, enfin chacun avait sa clientèle, mais, on se remplaçait mutuellement en cas d'absence et pendant les vacances. Et puis, donc, moi, mon collègue est parti en retraite et n'a pas eu de successeur, donc depuis le premier juillet deux mille dix, je travaille seule. J'ai gardé ma secrétaire, parce que là, je ne me voyais pas du tout, revenir complètement en arrière. Euh, pour avoir connu, les deux modes d'exercice, le mode d'exercice à deux, est quand même plus confortable que l'exercice seul. J'arrive à m'arranger, avec d'autres confrères, en fait, et consœurs, de Lannion, pour assurer, les urgences, de ma clientèle, quand je suis absente. C'est vrai que, ce n'est pas la même chose.

Observateur : Moi, je saute mon tour, enfin pour que... Je peux juste me présenter mais je ne rentre pas dans le jeu, parce que je suis son directeur de thèse. Je connais tout son travail donc, cela peut, cela peut influencer les choses. Je suis là en tant qu'observateur. Moi, c'est [...], je suis installé depuis mille neuf cent soixante-dix-huit, donc, dans un cabinet de, au départ de trois médecins, puis de quatre médecins aujourd'hui, depuis quatre-vingt-dix-huit ici. Euh, voilà, c'est vrai que, avec un secrétariat aussi, deux secrétaires à temps partiel. Oui, c'est, c'est un confort absolu. Des secrétaires efficaces qui nous évitent beaucoup de peine, beaucoup de travail, beaucoup de stress, qui nous protègent, c'est vraiment très agréable, très confortable. Voilà.

PN : [...], pneumologue, euh, installé donc, en libéral depuis deux mille. Tout seul, puisqu'il n'y a pas d'associé, malheureusement. Et, y'en a de moins en moins. Euh, avant, j'ai travaillé comme assistant spécialiste, donc à Lannion, pendant sept ou huit ans. Puis, vu que la région est très belle, donc, je me suis décidé, donc j'ai décidé de m'installer ici définitivement. Et depuis voilà, je suis tout seul comme pneumologue ici, en libéral.

MG 4 : [...] (raclement de gorge), moi je fais, je suis généraliste remplaçante depuis quatre ans. Voilà.

GN : [...] donc moi, je suis gynécologue-obstétricien, en libéral depuis deux ans. Euh, donc après... Oui, depuis deux ans, oui, après, trente ans, de temps plein à l'hôpital, donc j'ai changé de, de mode d'exercice parce que le mode hospitalier, ne me... Du fait du, du climat qui règne dans les hôpitaux maintenant, de, l'absence de priorité du service public enfin, d'un certain nombre de choses, de la lourdeur du parcours professionnel, donc j'ai, eu une opportunité d'installation, en libéral, sur laquelle je suis, ben, sur laquelle j'ai sauté, parce que cela me paraissait intéressant.

Chercheur : Et, est-ce que vous pouvez expliquer pourquoi ce changement de, de cet exercice hospitalier à un... ?

GN : La lourdeur d'exercice hospitalier en matière d'astreintes, de gardes, l'absence de temps de récupération, notamment après les, les gardes travaillées. Le changement de mentalité de l'hôpital, en tant que machine, pour laquelle le, le service public n'est plus vraiment, le, le premier, le premier motif, de travail, donc c'est... Enfin, c'est ma façon de voir, bien sûr. Euh, et je ne parle pas de l'hôpital de Lannion, je parle de l'hôpital, en général, quoi.

Chercheur : En général.

GN : Voilà, c'est, c'est suffisant, comme... Et puis bon, après bon, l'exercice en libéral, cela permet quand même... Moi je suis seul, je suis donc tout seul, j'ai un secrétariat téléphonique, cela me permet quand même, une certaine, un certain aménagement de ses temps de travail, euh, si jamais, on a l'occasion de pouvoir partager un cabinet, cela permet aussi de se délester petit à petit, et de ne pas cesser une activité comme ça tout à coup, par exemple quand on part à la retraite, ce qui est une opportunité, une échéance à venir, forcément. Donc voilà, cela me paraissait assez intéressant.

Chercheur : Je ne sais pas pour docteur [...] c'était... ? Je ne sais pas. J'aimerais, enfin j'aimerais connaître, vos motifs, pourquoi vous avez changé d'un, d'un mode hospitalier, d'une pratique hospitalière à

PN : Moi je n'ai pas changé en fait, je ne voulais pas m'installer à l'hôpital, en fait. Je ne voulais pas rester à l'hôpital.

Chercheur : D'accord.

PN : Donc, dès que j'ai eu l'occasion pour m'installer en libéral, je l'ai fait. Je n'aime pas la mentalité de l'hôpital. Donc je vais rejoindre [...]. Euh, et puis j'aime bien être libre de choix, libre de décision. C'est vrai quand on est en libéral, on sent le contact avec le patient, on sait que c'est nous, ce n'est pas le chef de service, ce n'est pas, un autre médecin. C'est le médecin qui suit le malade. Quand le malade vient chez un médecin, vient voir le médecin en libéral, il vient voir ce médecin-là. Il y a une confiance quand même qui est partagée entre les deux, êtres humains, or, à l'hôpital il ne choisit pas le médecin qui va le prendre en charge. Cela reste anonyme, cela reste par hasard, donc, la confiance n'est pas vraiment, il n'y a pas d'échange de confiance. Et, il vient à l'hôpital, il ne sait pas qui il vient voir, il ne sait pas dans quel service il va tomber, donc c'est pas une relation à mon avis, de confiance, comme avec le médecin qu'il vient voir dans le cabinet, et qu'il choisit tel médecin, ou tel médecin, voilà. Donc, je ne voulais pas m'installer à l'hôpital.

Chercheur : D'accord. Et, donc vous êtes tous maintenant en libéral, euh, comment vivez-vous votre exercice actuel, aujourd'hui ? Comment vous sentez-vous en fait ?

PN : Moi, bien. Je me sens à l'aise. (Rires).

Chercheur : D'accord.

PN : Après dix ans d'installation dans le privé, je me sens à l'aise, j'aime bien mon métier, j'aime bien travailler donc, où je travaille actuellement, j'aime bien le rapport avec les malades, l'activité qui monte, peut-être parce

qu'il n'y pas de deuxième. Mais c'est vrai que j'aimerais bien avoir un deuxième pneumologue avec moi, parce que c'est quand même beaucoup, beaucoup d'activités.

Chercheur : Ouais.

PN : Beaucoup d'activités. Et, j'ai pris le choix de prendre une secrétaire, parce que quand il n'y a pas de médecin, c'est pour que le cabinet ne ferme pas quand je ne suis pas là. C'est-à-dire que, le malade trouve toujours quelqu'un, qui répond à leurs questions quand il appelle le cabinet. Le cabinet est ouvert pratiquement toute l'année, sauf le week-end, même si je suis absent, il y a toujours quelqu'un qui répond aux questions et qui peut faire la part des choses avec les patients, puis contacter les médecins, de l'hôpital avec qui je travaille pour récupérer par exemple un, une urgence, ou, un décompensation, une décompensation, ou un malade qui ne va pas bien. Puis à ce moment-là, il va régler le problème du patient donc, après faut voir dans le planning, le revoir après quand je suis de retour. C'est un bon système, je trouve, qui marche.

Chercheur : Et pour les autres médecins ?

MG 2 : Moi je suis très content, de mon exercice en groupe, du partage qu'on a chez nous. J'ai réduit mon activité depuis, disons, mes ennuis de santé. J'ai la belle vie, je trouve, une vie très agréable au groupe. Ce qui me révolte actuellement, c'est le système de santé actuel. La lourdeur du système où rien n'est fait pour, pour faciliter notre travail. J'ai été très surpris d'apprendre, qu'il y avait cent vingt mille, personnes, qui travaillent à la Sécurité Sociale en France. C'est plus que le nombre de médecins, c'est-à-dire caisse Sécurité Sociale plus, caisse de retraite et, moi, je souhaiterais une réforme complète du système, qu'il nous facilite, plus le travail plutôt de ne nous empoisonner la vie. Je trouve que, les caisses nous empoisonnent la vie très souvent. Je ne vais pas m'étendre parce que... Et souvent quand, je vais voir le médecin conseil, ou quand je leur écris, ou quand je les ai au téléphone, je n'ai jamais de réponse pour les patients. Enfin, avec les administratifs, c'est plus ou moins bien.

Chercheur : Je ne sais pas si vous avez autres choses...

Observateur : On va demander, peut-être, plutôt l'avis de chacun, puis on débattrait peut-être de ce que l'on entend dire un petit peu...

Chercheur : hum, hum.

Observateur : ...Ou tu reformuleras, ce serait peut-être bien d'avoir l'avis initial, de chacun là-dessus, avant, avant éventuellement de débattre.

MG 1 : Je ne suis pas mécontente d'être installée en libéral. Je me posais la question de s'il n'y avait pas l'hôpital à côté, peut-être que ce serait différent. Au Centre Bretagne, cela doit être différent, mais on est encore plus être maître de, du jeu là, sans doute un petit peu seul. A Lannion, en tout cas, on a toujours, pour les urgences, la possibilité effectivement de, de passer la main à l'hôpital général. Ça, c'est bien. Euh, l'exercice, est sans doute, gêné par toute, toute l'adminis... Enfin, la paperasserie, on ne voit pas la Sécurité Sociale comme une ennemie mais, c'est, c'est des tracasseries. Donc, c'est vrai, pour calculer le temps passé autour des patients, par rapport au temps de travail, on doit être à, bon, cinquante pour cent d'exercice et puis le reste, le reste en paperasse. Donc, j'estimerai ça, comme ça pour moi. Cela, cela m'ennuie.

MG 3 : Ben, (sourir) honnêtement, moi, je suis un peu dans le flou. Euh, je dirais ce qui me tracasse le plus, c'est, qu'est-ce que va être l'avenir ? Ce qu'on voit, c'est, qu'il y a de moins en moins de médecins installés en libéral, euh, que le nombre de patients, le, enfin que le nombre de patients ne va pas diminuer, et que, moi je n'ai pas particulièrement, l'envie de travailler plus que, ce que je ne travaille maintenant. J'ai envie de concilier une vie privée et une vie professionnelle, qui fasse que les clous ne débordent pas sur l'autre. Ce n'est que comme ça, que je vais pouvoir m'épanouir dans l'exercice de ma profession. Et bah, voilà. Je ne sais pas ce que cela va donner. Je suis effectivement d'accord, dans le sens où, en plus de ça, on a effectivement, beaucoup plus de démarches administratives à faire. Et, encore moi, justement, j'ai une secrétaire qui me permet de m'alléger sur certaines tâches, que je ne fais pas. Euh, je ne sais pas effectivement, comment peut faire un médecin, seul, sans secrétaire, euh, voilà. Donc, non. Oui, c'est, c'est un peu un flou. J'aurais tendance à résumer en disant, que je ne sais pas à quelle sauce on va être mangé. On s'attaque quand même pas mal... Je trouve aussi que, les pouvoirs publics s'attaquent pas mal à la médecine libérale, et que, ben, est-ce qu'il y a quelque chose qui se cache là-dessous, et que pour l'instant, rien, rien ne veut être dit ? Je ne sais pas. Moi, la sensation que je vois, c'est que,

à l'heure actuelle, il y a plus de médecins à vouloir, à vouloir dévisser sa plaque que, à vouloir s'installer. Donc, pourquoi ?

MG 4 : Alors, moi, (raclement de gorge) en tant que remplaçante (raclement de gorge), bon j'ai l'avantage de gérer un peu plus, mon emploi du temps. Bon, j'ai des semaines de remplacement qui sont très chargées, après je peux me ménager une semaine, de temps à autre, sans remplacement. Moi, mon, mon projet professionnel à terme, c'est de m'installer. Et, en libéral, quoi, mais, euh, en gérant mon temps de travail. C'est la principale contrainte, que je vois, et, qui ferait que je ne m'installerais pas toute seule, c'est sûr. Et, que, pour pouvoir maintenir une permanence de soins, forcément, avec laquelle je suis complètement d'accord, mais en, ben du coup en s'arrangeant à plusieurs pour pouvoir... Globalement moi, je, je me projette plus, à m'installer peut-être à deux, à faire un temps plein, huit heures - vingt heures, à deux, en faisant, en travaillant six heures par jour, chacun.

Chercheur : Un mi-temps chacun, d'accord.

MG 4 : C'est ça, ce que je verrais. Ou alors, je verrais à être à plusieurs, être vraiment un cabinet de groupe plus, avec plus, en plus grand nombre, et puis pouvoir, s'arranger en étant accord, voilà. Sachant que là, là, après moi, m'installer, c'est surtout soumis à ce que mon conjoint soit fixé dans son travail. Ce qui n'est pas le cas, et puis... Et puis, voilà... Donc, c'est sûr que ce serait un cabinet de groupe, avec un secrétariat, pour avoir remplacé différents types de médecins, c'est vrai que là, là l'exercice solitaire, sans secrétaire, en, oui en pleine campagne, c'est... Y'a encore plus de, de contraintes à gérer quoi.

GN : Donc moi, c'est une expérience récente, je suis encore dans la découverte. (Raclement de gorge) J'ai un cadre, un cadre de travail qui est quand même... Oui, parce que j'ai été antérieurement, temps plein à l'hôpital ici. J'ai remplacé quelqu'un, donc j'ai succédé à une gynéco, qui, avait un pied à l'hôpital aussi. Moi, j'ai gardé un pied à l'hôpital. Je, je reste quand même donc, parce que le, le correspondant, c'est quand même l'hôpital. Quand on est gynéco à Lannion, y'a la clinique mais, quand on était hospitalier, on a quand même, un réseau qui passe, souvent plus par l'hôpital que la clinique, donc... Bon, sur le plan administratif, moi, je suis beaucoup aidé par, mon, mon épouse, qui assume des tâches diverses et variées. J'n'ai pas, j'n'ai pas cette sensation de, de poids administratif, mais bon, je ne, je ne pense pas qu'on ait, comment dire, qu'on ait le même versant, en matière de, d'interlocuteur administratif. Moi, je n'ai pas besoin, et eux, n'ont pas trop besoin non plus, sans doute, de me, de me dire des choses, ou de m'imposer des choses. Donc moi je suis dans un cadre de spécialité, j'ai un, comment dire, un exercice relativement limité, je... Par rapport à, à mon travail, j'ai beaucoup plus de travail, dans la journée. C'est-à-dire que par rapport à l'hôpital, j'ai des journées, on va dire de « fou ». Mais, je, je, enfin je privilégie, quand même, dans la mesure du possible, de consacrer au patient, du temps, parce que ben, c'était, pour moi, c'était ça, l'hôpital. C'était, que y'avait du temps, et que du temps, et que quelqu'un qui avait besoin qu'on passe du temps, ben, il fallait pouvoir le lui donner. Et puis maintenant, qu'il y a la tarification à l'activité, on est tenu à avoir, un certain rythme, même si on peut le justifier par certains, aspects. C'est-à-dire que, c'est vrai qu'il y avait probablement, des modes d'activité qui, on va dire, n'étaient pas du tout rentables. Mais, moi, je considère que le service public, il, il a quand même son, son, son aspect d'ouverture à tout le monde, enfin, et normalement le temps à consacrer, aux soins. Euh, donc, je, je pense que j'ai un exercice privilégié, parce que j'ai, j'ai ce réseau à l'hôpital. Je vais participer aux réunions du service, je vais, donc, je... Ça ne, ça ne m'a pas beaucoup, changé, en fait de laisser l'hôpital. Sauf qu'il faut que je délègue. Bon, parce que je ne peux pas assurer les gestes techniques, je ne peux plus assumer un certain nombre de choses, donc je suis obligé de les déléguer, mais, j'ai encore un très bon contact avec l'hôpital, je ne suis pas du tout parti fâché avec la structure. Donc, pour moi, mon, mon statut d'aujourd'hui, me convient tout à fait. Cela correspond tout à fait à ce que, à ce que j'espérais. C'est-à-dire, c'est modulable, j'n'ai plus de garde, j'n'suis plus appelé la nuit. Le téléphone, c'est un truc, c'est un truc... Je regarde mon téléphone autrement. D'ailleurs, j'suis venu sans téléphone. Aujourd'hui je n'ai plus de téléphone. Le, le, par rapport au, à l'exercice de groupe au, ou le travail en équipe, j'ai encore un petit peu de ça. Bon, c'est vrai que, par exemple, une, une maison de, une maison médicale, pluridisciplinaire, c'est intéressant aussi pour ça, parce que, bon, c'est vrai que, euh, on peut toujours échanger et dire, voilà, de spécialité à spécialité, ou de généralistes à... Et, donc, ça permet... Enfin, les structures qui permettent des échanges moi, je ne peux pas fonctionner sans. Je ne pourrais pas être gynéco, tout court, dans, dans mon cabinet. Ça, je ne pourrais, je ne pense pas, que j'aurais choisi ça. Mais là, le, le créneau dans lequel je suis, pour le moment je m'y retrouve, en quelque sorte, donc c'est... Alors après, bon pour les urgences, c'est pareil. C'est, c'est, c'est vite déléguer, les urgences, les, les patientes, elles savent, quoi, où s'adresser.

Observateur : Juste une question, une note de, de précision, tu as parlé de, de l'aide de ton épouse, c'est ça ?

GN : Oui.

Observateur : Et pourquoi ça ? On peut ...

GN : Parce qu'elle fait du secrétariat. Elle fait de la compta derrière donc... Et elle est, elle est, elle est ma salariée, d'accord.

Observateur : D'accord.

GN : Mais bon, c'est, c'est autrement...

Observateur : Qu'on comprenne bien, quoi.

GN : Ça, ça allège quand même sacrément le... Je vois tout ce qui est, bon, au départ j'ai été très surpris par le, toute la logistique, qu'il y a à gérer derrière, parce qu'à l'hôpital, on demande une boîte de matériel, elle arrive. (Rires). Là, je ne peux pas demander une boîte de matériel, faut que j'aille la chercher. (Rires). Donc, non, mais y'a tout, tout ce qu'on doit faire dans, pour maintenir le, le cabinet fonctionnel. Moi je n'avais aucune idée de ce que c'était comme, comme charges ! Mais, c'est intéressant. C'est très intéressant de regarder un autre aspect du fonctionnement. Parce que cela ouvre quand même des perspectives, sur ce que font, sur comment fonctionnent les autres, qu'est-ce qu'ils ont comme charges... A l'hôpital, on ne se rend plus compte de rien, on est complètement assisté, mine de rien, on a toute la logistique derrière soi, et on vit avec très bien. Bien entendu, c'est dans le grand confort. Mais, quand on la quitte, on s'aperçoit, hein, que... Et donc, enfin, par le biais d'un, d'une maison médicale, on peut, peut-être aussi, retrouver aussi, une, une certaine assistance entre guillemets, du point de vue logistique, aussi. Je ne, je ne sais pas ? Moi, je suis venu plus, presque plus en curieux, qu'en demandeur, parce que, je, je suis sur la fin, de mon exercice, moi donc je n'ai pas forcément, de grand projet à, à échéance de dix ans ou de quinze ans. Non, sûrement pas.

Chercheur : Pour répondre à la question, en fait, oui, on peut tout faire avec la maison médicale, mais encore faut-il le vouloir, c'est tout. Tout simplement.

GN : Oui, mais enfin, ce que je veux dire, c'est y'a, qu'en principe, il y a une cohésion au groupe, dans un, dans un système de fonctionnement comme celui-là. On ne vient pas chacun individuellement, dire : « voilà, je me pose là », et puis, surtout « je ne vais pas m'investir dans la, dans un, dans un collectif », quoi.

Chercheur : Tout à fait.

GN : Enfin, bon, en principe, il y a quand même une démarche collective. La démarche collective, elle sous-tend que, qu'il y a entraide et enfin, des choses...

Chercheur : Je ne sais pas si, vous voulez ajouter autre chose ou pas, pour votre exercice maintenant, en fait, actuel ? S'il y a autre chose à compléter ? Je ne sais pas, parce qu'il y avait aussi l'histoire, donc que vous aviez pris la, une nouvelle secrétaire...

MG 1 : On a malheureusement perdu quatre collègues généralistes, à Lannion, enfin, dans le grand Lannion, récemment. Donc, on a quand même, un surcroît de travail, qu'on le veuille ou pas. Est-ce qu'on a pitié des patients qui viennent pleurer de façon pathétique, « docteur, je n'ai plus de docteur », ou « est-ce que vous pouvez, est-ce que vous m'acceptez ? » (Rires). C'est, vraiment pathétique, certaines, certaines situations. Donc on a beaucoup plus de, de, d'affluence... Jusqu'à présent, je répondais au téléphone, et c'est vrai, que je régulais certainement mon activité. C'est-à-dire, quelqu'un qui me disait qu'il s'était, qu'il avait le poignet de travers, ben, je ne lui laissais pas perdre du temps. S'il avait une douleur dans la poitrine, je ne lui laissais pas non plus, perdre du temps. Et ça, j'ai bien peur que la secrétaire, même si elle très, expérimentée, elle ne verra pas toutes, toutes ces urgences-là. J'espère qu'on ne perdra pas trop de temps pour les patients. Je régulais, aussi à la fin, quand je voyais que mes journées s'allongeaient de trop, je, certaines choses, c'était réglé par téléphone. C'était des consultations par téléphone. Euh, c'était très fréquent. Il paraît que dans certains pays, c'est, c'est, c'est autorisé, c'est régulé, c'est facturé sa consultation par téléphone, si j'ai bien compris en Allemagne. Euh, mais pour moi, ça me mangeait pas mal de temps finalement. Là, je n'en pouvais plus, donc j'ai, j'ai pris la solution d'une secrétaire téléphonique. C'est pas mal. (Rires). Ça ne fait pas longtemps, ça fait un mois. Bon, j'ai des, y'a des, y'a des petites adaptations. Mais, on arrive. Mais je m'aperçois que j'augmente mon activité. C'était pas le but du jeu. C'était pas le but de, de ma, de ma, de ma...

Observateur : Et là, est-ce que cela procure d'autres avantages que, que ce que tu pouvais escompter ? Est-ce que t'as moins de stress ? Est-ce que...

MG 1 : Je ne sais pas. Parce que certains patients gardaient l'habitude des consultations par téléphone, alors dérangent la secrétaire, me dérangent moi ensuite. Donc pour l'instant, c'est, y'a une petite période d'adaptation là. Pour l'instant, je n'ai pas trop de... Bon, ben, quand même, j'avais calculé que j'avais, entre trente et cinquante appels par jour.

GN : Oh, la vache !

MG 1 : Donc, je ne les ai plus, quoi. Là, j'en ai une vingtaine.

(Rires).

MG 1 : J'en ai une vingtaine. Mais, bon, certainement j'aurais des avantages. Mais bon, je ne me couche pas plus tôt, je ne comprends pas comment je me débrouille. Pour l'instant je ne me couche pas plus tôt.

(Rires).

MG 1 : Dommage !

Chercheur : Donc, et, dans les trois à cinq ans, comment, voyez-vous, enfin je sais que vous en avez un petit peu parlé, mais je ne sais pas si c'est dans les trois à cinq ans. Mais dans les trois à cinq ans, comment voyez-vous votre exercice ? Par rapport à celui de maintenant, comment vous projetez-vous dans, en fait dans le futur proche, quoi ? On recommence, ouais, le tour de table.

MG 1 : Je crains de perdre encore mes collègues.

(Rires).

MG 1 : Euh, on avait fait un compte, je crois. Ceux qui sont partis, n'étaient pas ceux qui étaient escomptés finalement. Donc, bizarre !

GN : Ah bon ?

MG 1 : Mais oui, y'en a trois qui sont partis, qui n'auraient pas dû. Enfin, ceux qui n'avaient pas prévu ça, sur un moyen et long termes. Donc, les années qui viennent, j'attends, j'attends de, la relève. C'est un peu dans ce sens, que je reçois les internes, et des externes, en espérant attirer quelques uns, en garder, quelques uns dans mes filets.

(Rires).

MG 1 : Euh, c'est vrai que la plupart des jeunes qui passent, des jeunes internes et externes qui passent n'envisagent pas l'exercice isolé. L'exercice libéral est ...

Observateur : Et, et pourquoi, tu as une idée de, du pourquoi, le mode d'exercice, que tu as toi, ça, ça ne semble pas attirer les jeunes ?

MG 1 : Ils voient surtout le temps libre, je pense. Mais je me souviens d'un interne qui, qui se voyait bien commencer comme ça. Gérer tout pour un début, créer son cabinet et puis gérer tout de, d'emblée. Mais c'était le seul sur quelques uns que j'ai eu. Non, les autres, c'est surtout pour une histoire de temps libre, je pense.

...

MG 2 : Moi dans les trois à cinq ans, je n'envisage pas de changement pour moi-même. C'est-à-dire que je vais rester, je pense, dans le même groupe, à moins que, je ne sais pas, qu'il y ait un truc vraiment extraordinaire qui se passe à Lannion. Donc pour moi, en fait l'éventualité d'un, la création d'un grand groupe multidisciplinaire, on en parle depuis très longtemps, et m'a toujours laissé un peu septique, dans le sens que je pense que, c'est assez difficile d'imaginer, dans une ville comme Lannion, vingt mille habitants, de réunir tous les spécialistes et tous les généralistes ensemble. Cela me paraît une machine infernale. (Rires). Bon, moi je pense que « small is

beautiful », que dans une petite, dans un petit bourg, regrouper tout le monde, c'est formidable, que, mais dès qu'on dépasse une dizaine de personnes, cela devient compliqué, au point de vue organisation. Donc, mais... Donc, on en avait parlé, entre nous, au groupe, et en dehors du groupe, je me dis que s'il y avait un groupe qui se créait à Lannion, pourquoi pas, mais, dans ce cas-là, on suivrait le mouvement. Mais, je vous ai dis, que je n'avais pas forcément, l'intention de, d'impulser le mouvement et puis, je me disais que, maintenant, au bout de trente ans d'exercice, je ne vais pas, ce n'est pas à moi d'impulser le mouvement. C'est plutôt aux jeunes, pour les années futures (éternuement). Et donc, j'envisage tout à fait de rester comme ça. Ce qui, ce qui me frappe, c'est que, en fait, je suis débarrassé de beaucoup de tâches administratives au groupe, par les secrétaires. On a un secrétariat au groupe qui est formidable : qui gère tout, les commandes, le matériel, qui quand y'a une femme de ménage qui est malade, elles se débrouillent... Bon, tout, qui gère les, les remplacements, les demandes de remplacement, les commandes de matériels... Ça on ne gère rien du tout, les fiches de paie, on ne gère rien. On ne s'occupe de rien, on s'occupe du travail, bon, bien sûr on a du travail administratif, avec les caisses mais on n'a pas les cinquante pour cent de boulot, de tâches non médicales et je crois que, c'est dommage. Je crois que, c'est très, très bien de déléguer des tâches non médicales à d'autres, pour ne garder que du temps médical, qui est vachement gratifiant, je trouve. Comme moi, je suis vachement content de mon exercice, je n'ai pas envie de, changer, voilà. Et mes collègues, mes jeunes collègues, c'est pareil, au groupe, sont assez réticentes d'envisager un autre, système de fonctionnement parce que, elles trouvent que l'exercice au groupe est agréable, et n'ont pas envie de changer. Par contre, je pense que l'exercice libéral, en tant que tel, est peut-être condamné à terme. Peut-être que notre système de santé est condamné, et qu'il faut le réformer entièrement. Par exemple, avec, avec un système, un seul système de sécurité sociale, au lieu d'avoir une multitude de caisses différentes, et puis, peut-être que le paiement à l'acte, (soupir), tel qu'il est actuellement a vécu. J'n'en sais rien... Mais ça ce n'est pas important. Ce qui est le plus important, c'est le fait, la façon de travailler, en groupe vis-à-vis de nos patients et avec nos secrétaires.

MG 3 : Euh, (soupir) ben, je suis d'accord avec [...] dans le sens, que ça a été le motif pour lequel, moi aussi j'ai gardé une secrétaire. C'est que non, elle n'est pas à temps plein, je, je l'ai gardée seize heures par semaine. Cela me permet, moi de me libérer effectivement, de toutes les tâches, que j'ai pu faire, justement quand je faisais des remplacements, et quand j'avais remplacé les médecins qui étaient seuls sans secrétaire, typiquement le rangement d'examen, scanner les, les comptes-rendus, la commande de matériels, la prise des rendez-vous, euh, la prise des ordonnances demandées. Bon, elle me les donne à faire, c'est reclassé à son bureau, donc les patients viennent, viennent chercher sur, si possible sur les heures de rendez-vous. Moi l'avantage que j'ai eu, c'est que comme nous avons travaillé, en fait, j'ai travaillé à deux. Quand mon collègue, en fait, est parti en retraite, bon ben forcément, beaucoup de ses patients, se sont tournés vers moi, du coup, n'ont pas été exigeants sur les horaires parce que j'ai mis, des points très, très clairs dès le départ. Donc, y'a des petites affiches, un peu partout dans le cabinet, avec typiquement, pour les ordonnances, venir sur les horaires de la secrétaire, euh, la prise de rendez-vous, si possible, pendant les heures de la secrétaire... Donc tout ça, plus oui, effectivement plus tout ce qui est commande, elle, elle fait le ménage également, donc, moi, je n'ai pas à le faire. Donc, j'ai une secrétaire géniale, super sympa, qui en plus, que depuis que je suis seule, maintenant, prend ses vacances en même temps que les miennes. Ce qui fait que, cela me permet, moi, de ne pas travailler sans secrétaire et de ne pas avoir besoin financièrement de, de payer une, une remplaçante, une secrétaire, pendant ces absences. Donc à ce niveau-là, on s'arrange très, très bien.

(Eternuement)

MG 3 : Euh... Voilà. Euh, je ne me vois pas du tout, aller, enfin continuer à travailler seule. Euh, enfin, moi je suis ouverte, à toutes les propositions. C'est vrai que, je, un grand groupe ne m'attire pas non plus que ça, parce que, moi j'ai un peu l'impression, que plus on est nombreux, et plus les désaccords peuvent être fréquents. Donc, c'est bien de travailler en groupe, quand on s'entend bien. Un groupe où chacun est individuel, ça va clacher donc, ce n'est pas la peine. Euh, voilà. Moi je trouve que, travailler à deux, je trouve que c'est, c'est très sympa, quand on s'entend bien. Euh... Et puis, effectivement travailler plus en binôme, c'est-à-dire augmenter finalement la clientèle, mais tout en gardant un, un, du temps libre, et assurer finalement comme le disait [...], un temps, un temps complet éventuellement à plusieurs, euh, voilà. Maintenant, y'a aussi des médecins qui préfèrent travailler, de façon isolée. Euh, un grand groupe, sur Lannion, euh, j'ai un petit peu de mal à l'envisager. Ne serait-ce que déjà, sur le plan géographique. C'est-à-dire, où est-ce qu'il devra se situer ? Euh, bon, moi, je serais effectivement plus partante pour, les petits, les petits cabinets finalement dispersés, un peu comme c'est là, à l'heure actuelle, mais que, ben les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls. Et puis, moi, j'ai toujours dit, on n'est pas forcément obligé de travailler à deux portes à côté. Ça peut être aussi, déjà s'arranger entre nous, pour, pour essayer de, de gérer. C'est-à-dire que si, y'en a un, un jour, qui est complètement débordé. Moi, cela ne me dérange pas, si la journée, elle est plus calme de, de voir des patients à, qui ne sont pas forcément, suivis au cabinet. Mais, euh, certainement pas seule, dix, je ne sais, à voir... Mais,

mais pas seule, non. Pour avoir connu en fait, pour avoir connu les deux, c'est vrai que, être au minimum deux, c'est quand même, c'est quand même, un confort d'exercice, un confort, euh, d'absence, aussi d'imprévu, comme cela peut arriver. Le gamin est malade... Moi ça m'est arrivé, quand mes enfants étaient plus petits, mon mari était parti en déplacement. Bon, ben, j'appelais mon collègue, et je lui disais « excuse moi, mais là, je vais venir travailler ce matin, je vais tout rassembler ce matin. Cet après-midi, je n'ai pas le choix ». Donc, alors que seul, ben, c'est plus difficile, parce que là, comme on a la secrétaire, il faut téléphoner au patient pour annuler le rendez-vous pour le mettre, le mettre plus tard, quoi. Mais faut-il bien s'entendre. C'est-à-dire des médecins, euh, qui gardent, finalement, enfin, qui ont une mentalité de travailler seul, euh, je ne suis pas sûre que, qu'un groupe puisse fonctionner comme ça. Voilà.

Observateur : Donc c'est la chanson de [...], quand on est plus de quatre, on est une bande de con !

(Rires).

Observateur : Ce n'est pas pour toi [...] !

(Rires).

MG 2 : Non pas du tout, je n'y ai même pas pensé.

(Rires).

PN : Je pense que, que la pénurie, actuellement des médecins, que cela soit, généralistes ou spécialistes, ben, on n'a pas de choix, il faut continuer, comme on fait actuellement. Effectivement il faut mettre de, pas de limite à l'activité, mais aussi donc, pour les consultations, organiser bien les consultations, pour que ce ne soit pas débordé, bien prendre, du repos, pour ne pas être surmené, non plus. Mais, moi, par exemple, personnellement, je ne rêve pas trop, à trouver un autre pneumologue si, dans les cinq ans qui viennent... Pour beaucoup de raisons, d'abord, il n'y en a pas beaucoup. Deuxième chose, il y a beaucoup de places dans les hôpitaux, trente cinq heures, qui seront biens payées. Je ne vois pas la raison pourquoi, ils vont venir travailler en libéral, et il y a des risques. Il y a un capital à apporter, beaucoup de contraintes. Or, à l'hôpital, il y a la sécurité, qu'il ne paie. Il y a l'informatique, qu'il ne paie pas. Il a tout le matériel pour les explorations fonctionnelles, qu'il ne paie rien, pour faire du privé, pour faire un minimum dans le privé. A l'hôpital, donc l'hôpital va toucher peut-être vingt pour cent de l'acte, le reste c'est pour lui. Donc c'est vrai, qu'il y a une sélection très importante, dans le libéral, euh, dans le public, qui n'existe pas dans le libéral, actuellement. Bon, avant c'était bien parce que, le médecin pouvait à la fin de l'exercice, habituellement revendre sa clientèle. C'est quelque chose actuellement de plus en plus loin. Donc cela devient quand même très difficile d'être en libéral, vu le manque de, de remplaçants, ou le manque des associés. Euh, les matériels sont de plus en plus chers. Et, y'a de plus en plus de matériels. Tous les jours, y'a quelque chose qui sort pour le diagnostic, pour le traitement et tout ça... Donc, il faut toujours être au top, pour pouvoir répondre au, aux besoins des médecins, des collègues en fait qui, qui envoient le malade. Ne pas envoyer, le malade trop souvent à l'hôpital, parce que le malade quand il vient nous voir, ce n'est pas pour aller à l'hôpital. Essayer de gérer dans le cabinet, quand on est tout seul, c'est quand même très difficile. J'aimerais bien de temps en temps montrer, une radio à un collègue à moi, qui est pneumologue, pour demander : « qu'est-ce que t'en pense ? ». Je suis obligé d'aller à l'hôpital puis demander, au radiologue... Donc c'est vrai, c'est beaucoup plus facile, de travailler à deux. Maintenant à quatre, je ne sais pas, j'n'en ai aucune idée. Y'a de grandes polycliniques, comme à [...], par exemple, il y a, deux grandes polycliniques, à [...] et, l'autre... [...], où il y a sept, huit pneumologues dans chaque clinique, qui s'entendent bien, mais c'est immense. Ils ont beaucoup de malades. Mais Lannion, ce n'est pas, en fait c'est [...], ce n'est pas Lannion. Mais faut s'entendre. Mais bon, sur Lannion, actuellement je ne sais pas, qui, sera intéressé de venir à Lannion, pour s'installer en ville, comme pneumologue ? Donc, faut que je travaille tout seul, pour le moment encore. En espérant que, lorsque je partirai à la retraite que je trouverais quelqu'un. (Rires). S'il n'y a personne, Lannion sera sans pneumologie en libéral. A l'hôpital, ils sont déjà débordés. A l'hôpital, ils sont trois pneumologues, à quatre-vingts pour cent. Mais, pour l'activité à l'hôpital, quand même, c'est très, très prenant : le service, les consultations, les examens, les fibros, les bureaux et tout ça... C'est quand même un travail très, très fatiguant à l'hôpital. Mais bon, c'est une mentalité différente. Je ne sais pas si [...] a constaté, mais ce n'est pas la même, pour moi ce n'est pas du tout la même chose, c'est totalement différent.

GN : Oui, c'n'est, c'n'est pas pareil. Moi je, enfin, j'ai, j'ai du mal encore, à me, à me faire une idée de, de la place que j'occupe parce que, y'avait, enfin, on va dire, y'a une pénurie, en matière gynécologique sur Lannion depuis... Depuis trois ans, y'a donc, à l'hôpital, y'a, un, deux, trois, quatre, postes qui ne sont pas occupés. Moi, donc, je compte mon poste qui n'est pas occupé, puisque moi, j'ai pris la place d'une collègue qui est en libéral

et, y'a un collègue en libéral qui s'est arrêté. Donc ça fait cinq, cinq temps pleins de gynécologue, qui ne sont pas affectés aujourd'hui, un en libéral et quatre à l'hôpital. Avec des remplaçants à l'hôpital, enfin comment ça s'appelle, la continuité des soins est assurée. Mais pour autant, la, la répartition, des, des, enfin des patientes, ne peut, ne peut pas se faire. Moi, je suis obligé de, de limiter les, les inscriptions maintenant. Enfin mon, mon périmètre est, est bouclé, en quelque sorte, sauf pour les femmes enceintes, où je ne trouverais pas, logique de dire que je ne peux pas. Parce que une femme enceinte, c'est quand même quelqu'un, on ne peut pas dire : « revenez dans trois mois, ou dans six mois ». C'n'est pas possible. Donc, y'a une espèce de priorité là, incontournable. Donc il faut la voir cette dame-là. Donc, je, je ne, par rapport à, à l'hôpital, moi ce qui me, ce qui m'a, donc le plus, le plus frappé, c'est le changement. Donc, dans, dans les mentalités, où quand, j'ai choisit, moi d'être hospitalier, c'était dans un but de, de faire partie d'une équipe, d'avoir des projets communs, d'avoir un certain nombre de choses partagées, d'avoir, donc, de travailler dans le service public parce que je trouvais que, que, que le critère "service public", voulait pour moi, dire quelque chose. Et, que tout ça s'est évaporé, petit à petit, pour tomber dans les individualismes et, dans l'espèce de, de, d'absence de sens collectif. Alors, moi, je parle dans, dans ma chapelle, je ne parle pas, je ne sais pas comment dans les autres spécialités ce que cela donne, mais enfin, en ayant discuté avec plusieurs collègues, d'autres spécialités, la, la façon de voir le travail, la façon de voir l'équipe, dans les hôpitaux, elle a, elle a beaucoup, beaucoup, beaucoup changé. Y'a, y'a pas de, je pense que, le que regard que, les médecins hospitaliers qui ont aujourd'hui, sur leur travail, ceux qui sont arrivés récemment, n'aient pas du tout le même regard que celui qu'on avait y'a trente ans. C'est normal qu'il y ait une évolution. Mais, elle est quelques fois, difficile, à accepter, parce que, ben, elle, elle ne, ne correspond pas forcément, à, à un fonctionnement qu'on avait, puis-je penser, satisfaisant. Y'a le, le fait de la tarification à l'activité, ça je l'ai déjà dit, c'est un truc... Qu'on se repasse ça, je n'en vois pas l'intérêt, c'est un truc que... Ce n'est pas un établissement libéral, c'est autre chose, donc... Je ne sais plus d'où, j'suis parti du coup ? Ah, si c'est toi qui m'a lancé sur...

PN : Le changement de mentalité. La mentalité effectivement il y a, quand j'ai commencé à Lannion, la mentalité à l'époque était extra. On travaillait vraiment, y'avait une ambiance, tout ça, mais ça date, de quatre-vingt-onze. Et au fur et à mesure, ça, la mentalité a changé, comme les temps ont changé, que ce soit entre les soignants, l'administration, les aides-soignantes, les infirmières, les surveillants qui étaient très, très proches de, de ces personnels, maintenant, cela devient un travail...

GN : Administratif.

PN : ... Administratif, de calculs avec, avec donc, le PC, mais, pas un travail humain comme avant. Ça, c'est beaucoup... Il n'y a plus d'échange, par exemple de remplacement de personnel, c'est les, c'est les gens qui sont là qui se remplacent entre eux, il n'y a, il n'apporte pas... Par exemple, une infirmière qui s'absente, ce sont les collègues qui vont la remplacer. Donc y'a une surcharge au travail importante, qui, qui diminue beaucoup la qualité de travail. Les médecins, c'est pareil, sauf, si vraiment, y'a, y'a un manque très important. Le médecin ne peut pas voir, un nombre de patients immense, y'a quand même une capacité, que médecins, infirmières... Le travail a diminué en qualité, et puis, ça affecte beaucoup la mentalité et puis, les relations entre, les, les équipes soignantes. C'est valable, pour par exemple, les maisons médicales, à mon avis, s'il n'y a pas de moyens pour assurer l'absence d'un collègue ou, une secrétaire, ou... C'est comme ça.

(Raclément de gorge).

Observateur : [...] n'a pas, ne s'est pas exprimée sur cette question-là.

Chercheur : Ah oui.

GN : Sur les perspectives, c'est ça ? On est toujours sur les perspective, c'est bien ça ?

Chercheur : Oui, dans les trois à cinq ans.

MG 4 : Moi, ça va être une installation éventuellement. Si, le, le facteur principal, c'est mon conjoint, et puis s'il est fixé d'ici là. Et puis après, euh, ce serait donc, une installation, oui, dans un cabinet de groupe.

Chercheur : D'accord.

MG 4 : Et sinon, je continue les remplacements.

Observateur : Est-ce, est-ce que à part, à part le fait que ce soit un cabinet, enfin au moins un cabinet avec deux, deux médecins, au minimum, un secrétariat, est-ce que tu as d'autres critères de, de choix, pour une, une installation, [...] ?

MG 4 : Non, pas, pas. Euh, plutôt, pas trop, loin, c'est sûr, je dirais, à une demie heure maximum d'un hôpital. C'est sûr que, c'est un confort, enfin, ou un critère qui compte aussi, quoi. Et puis, après, oui, le, le temps de trajet par rapport, au, au domicile quoi.

MG 3 : Au domicile.

GN : Et tu disais, de, de t'installer... Tu me dis si, j'ai peut-être mal compris, de commencer, dès le début, d'être avec par un temps, temps partiel.

MG 4 : Un temps partiel, oui. Oui, oui.

GN : Et ça dans, dans les contrats de, matériels, c'est jouable, de... ?

MG 4 : Financièrement, oui, oui. Oui, parce que, j'ai, j'ai des, des collègues qui ont, font...

GN : Oui, mais t'as...

MG 4 : Oui, y'a un exercice avant, c'est ça, que vous voulez dire ?

GN : Quand, quand tu t'installes t'as, t'as, en principe, t'as, t'as des dépenses d'installation ? C'est-à-dire... Je ne sais pas ?

MG 3 : Mais, les frais d'investissement peuvent être moindres.

MG 4 : ... Tu prends un prêt !

MG 3 : En fait, par exemple, moi j'en connais, finalement, qui font un temps plein à deux, mais n'ont pas chacun leur bureau, donc ont des frais d'installation au départ, ont été divisés par deux.

GN : Ou ça diminue, ça peut se diminuer quoi.

MG 3 : les frais ont été divisés par deux et donc, sont finalement assumés à deux.

MG 2 : Par contre les frais de fonctionnement dans le groupe sont les mêmes.

MG 3 : Oui, c'est ça.

GN : Oui. D'accord.

MG 2 : On ne peut pas diviser les frais de fonctionnement.

MG 4 : Ça, ça dépend du contrat, hein. Puisque, moi j'ai deux collègues, qui font, qui, qui, les ont fractionnés, au prorata de l'activité en fait, mais c'est, c'est revu avec les contrats de la...

GN : Du cabinet, quoi.

MG 4 : Du cabinet. Oui voilà, du groupe. Cela peut se faire en tout cas.

GN : Hum, hum.

MG 2 : Oui, mais y'a des contraintes, y'a des contraintes importantes, administratives. C'est-à-dire que, si par exemple, on prévoit une tarification, des frais de groupe, en fonction de l'activité, cela peut être considéré par l'administration fiscale, comme des reversements d'honoraires...

GN : Ah ouais !

MG 2 : ... Passibles de TVA. Donc cela veut dire que, qu'il ne faut surtout pas, donc surtout pas en parler, parce que, si on en parle à l'administration, un jour, elle va nous tombée dessus. Boom ! C'est ce que nous a dit l'expert-comptable.

GN : Ah, oui d'accord !

MG 2 : C'était une des raisons pour laquelle nous, on a abandonné, le...

GN : Les statuts de ton groupe.

MG 2 : Oui, les statuts ont étaient modifiés, donc on a tous les mêmes...

GN : Les mêmes contraintes.

MG 2 : Les mêmes frais de fonctionnement pour éviter, ce genre, d'écueil.

MG 4 : Je n'ai pas compris, le...

Chercheur : Moi non plus !

MG 2 : Auparavant, au groupe, on avait une part fixe...

MG 4 : Hum, hum.

MG 2 : ... Considérant même quand je ne suis pas là, il faut chauffer le groupe, les secrétaires, etc. Une part mobile, c'est-à-dire que, si je travaille moins que les autres, je vais consommer moins de matériels, moins de etc. Et donc, il y avait une part fixe, et une part proportionnelle à l'activité, et, et, y'a dix, quinze ans, ça a été abandonné, tout est fixe. C'est-à-dire, on est six, c'est divisé en six, point barre. Parce que, le fait qu'on ait des, différences entre les associés, peuvent être considérées, par l'administration fiscale, comme des reversions d'honoraires entre, entre chaque médecin...

MG 4 : Ah d'accord.

MG 2 : ... Et à ce moment-là, passibles de TVA.

MG 4 : Hum.

MG 3 : Moi, ben, je vois, par exemple, quand je suis, quand moi, je me suis installée en fait, ça a été une création puisque, ben, le médecin qui était là, était parti, depuis presque un an, donc, j'ai, j'n'ai pas eu de rachat de clientèle à faire. Et c'est vrai, que moi, mon collègue, était, lui, installé là depuis très, très longtemps. Dès, que je me suis installée, moi, en fait, les, les frais, ont été, ont été divisés par deux. C'est-à-dire que, il n'y a jamais eu, ben... Bon, ce qui me paraît logique, au moins, comme ça, au moins est très clair et, il ne peut pas avoir de, de désaccord. En sachant que, enfin, quand on voit finalement, euh, euh, la pénurie médicale, qui s'annonce, je pense que, qu'il n'y a pas de soucis à avoir. C'est à dire, à mon avis, moi, je n'ai jamais, été déficitaire et pourtant, j'ai créé ma clientèle. Enfin, j'ai créé, sans la créer, puisqu'en fait, y'a des gens, qui étaient suivis là, qui sont revenus quand ils ont su, qu'il y avait un nouveau médecin, plus effectivement une partie, certainement de patients qui est allée chez le, qui est allée chez mon collègue, en attendant éventuellement, qu'il y ait quelqu'un qui arrive... Là, là, je vois, actuellement, j'ai, y'a des gens qui de temps en temps, appellent pour savoir si, si y'a un successeur qui succède, qui est en prévision, ou qui s'installe. Ben, sur Lannion, c'est... Enfin, à ce niveau-là, y'a pas de soucis, donc... Moi, je pense qu'effectivement, je, je suis d'accord, dans le sens où, où on va certainement aller sur... De toute façon, c'est aussi ça, à mon avis qui explique aussi la pénurie. C'est-à-dire que, moi, je suis sortie en, en, de l'internat en quatre-vingt-quinze. En quatre-vingt-quinze, on était quand même, déjà soixante pour cent de filles, dans notre promo. Soixante pour cent de filles, et, les filles ne font pas un temps, euh, un temps complet. C'est-à-dire que, en majorité, on a toute, une journée dans la semaine, et plus ça va, finalement on en discute avec les jeunes, le but, il n'est pas, de ...

GN : De se tuer à la tâche.

MG 3 : Voilà, ben de se tuer à la tâche. Et, ce qui d'ailleurs, irait à contresens, par rapport finalement, au changement de la société, parce que la société, va, plus dans une société de loisirs, donc ça serait surprenant que,

en parallèle, les, en professions médicales que ce soit l'inverse, et que, qu'il y ait, complètement un écart. Et que, oui, effectivement, je pense, qu'à l'heure actuelle, un médecin actuellement qui part en retraite, c'est pratiquement deux médecins sur, sur ce poste-là. Parce que les mentalités ont changé, parce que, maintenant les conjoints, enfin...

MG 4 : Les deux travaillent déjà.

MG 3 : ...Les deux travaillent, donc y'a à assurer... Moi, pour avoir discuté effectivement, des, des médecins qui, qui partent en retraite et qui, qui assuraient, pas d'heures... C'est, c'est fini, ça. On n'en aura plus.

GN : Le paradoxe, c'est que les médecins qui passent, qui partent à la retraite, y'en a même pas un pour les remplacer, y'en a même pas la moitié d'un.

MG 3 : Mais, oui c'est ça.

MG 2 : Un sur dix, ou même pas.

MG 3 : Mais je pense que, c'est ça qui me fait peur, c'est-à-dire, aussi, c'est la surcharge de, de travail. Et puis, je pense, aussi plus, enfin ça, c'est peut-être plus... Mais, mais ce flou, puis qu'il y a par rapport à la médecine générale. C'est-à-dire que, y'en a aussi, pas mal, qui doivent avoir peur d'investir, actuellement pour...

Chercheur : Ben, oui, je pense que oui.

MG 3 : ... En se demandant finalement, ce qui, ce qui va se passer ? Alors, bon, je ne sais pas, est-ce que justement, il n'y a pas, une solution intermédiaire pour inciter des jeunes, sans qu'ils aient à investir, et se sentir bloquer. Enfin, un peu comme des collaborateurs, ben, enfin voilà, quoi... Sans, sans finalement avoir un investissement financier et se retrouver...

GN : Piégé. Ouais.

MG 3 : ... Piégé, quoi. Moi je me dis aussi, mon mari travaille à [...], il peut être muté. Est-ce que, en étant muté, je ne sais où, si c'est lui, qui décide, est-ce que, est-ce que moi, à ce moment-là, je prendrais la décision de dire, « ben, tans pis, moi je reste là » ? J'en sais rien, mais... Et, je pense aussi que, y'a ça, qui fait aussi que, qu'il y a peu de gens à s'installer sur Lannion, hein... Et s'installer, parce que là le pôle de l'emploi sur Lannion, c'est plutôt l'inverse, quoi. C'est-à-dire que, les gens partent plus, qu'ils n'arrivent. Donc investir à l'heure actuelle, avec un gros capital, je pense que, les jeunes, doivent avoir peur. Moi déjà, quand je me suis installée en deux mille quatre, mon objectif, quand j'ai cessé mes remplacements, c'était que, je ne, je ne voulais pas justement, me lancer dans un, dans un emprunt important.

Chercheur : Justement la collaboration, y'avais pas à l'époque ? Enfin, je ne sais pas ?

MG 2 : Non.

MG 3 : Non. Ah, non, non, car certainement si y'avait la collaboration, je ne me serais certainement pas installée. Moi, je voulais, m'installer, parce que j'en, j'en avais marre de faire, de faire des remplacements. A l'époque, ben, c'était des remplacements, ben, aussi, on travaillait toutes les vacances scolaires, fallait pas... Donc ce qui faisait que la dernière année pour mes enfants, tant qu'ils étaient petits et que leur présence n'était pas obligatoire à cent pour cent en maternelle, ça allait. Mais à un moment donné, je me suis dit, je vais avoir un choix à faire. Donc c'est vrai que, les deux dernières années, je me libérais du temps pendant les vacances scolaires pour, pour en profiter. Puis à un moment, je me suis dit, bon, faut peut-être pas non plus continuer des remplacements toute, toute ma vie. Et donc, je me suis, j'ai commencé effectivement à, à chercher, mais bon, l'objectif, n'était pas justement, non plus d'investir dans un, quelque chose d'énorme, qui, qui me demande aussi, parce que moi, c'était ça mon critère, qui me demande de travailler à fond, ce que je ne voulais pas.

MG 4 : C'est vrai que, la mobilité professionnelle du conjoint, joue aussi énormément, enfin peut freiner, à l'installation. Ça, c'est sûr. Mais il y a tellement de postes, enfin actuellement, il y a tellement de postes salariés, ouverts aux généralistes, y'a plein d'autres alternatifs, qui font que le libéral, c'est peut-être ce qui attire le moins, donc ça reste le dernier... Ouais.

MG 2 : Je pense que, au niveau de l'activité, il y a une activité formidable. C'est... Au niveau boulot, c'est... Vraiment c'est très, très agréable. Ce qui pose problème, c'est l'installation, le mot " installation ", en lui-même, pour, le côté figé, pensant voilà : on y vit là, et puis on ne bouge plus. Faut imaginer, je pense, effectivement d'autres structures qui permettent aux médecins, d'arriver, d'y faire quelques années à un endroit, puis éventuellement de repartir, si le conjoint s'en va, sans que, qu'il y ait un préjudice, qu'il y ait un préjudice pour les patients, ou pour la structure. Actuellement, c'est ça le problème. C'est que, quelqu'un met des billes dans un cabinet, puis quelques années après, le conjoint, s'en va, euh, ça pose problème. Et, je crois que les structures ne sont plus adaptées, il faut qu'on, change de structures, qu'on change de système, je pense, en France, pour permettre justement la mobilité des médecins, tout en gardant un exercice, de médecine générale, qui a sa place, et qui ne sera peut-être plus un exercice, tout à fait, aussi libéral, avec des avantages et des inconvénients. Je pense que le système, on est au bout du système, à mon avis.

MG 3 : Moi, c'est ce que je disais, y'a un moment donné, hein. C'est peut-être, pourquoi pas finalement, avoir l'autorisation dans des groupes, par exemple d'avoir des jeunes médecins, qui vont être salariés du groupe...

GN : Salariés du groupe.

MG 3 : ...Et qui, puisque, à priori aussi, le statut salarié, attire...

MG 4 : Attire...

MG 3 : ...Hein, aussi, pourquoi pas ? Et moi, je n'y serais pas opposée, enfin, pourquoi pas...

MG 2 : Ça existe, c'est les SCP. C'est les sortes de SCP.

MG 1 : Des SEL.

Chercheur : Hum.

MG 2 : Oui.

GN : C'est nouveau ça ?

Chercheur : Du coup, je crois que, il me semble que, c'est une histoire de partage d'honoraires, qu'on reverse. Ben, c'est, c'est, c'est différent, en fait. C'est une autre structure juridique.

GN : Oui.

Chercheur : C'est... C'est pas pareil. Et donc, enfin, moi j'aimerais bien, je ne sais pas si, y'avait autre chose que, que vous voulez rajouter dessus ?

GN : Moi, moi, sur ma perspective à trois à cinq ans. Ça va être... Dans cinq ans, je suis à la retraite, en principe, donc... Je n'ai pas, de grandes, de grandes perspectives. J'avais pensé à un temps plus, comment, modérer, mon, mon arrêt, mon activité, de façon peut-être moins brutale. Parce que, moi, j'aime bien mon boulot et, donc, aussi, enfin moi, j'y prends plaisir. Et, et, donc je m'étais dit, ben voilà, peut-être, un petit mi-temps, et puis éventuellement, puisqu'on parlait beaucoup de, des sages-femmes, qui allaient devenir plus ou moins gynéco. Je ne sais pas où ça en est, mais, peut-être à ce moment-là, s'associer avec une...

PN : Une sage-femme.

GN : ...Une sage-femme, et puis faire tourner un cabinet, comme ça, pourquoi pas ? Et moi, cela me permettrait de me mettre un peu sur, sur la touche, sur la touche. Parce que, si je dois penser à être, à avoir quelqu'un pour la suite. Non, y'aura personne, faut pas rêver. Déjà, la collègue, elle a été, j'ai été une véritable bouée de sauvetage, pour elle. Elle a été, la tenue, enfin, le maintien des dossiers et tout ça... (Rires). Hop ! Partir sans, sans, le cœur léger, quoi, en quelque sorte. Donc, c'est, c'est bien pour elle, mais, je ne, je ne pourrais pas faire ça, je ne pourrais, pas. Je ne pense pas que j'aurais, un ou une gynéco, qui, qui serait susceptible de venir exercer. Aujourd'hui, les gynécos, qui s'installent, ils ont besoin d'une infrastructure technique, à leur portée, ils ont... Enfin, c'est, c'est, c'est un autre, un autre profil de, d'exercice, tout à fait. Donc la gynéco de ville, elle va mourir de sa belle mort, par la disparition des, des gynécos, aussi bien, médical, que gynéco-obstétricien, sans activité, hospitalière ou, sans activité chirurgicale. C'est, c'est fini. Donc, je n'ai, moi, je n'ai pas d'espoir, d'être,

remplacé. Et, donc oui, à cinq ans, je serai, j'aurai, fermé le cabinet, assurément. Sauf, sauf, sauf, imprévu, mais sinon...

MG 1 : Euh, d'un point de vue économique, quand on en parle à un comptable, par exemple, pour, pour lui, c'est normal, que, un chef d'entreprise, parce qu'après tout, un médecin, c'est aussi un chef d'entreprise, vienne mettre dans son outil d'exercice, y compris de l'immobilier. Et là, c'est l'inverse, de qui se passe, donc, on, je me demande, si ce n'est pas un signe d'appauvrissement, de paupérisation de la profession, que les médecins ne soient pas capables de, de se payer leur, leur immobilier, restent toujours, comment, locataires, quelque part. C'est certainement un gage de mobilité, mais enfin. Moi, cela me gênerait de passer une partie de ma carrière professionnelle, à payer du loyer sans, sans avoir rien au bout.

MG 2 : C'est la contrepartie de la mobilité.

MG 1 : Certainement, et c'est aussi la contrepartie, enfin, c'est sans doute, le signe aussi que, la médecine générale libérale va devenir enfin, salariée, quelque part ?

MG 3 : Moi, je ne suis pas trop d'accord avec toi, parce que je pense que, aussi c'est le contexte, qui n'est pas le même. C'est-à-dire que, dans, le, le monde du travail, euh, se base, quand même beaucoup maintenant sur la mobilité, et que maintenant, ben, euh, mon mari, te dirait, maintenant, envisager, pour un salarié, de faire toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise, c'est terminé, ça. Donc forcément, les conjoints étant mobiles...

MG 1 : Mais tous les conjoints ne sont pas mobiles. Bon, j'en ai, j'en ai un, qui, qui est bien ancré donc, je ne peux pas dire qu'il va changer, de région toute de suite. Et donc, je n'ai pas de, je n'ai pas l'intention de, de rester quelque part où, j'aurais à payer un loyer. C'est ce qui s'est passé à [...]. La Mairie, leur à proposer un local, dans lequel ils avaient à payer un loyer et, ils se sont aperçus, qu'ils allaient payer à perte, le loyer toute leur, toute leur carrière. Ils ont donc proposé de racheter le, l'immobilier. C'est ce qu'ils ont fait, donc maintenant, ils vont avoir des parts d'immobilier. Ça ne, ça ne veut pas, sans doute dire grand-chose, mais... Je ne me vois pas travailler quelque part, où j'aurais à payer un loyer sans... A perte, pour moi, c'est à perte...

MG 2 : Oui, mais si tu n'es pas remplacé au bout du compte, et que tu ne peux pas revendre tes parts immobilières, ben, t'es obligé de mettre de l'argent quand même dedans.

MG 1 : Sauf, quand t'es tout seul.

MG 3 : Oui, mais c'est pour ça, que justement... On ne parle pas de la même chose.

GN : C'est ça, oui.

MG 3 : Là, on parle, moi, moi, pour avoir discuté effectivement, avec ceux qui ont investi, et qui se sont installés seuls, qui sont propriétaires de leur local. Cela n'empêche que leur local, si le jour où ils veulent partir, leur local, ils peuvent le vendre à n'importe qui, ce n'est pas un cabinet, forcément à un cabinet médical. Même quand t'investis dans un groupe, et que y'a quatre, cinq, six médecins, dans le groupe, et que toi, tu t'en vas. Alors, tu as soit, le problème c'est le risque effectivement pour les autres du groupe, s'il n'y a pas de successeur, de se retrouver avec une part de moins, dans la prise en charge de frais fixes du cabinet. C'est, un loyer, enfin parce que, en général, c'est ça, c'est des versements, enfin, je n'ai jamais trop compris mais, euh, dans un groupe, tu ne, tu ne peux pas vendre ton bureau à n'importe qui, t'es obligé de, si t'as pas de successeur, ton local, il n'est pas utilisé.

MG 2 : Mais tu paies, quand même...

(Rires).

PN : Ou soit il est acheté par, par les autres.

MG 3 : Quoi ?

PN : Soit il est acheté par les autres.

MG 4 : Par l'ensemble, mais.

MG 3 : Par l'ensemble, faut-il encore que les autres... Et s'ils ne veulent pas acheter ?

PN : Si les autres sont d'accord.

GN : Ouais.

MG 3 : Ils n'ont aucune obligation.

PN : Le, le système de la SCI, c'est comme ça, faut partager, puis... Soit on fait la SCI, soit on fait une SCM, pour le matériel. Bien sûr, c'est très intéressant parce que, le loyer que, que tu paies, est aussi le crédit que tu rembourses. Tu paies par exemple mille euros, admettons, c'est un loyer, que tu retires de tes, tes frais, parce que c'est un loyer. Par contre la SCI, c'est elle qui le gagne. Donc elle va payer l'impôt, sur le, sur le gain de la SCI. Mais à la fin, c'est un capital, que tu touches à la fin de ta carrière, quand tu as terminé de le payer, quel que soit que tu le vendes ou que tu le loues après. C'est vrai que, quand on est en groupe, on est obligé de... Soit un des médecins, qui est dans le groupe, qui achète tout, qui fait la SCI, puis loue aux autres, c'est aussi faisable.

(Racler de gorge).

Chercheur : J'aimerais que, qu'on revienne sur, sur la tarification à l'activité, la rémunération à l'acte. On en a un petit peu parlé, mais, j'aimerais, qu'on, que, que vous me donniez un petit peu vos, vos opinions dessus en fait.

PN : Moi, je travaille, beaucoup à l'acte, parce que, nous, en pneumologie, mais je pense qu'en gynéco, c'est pareil. Tous les examens sont, sont cotés à l'acte, que ce soit les gaz du sang, les EFR, les apnées du sommeil, les pléthysmos, la fibroscopie, les tests de provocation... Tout ça, c'est à l'acte. Euh, il y a une consultation, qui s'appelle CS, c'est quarante, ou je ne sais plus quoi, une consultation donc, qui est payée un peu plus chère qu'une consultation normale, mais, c'est pour faire une fois. C'est vrai que, notre activité, bon, ben c'est de là, tu veux comprendre pourquoi un malade, il est essoufflé, il faut le faire souffler, pour voir un peu, et faire les gaz du sang ; un malade qui a du mal à marcher, parce qu'il, il fait deux mètres... Donc l'acte, dans le métier de pneumologue, fait partie un petit peu de notre rémunération. Donc, moi je pense, que c'est bien, soit l'acte, soit le temps passé avec le patient, car on passe beaucoup de temps avec les patients. Je ne sais pas ce qu'il cache quelque chose, mais, je trouve que c'est un bon système.

GN : Moi, j'ai été salarié pendant, x temps, là, je suis payé à l'acte. Euh... Enfin, ouais, ça c'est... J'ai du mal à, j'ai du mal à imaginer, comment ça pourrait fonctionner autrement. Mais je n'ai pas, je n'ai pas, un recul non plus, je n'ai pas une réflexion sur, sur le statut du paiement à l'acte, bien long, donc, je ne, je ne sais pas, qu'est-ce qui, qu'est-ce qu'il aurait comme alternatif ? A savoir si je pourrais être salarié ? Je ne, je ne... Le libéral, pour moi ça, c'était vraiment associé au paiement à l'acte. Mais cela ne me dérange pas, d'être payé à l'acte, alors, pas du tout. Je, je, au début, j'oubliais de faire payer les gens, parce que, ben, je n'avais pas l'habitude, mais après quand on se goure, il faut courir après. On se dit quand même que la réalité, enfin que la réalité s'impose, donc... Mais, mais, je, je, j'n'ai pas d'avis, vraiment sur le paiement à l'acte.

PN : C'est le système, en fait. C'est le système de soins, qui, qui l'impose, et on n'a pas de choix.

GN : Ouais, ouais.

PN : On n'a pas de choix. A l'hôpital, c'est l'hôpital, parce que tout est, on est payé en forfait. Pour le médecin qui travaille à l'hôpital, c'est, c'est un salaire, c'est un forfait pour lequel tu travailles. Au cabinet, non, ce n'est pas un forfait, c'est, par acte. Donc c'est le système qui est comme ça.

GN : Ouais, c'est même un système, on va dire, qui a un côté honnête. C'est-à-dire que, ben, si on travaille, on est payé, si on ne travaille pas, on n'est pas payé, c'est... Mais, mais il a sûrement ses travers. Je ne me suis pas, je ne me suis pas du tout penché sur, sur l'aspect, de la rémunération parce que je n'ai aucun... On reçoit les profils là, de la sécu, enfin, faut regarder ça, savoir si je suis...

PN : Le SNIR, c'est l'activité, cela donne une idée sur ton activité.

GN : Par rapport à la moyenne ?

PN : A la fois l'acte remboursé, puis par rapport à la moyenne, et aussi le, le coût de ton ordonnance sur l'année. Donc, qu'est-ce que tu coûtes à la caisse pour l'année ? Et ça s'appelle SNIR, mais, bon c'est juste pour toi, pour te renseigner. Il n'y a aucun effet, en fait il n'y a aucun, aucun, comment dirais-je, aucun retentissement sur tes activités. Cela ne va pas te dire, travaille pas trop, travaille moins, etc.

GN : Oui, donc, à quoi...

PN : Rien, c'est juste pour te dire.

GN : A quoi ça rime ? De t'envoyer un profil, si, si c'est, après c'est toi qui choisis de...

PN : Peut-être pour te freiner un peu plus. Pour te freiner un petit peu, si tu vois par exemple, ta consultation, elle devient trop chère à la sécu, ou ton ordonnance, il est vraiment, trop cher à la sécu...

GN : Par exemple, les, les médicaments de la, du traitement de l'infertilité, dans les coûts, c'est des médicaments excessivement chers. Alors si t'es un gynéco qui en fait, ben, tu vas coûter cher, si t'es un gynéco qui n'en fait pas, tu vas coûter moins cher.

PN : Voilà.

MG 2 : Le problème, c'est l'inefficacité du système !

GN : C'est vachement intéressant quand même, comme, comme conclusion ! Mais qu'est-ce qu'on...

MG 2 : Ce qu'il faudrait, c'est au service rendu à la limite.

GN : Oui. Donc ...

MG2 : C'est-à-dire que, le SNIR, qui nous dit, ben « vous avez coûté tant », mais qu'est-ce que cela a apporté. C'est vrai, en fait on ne parle jamais, d'apport à une population. Et c'est ça le problème. Donc, il faudrait savoir de quoi on parle, c'est-à-dire que, si, nous pour le même prix, on a soigné x patients d'une population x, actuellement, il n'y a pas de moyens de savoir exactement, si notre population soignée, est représentative de, d'une partie de la population de Lannion, pour moi ou d'une autre ville. Et, ce qui est intéressant, c'est de savoir quel, quel coût...

GN : D'évaluer le coût d'efficacité.

MG 2 : ... Pour la santé, mais l'efficacité, combien on a, on a... Actuellement, ce n'est pas fait. Et ce n'est pas possible, parce que, les patients peuvent être amenés à consulter un, ou un autre médecin, etc., et pas forcément dans la même structure. Si les patients venaient, tout le temps dans la même structure, on pourrait faire des comparaisons, de façon efficace. Savoir, si plus, une structure est plus efficace qu'une autre.

PN : Oui, il n'y a pas d'études pour ça. Enfin, je te dirais par exemple, je te dis, pour l'apnée du sommeil, la sécu, elle te dit « oh ! Qu'est-ce que cela peut être cher, qu'est-ce que cela peut être cher... »

MG 2 : Mais, non, s'ils ne sont pas malades. S'ils ne font pas d'accident.

PN : ...Oui, voilà, qu'ils n'ont pas de problème cardiaque, qu'ils ne tombent pas dans, un AVC, ou qu'ils sont plus actifs dans leur travail. Ils ne font jamais des études, sur quel est le, le bénéfice du traitement d'apnée du sommeil, par rapport aux gens actifs par exemple. Non, ce qui les intéresse, c'est le coût du traitement, le coût de l'acte lui-même, et après on s'en fout, si le malade, il est mieux, il est moins hospitalisé, il s'endort moins devant son ordinateur, il n'a pas fait d'accident de voiture... Et tout ça c'est un coût, pour la société aussi. Ils ne font pas d'études. Pourtant, j'ai dit dix fois, vingt fois... (Rires). Ils sont dans leurs bureaux...

Observateur : Je disais à, à ma jeune collègue, que, ça fait une heure et quart, qu'on est ensemble, le temps passe très vite, hein, vous voyez. Il reste une dernière question...

Chercheur : Oui une dernière question.

Observateur : Donc je lui disais que, qu'il fallait peut-être quand même...

MG 2 : On a tous répondu à la dernière question ?

Observateur : Je ne sais pas, mais bon... Je pense que chacun s'est en tout cas exprimé. Et on voit bien qu'il y a un débat sur tout le problème financier, et maintenant, qui, qui pose d'énormes problèmes. Peut-être qu'on va y revenir avec effectivement, le problème du regroupement qui est la dernière question.

Chercheur : En fait, j'aimerais, savoir, ce que pourrait vous apporter, en positif ou en négatif, l'exercice dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

Observateur : Voilà, si vous voulez, la première question a permis de voir un peu comment on travaillait. La deuxième, les craintes, les inquiétudes, les perspectives, que, qu'on a peut-être les uns et les autres, hein. Et puis, la troisième, c'est donc, si, il devait avoir une maison ou ne pas avoir, quels sont les avantages, bon, on les a déjà un peu évoqués, hein, bien sûr, mais, revenir peut-être de façon très pragmatique sur, pourquoi vous voudriez être dans une, un regroupement important ? Quels sont les avantages, les inconvénients ? Comment cela pourrait marcher ? Comment cela pourrait fonctionner, pour qu'on ait une idée de, des avantages, des inconvénients, d'un tel regroupement, quoi ?

MG 3 : Ben l'avantage, les avantages, ben, c'est déjà, à mon avis de travailler en équipe, hein. Effectivement, l'échange, l'échange entre collègues, un doute, qu'il peut, discuter, enfin, un doute sur un traitement, première chose. Effectivement, ben, plutôt que d'avoir un, à prendre son téléphone, pour téléphoner au spécialiste, pour avoir son avis, et ben, le choper dans le couloir, et puis, lui demander, s'il ne peut pas accorder cinq minutes à la fin des consults. Et puis, ben surtout, puisque, à priori, si c'est ce qui attirent les jeunes, ben, c'est peut-être effectivement la seule solution pour, inciter des jeunes à venir travailler, dans des groupes. Probablement, en groupe, aussi, certainement plus de facilité, peut-être pour mettre en place, justement des statuts différents du statut libéral, qu'on peut connaître, avec pourquoi pas, comme je le disais tout à l'heure, les médecins libéraux et puis, des jeunes salariés, salariés du groupe, pourquoi pas ? Euh, voilà. Après, ben, est-ce que c'est un groupe, à faire, à un endroit particulier, ou est-ce que c'est apprendre, éventuellement à travailler ensemble, mais sans être forcément, sur le même lieu ? Parce que je pense que, notamment sur Lannion, je ne sais pas comment ça pourrait être mis en place ? Certainement, mais je pense qu'il y aura des études à faire mais, c'est assez étendu, avec quand même, pas mal de gens qui n'ont pas forcément, toujours des moyens de locomotion. Donc, est-ce que ce n'est pas plutôt, prévoir des antennes ? Je ne sais pas.

Observateur : Donc repenser le type de collaboration, quoi. Même si, même si y'a pas un regroupement immobilier, par exemple quoi.

MG 3 : Ben oui, ça peut, ça peut ne pas être forcément pour moi, une grande structure, avec quinze, vingt médecins installés sur le même, au même endroit. Cela peut être pourquoi pas, effectivement, des antennes, quoi ? Avec, ben, les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls, et les médecins qui veulent se regrouper... Je ne sais pas, si les, ce qu'attendent vraiment les jeunes, est-ce que c'est vraiment la grosse structure ? Est-ce que... ? Parce que, y'a, à mon avis, y'a différentes solutions entre la grosse structure, avec une vingtaine de médecins, et puis, le médecin qui est isolé de son côté, donc... Je ne sais pas.

PN : Je pense au jeune médecin, il est donc, anxieux de nature. Ce n'est pas parce qu'il s'installe tout seul, qu'est-ce que cela va lui apporter ? Le fait d'être en groupe au moins, il est, il est moins anxieux. Il sait bien qu'il tombe dans, dans un endroit, où il peut compter sur les collègues qui sont là, pour, pour le, le diriger, pour l'aider déjà, dans son activité, le temps qu'il se mette debout. Et c'est bien que, le jour où il n'y a pas beaucoup de malades, il aura quand même des malades, parce que le groupe marche, donc, il ne restera pas au chômage. C'est une qualité aussi de travail supérieure, à mon avis, quand on est à plusieurs. Euh, quand il y a un médecin généraliste, qui a envie d'avoir un avis, il suffit d'avoir, un contact avec le spécialiste, qui est à côté. Quand le spécialiste à côté, a envie d'avoir un, un avis d'un autre spécialiste, il est aussi à côté, donc on voit les malades de façon beaucoup plus facile, dans le même groupe. Le malade aussi, repère aussi facilement le groupe, parce qu'il se dit qu'il y a tout le monde là. Bon, à mon avis, il va avoir plus de patients qui vont venir, quand on est regroupé que quand on est chacun dans son coin. Le groupe médical, c'est là où y'a tout le monde, tout le monde, là, y'a l'ophtalmo, il y a le médecin de ville, il y a le cardio, y'a le chirurgien, pourquoi pas ? Ça ne va pas être sous forme de maison médicale, mais plutôt sous forme de polyclinique, à ce moment-là, sur Lannion, sûrement, à mon avis, avoir par exemple, on prend dix médecins généralistes, deux, trois pneumologues, deux, trois cardios, des dentistes, pourquoi pas ? Des kinés, ça fait comme un tout petit hôpital, il fonctionne, pourquoi pas... N'empêche que, par exemple, les généralistes sont dans un coin, et les ophtalmos dans un coin, donc dans le même bâtiment mais, ils peuvent travailler par étage, je pense, ophtalmo, gastro, pneumo... comme à l'hôpital.

MG 4 : Après les, les désavantages, c'est comment gérer une équipe, quand il y a autant de...

GN : Oui, il faut des administrateurs.

MG 4 : Cela peut être un frein. Ben, oui, c'est ça. Alors du coup....

GN : Des administrateurs, ça c'est certain. Ou soit un directeur, ça c'est certain.

MG 2 : Tu es parti de l'hôpital, et tu es en train de construire un hôpital privé, qui va fonctionner de la même façon.

PN : Privé. Parce que je n'aime pas la mentalité du public. Mais c'est privé, c'est différent. C'est complètement différent, parce que tu es indépendant, en fait. Tu restes indépendant, tu vois. Ce que tu regroupes, c'est le local, et pas, la... Ce que tu regroupes c'est le local, mais, après tu es à côté, tu travailles, toujours...

MG 4 : Après gérer, le secrétariat, enfin...

PN : Mais c'est l'administration, qui va gérer toute l'administration.

MG 4 : Ah, oui, mais du coup, c'est ça, il faut une...

PN : Tu n'as pas ces tâches, administratives, à gérer.

Chercheur : Mais du coup, vous voyez comment l'exercice en groupe, alors, comme ça ?

PN : Ben, je donne, un exemple dans mon cabinet. Par exemple, la secrétaire qui gère tout ce qui est administratif aussi. Il y a un comptable dans la société, donc, qui gère aussi l'aspect financier. Euh, moi, je m'occupe, que, que l'aspect médical. Pour donner un exemple, sur l'apnée du sommeil, moi, je ne pose aucun appareil, c'est la secrétaire qui pose l'appareil. C'est la secrétaire qui transfère, par exemple. C'est une organisation qui transfère les données, moi, je fais, je viens après la secrétaire, pour analyser. Donc, je ne touche pas au matériel. Donc c'est un gain de temps, mais extraordinaire, que je ne peux pas imaginer, que je ne pouvais pas imaginer il y a, peut-être dix ans, avant que je m'installe. C'est vrai que, quand, quand, on met une ligne de, de travail, après il faut s'y conformer. Si après, t'es un directeur, qui s'occupe d'une vingtaine de médecins, ben, c'est quand même, une qualité de travail. Quand il y a une surveillante qui, qui prend en charge, par exemple, le personnel, le, les... Si c'est un groupe de vingt médecins, c'est quand même, un groupe solide, hein. Financièrement et puis, au niveau de la qualité de travail. Quand on voit, les, par exemple [...], où, y'a, je ne sais pas, ils sont peut-être huit pneumologues, maintenant. C'est quand même beaucoup. Même dans un hôpital, aujourd'hui, il n'y en a pas autant, et, ils ont un travail, mais au moins, deux mois d'avance, hein, c'est pas...

Chercheur : Mais, du coup avec quels type de professionnels, aimeriez-vous, enfin aimeriez-vous travailler si vous étiez en groupe ? Dans une structure, en groupe, quoi en groupe pluridisciplinaire, ou en groupe ?

PN : La médecine interne. C'est la médecine, pour la pneumologie, c'est la médecine interne, donc pneumo, cardio, gastro, euh, rhumato... Tout ça c'est plein de la pneumo. Avec toutes nos maladies pulmonaires qui touchent partout, donc, pour moi, j'ai besoin de tout le monde (Rires).

MG 2 : Et, même des généralistes ?

PN : Oui, ben bien sûr !

(Rires).

PN : Mais bien sûr, (rires), avant tout. Mais bien sûr. C'est médecine interne que c'est bien, car la pneumologie, ça concerne la médecine interne. C'est toutes, toutes les maladies de système, c'est la médecine interne, la cardio concernent la médecine interne, y'a tout. Combien des fois, je prends mon téléphone pour appeler [...], par exemple pour avoir son avis, ou j'appelle [...] pour avoir son avis. Si on était dans le même local, c'est beaucoup plus facile.

Chercheur : Je ne sais pas si...

Observateur : Chacun va s'exprimer, on commence par [...]

MG 1 : Si, c'était une maison pluridisciplinaire, j'ai peur que ça transpose l'organisation de l'hôpital en effet, et la hiérarchie de l'hôpital, donc, les docteurs en haut, enfin les spés en haut, les généralistes, les infirmières, les aides-soignantes, la secrétaire, bref... Et puis, j'ai peur aussi d'une dichotomie, parce que, si on a, parce que si un kiné reçoit un patient qui ne lui semble pas bien, il va l'envoyer au docteur qui est à côté, que plutôt de renvoyer au docteur qui a prescrit. Ça m'est arrivé récemment, ça m'est, ça m'est un peu désagréable. Donc, y'a une dichotomie, quand, quand c'est comme ça. Mais, bon ! Si c'est dans l'intérêt du patient, pourquoi pas ? Ensuite, pour moi, l'avantage à exercer en, avec des confrères généralistes, ce serait, bon sans doute, de me libérer un peu de temps et puis d'avoir le, le soutien de, des pairs. Que ce soit pour la gestion d'un, d'un problème médical, mais aussi la gestion des patients, ou la gestion de l'administration, enfin, avoir ce soutien-là. Ensuite, les inconvénients, ben... Ah si ! J'ai toujours entendu dire que ce n'est pas facile, de prendre des vacances dans un groupe.

(Rires).

MG 2 : Pour l'anecdote, y'a deux, trois ans, on fait une réunion, pour les vacances. Et bon pour les vacances d'été, et pour le planning pour toute l'année. Puis, au bout de cinq minutes on avait fini, puis je dis à [...] : « tu te rends compte, en cinq minutes, ça a été torché ! ». Il me dit : « mais t'as pas remarqué, ça fait trente ans que c'est comme ça ! ».

(Rires).

MG 2 : Point. C'est tout. J'n'ai, j'n'ai rien à dire.

MG 1 : Bon, j'n'ai plus d'enfants en bas âges, enfin, j'ai encore une enfant qui est au collège, donc qui a, qui dépend, des vacances scolaires. Mais, lorsque mes enfants étaient petits, je, je, j'aurais quand même craint de perdre les...

MG 2 : Les congés scolaires.

MG 1 : Oui, la possibilité de prendre les congés avec les enfants.

MG 2 : On s'est toujours s'arrangé sans problème.

PN : Je te dis quand on est plusieurs, tu peux reporter l'absence de deux ou trois, si on est à cinq ou six. Donc, si, y'en a trois, qui veulent partir en vacances admettons, ce n'est pas trop, trop grave, y'en a encore trois, qui sont là.

MG 3 : Il y a des groupes qui s'entraident aussi mutuellement.

PN : Oui, ça c'est autre chose, bien sûr.

GN : Oui.

MG 3 : Donc, là effectivement, enfin c'est vrai que j'ai, j'ai, j'ai du mal, effectivement, à m'imaginer qu'en travaillant dans un groupe, qu'on ne puisse pas déjà se remplacer, mutuellement. A deux, j'ai, j'ai toujours, trouvé que c'était très facile à mettre en place parce que, à deux, comme on n'avait pas le choix. On évitait que le cabinet soit fermé. Donc, moi ça m'arrivait que mon collègue, l'été, et moi je ne travaillais pas le mercredi. Ça ne me dérangeais pas l'été, il prenait, trois, quatre semaines. Ben, pendant ces trois, quatre semaines d'été, je venais travailler, ben le mercredi, parce que, pour éviter que ce soit fermé, je travaillais le samedi matin, enfin voilà. Pour mes enfants, ça ne posait pas de problème, et puis de toute façon ils étaient gardés, forcément donc... Parce que j'étais au boulot, donc voilà. Euh, et puis, je crois qu'il y a eu un été, je crois que, c'était la première année, quand je suis arrivée, où effectivement je n'ai pas dû venir travailler, puis après, je me suis dis quand même... Alors je venais travailler le mercredi matin, ce qui permettait de désengorger un petit peu, mais, c'est vrai que, y'a des groupes, où effectivement, ils ne se remplacent pas mutuellement, où un médecin peut ne pas finalement partir en vacances, s'il n'a pas trouvé de remplaçant. Je dis ça, mais je pense que c'est plus un problème d'organisation, dans le cabinet.

PN : Oui voilà. S'ils s'entendent aussi, s'ils s'entendent ensemble. C'est difficile, s'ils ne s'entendent pas.

MG 3 : J'me rappelle de, c'n'était, c'n'était pas ici. C'était tout au début quand je commençais à remplacer. C'était deux médecins qui étaient installés ensemble, et en fait quand, quand, y'en avait un qui partait en fait, il fermait l'armoire de ses dossiers à clés, pour ne pas que, le collègue puisse venir chercher un dossier, en cas de besoin. Là, il faut mieux être seul, hein.

GN : Oui, tout à fait. C'est peu débile. Pourquoi sont-ils ensemble ? Oui c'est ça.

MG 3 : Ah, oui, oui, mais...

GN : Ça, ça devient vraiment, ce n'est pas une mutualisation de, de moyens matériels ! C'est tout !

MG 3 : Oui, mais, c'est pas, c'est pas... Mais comme je le disais tout à l'heure, c'est-à-dire que, y'aura de toute façon, des médecins qui préfèrent travailler aussi seuls, parce qu'ils ont une personnalité pour travailler seuls. Et ça, après tout, c'est, c'est tout à fait, louable aussi hein. C'est pas...

PN : Ben, s'ils sont capables de gérer tous seuls.

Chercheur : Et comment voyez-vous l'exercice au quotidien ? Votre exercice seul, en groupe si vous étiez, euh, votre exercice personnel, et votre exercice avec les autres professionnels ?

PN : C'est [...], puisqu'il travaille dans...

MG 2 : Non, je ne travaille pas dans un groupe multidisciplinaire. Moi je vois ce que ça pourrait, je rebondis un petit peu sur la question que tu as posée tout à l'heure. C'est-à-dire qu'effectivement, si j'étais dans un groupe multidisciplinaire, qu'est-ce que cela m'apporterait ? Sûrement, une plus grande ouverture sur les techniques, sur les, le diagnostic, sur les traitements, sur un tas de pathologies, que j'ignore en fait, parce que, voilà en tant que généraliste, on ne connaît pas tout, sur tout. Donc, je pense que si j'étais dans un groupe multidisciplinaire, je connaîtrais plein de choses en plus, j'apporterais sûrement plein de choses en plus à mes patients, (éternuement) que j'ignore qu'on puisse apporter. C'est tout à fait ça. Les scotomes, c'est terrible en médecine.

PN : Oui, mais ça, c'est comme ça. C'est valable dans tous les, les secteurs de la médecine.

MG 2 : Oui, mais en, j'imagine, dans une structure multidisciplinaire, ça va être, ça puisse être mieux, à conditions, que ce ne soit pas justement, comme tu le disais [...], les cardios à l'étage, les généralistes à un autre étage, et puis que, y'a un plancher étanche entre les deux, et que, y'ait vraiment, un travail plus coopératif. Alors, cela impose qu'on doit changer complètement, les structures de soins, c'est-à-dire, par exemple, d'avoir un, un fichier commun, avec des dossiers...

GN : Partagés.

MG 2 : ...Partagés dans, inter, interspécialités. Ce qui n'existe pas, il y a, je ne sais pas combien de sortes de logiciels médicaux en France, qui ne sont pas compatibles entre eux. Enfin, c'est, c'est du n'importe quoi, c'est du grand n'importe quoi. Donc, je pense qu'il y a, que, actuellement, il n'y a pas les structures, pour ça, et je rêve qu'il y ait un seul type de fichier, de dossier médical, que le patient, lorsqu'il vient, pas qu'il transporte le dossier, qu'on puisse envoyer le dossier à l'autre bout de la France facilement. Je trouve que c'est un peu compliqué, actuellement. Sinon, bon, l'exercice, il est déjà, en gros, pour partager plein de choses entre nous, un dossier partagé au groupe, donc... Souvent on a, là, tous les jours on des faxes, enfin, avec des résultats qui tombent. Admettons, y'a une ou un collègue qui n'est pas là aujourd'hui...

GN : On regarde ses résultats.

MG 2 : ...On regarde ses résultats ensemble. Paf ! A plusieurs, les secrétaires nous disent, « tiens, est-ce que cela peut attendre demain ? », donne un dossier et on rappelle les gens, on ne rappelle pas, on met un post-it sur, sur l'écran...

Chercheur : Je ne sais pas si on avait fait le tour, je ne crois pas, des avantages et des...

MG 4 : Les avantages, d'une maison pluridisciplinaire, c'est sûr, c'est le travail collectif, enfin, de pouvoir en tout cas, avoir, à un certain moment des échanges, voilà. Euh, après, c'est le, le temps de travail qui peut être un peu plus modulé, sachant que, qu'il peut toujours y avoir une permanence de soins qui peut être maintenue. Alors pour ça, c'est sûr qu'il faut s'entendre, dès le départ, que tout le monde soit d'accord. Euh, après c'est pour avoir accès, je pense... Euh, il peut avoir des paramédicaux aussi pour participer au... ?

Chercheur : Oui.

MG 4 : Donc c'est vrai c'est facile, d'avoir une prise de sang immédiatement. Et puis, ou du kiné, enfin bon tout, plein d'autres choses... Après, donc ça, c'est les avantages. Et puis, et puis, partager le, le secrétariat, enfin plein de moyens comme, comme dans un exercice en groupe. Ben les désavantages, ben c'est sûr que, si c'est plus y'a de monde dans l'équipe et plus, y'a une lourdeur à gérer, y'a les projets, que tout le monde soit d'accord, et puis... Ça peut être un désavantage, après si tout le monde s'entend bien, c'est vrai que, cela peut être extrêmement porteur et enrichissant. Mais bon, on perd de son indépendance en étant en groupe, on gagne de la qualité de vie et certainement de la qualité de travail, sous réserve de bien s'entendre. Donc après, c'est, choisir avec les gens, avec qui on travaille, c'est, pas toujours évident...

MG 2 : Et, faut pas oublier que les gens peuvent évoluer.

MG 4 : Oui aussi, tout à fait.

MG 2 : Les gens peuvent évoluer, peuvent changer, et donc, ça c'est un problème. Ça veut dire qu'il faut que la structure puisse être, puisse, finalement absorber des gens qui, qui ont changé, sans que ça perturbe le fonctionnement du groupe.

GN : Il faut une espèce de, de communauté d'attentes. C'est, c'est, c'est difficile à réaliser une communauté d'attentes, parce que chacun n'attend pas la même chose de la structure, et donc, chacun va essayer d'en, d'en soutirer, le plus possible pour ses attentes et pas forcément pour celles des autres, hein. Donc, c'est, c'est...

MG 4 : C'est une grosse difficulté, je pense.

Chercheur : C'est pour ça, y'a ce qui s'appelle, le contrat, la charte d'exercice, dans le, dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

MG 3 : C'est quoi ? C'est-à-dire que chacun signe une charte...

Chercheur : Hum. Un contrat, un contrat d'exercice en commun en fait. Et, euh, je ne sais plus où, j'en suis dans mes questions. Ah, oui ! Si, jamais, il y avait une maison de santé pluridisciplinaire comment, aimerez, aimeriez-vous, enfin, voir la structure ? C'est-à-dire, quel, quel, si, quel agencement dans la structure, serait nécessaire à votre exercice, avec les autres professionnels, et dans votre l'exercice personnel ?

MG 1 : Un grand parking.

(Rires).

MG 1 : Et pas d'escaliers.

Chercheur : C'est important quand même !

(Rires).

MG 4 : C'est ça, une salle d'urgences, enfin...

Chercheur : Hum.

MG 4 : ... Qu'on puisse...

MG 1 : Un logement pour les internes, parce qu'on a eu une interne qui n'avait pas de quoi loger. Même l'hôpital, n'avait pas réussi, à lui trouver lui un lit. Alors elle s'arrangeait de gauche, et de droite.

GN : Parce que, quand, on a un interne, et quand on est en libéral, et qu'on prend un interne, il faut le loger ?

MG 1 : Non.

GN : Non. Alors ?

MG 1 : Mais, si, il vient de Brest et qu'il n'a pas de logement, il ne viendra pas de Brest.

GN : Ah oui, parce que c'est bien, on accueille les internes, mais s'il faut les loger et tout ça (Rires). ...

MG 1 : Cela pourrait se faire, mais, mais, on n'a pas l'obligation. Mais, ceci dit, même si on n'a pas de logement, de pied-à-terre...

GN : Un logement mis à disposition, oui.

MG 1 : C'est terrible, ils ne viennent pas, ils restent à Brest.

GN : Ouais, bien entendu.

MG 1 : Je ne sais pas, une salle de réunion.

GN : Ah oui.

MG 1 : Pour faire des conférences ou comme vous avez au groupe.

(Rires).

MG 4 : Une salle d'attente commune, je ne sais pas, après si ça fait partie des... Ou pas...

MG 2 : Un secrétariat très étoffé. Pour gérer tous les problèmes, administratifs.

Chercheur : Et comment, souhaitez... Oui ?

MG 1 : Un système informatique. Facile, bon, je ne sais pas, ça existe ? Non ?

(Rires).

MG 2 : Je crois qu'il faut, qu'on s'adapte. Il faut...

PN : Un réseau, qu'on peut...

MG 2 : ... Ce qu'il faut, c'est qu'il soit communicant, actuellement ce n'est pas communicant. Il n'y a rien de communicant. Quand on souhaite recevoir Apicrypt, c'est compliqué, les laboratoires, c'est compliqué. Quand on reçoit les résultats Apicrypt, quand ils sont retranscrits dans le dossier, c'est illisible.

GN : Ah, c'est intéressant. J'me demandais, si je n'allais pas commencer à m'intéresser à ça, mais...

(Rires).

Chercheur : Et comment souhaiteriez-vous la construire ? Avec quel... ? Vous en avez parlé tout à l'heure de, de la financer, personnellement, c'est ça ? Enfin, d'être propriétaire, ou ?

MG 1 : J'ai été la trésorière de, d'association, alors je vois, ce qui se passe quand on a des subventions. Il faut donner des comptes après, à ceux qui donnent les subventions. Ça, ça m'ennuie un peu.

PN : Ben y'a pas beaucoup de choix, soit les médecins financent chacun, ou selon ses besoins, soit c'est un groupe financier qui va financer, c'est lui qui va être associé, en fait à, aux médecins.

MG 2 : Et c'est des fourches caudines, sous lesquelles, il faut passer !

(Rires).

PN : Et à ce moment-là, faire quarante-neuf et cinquante et un, ça dépend de la force, de chacun de nous, pour pouvoir gérer ça, entre l'administration fiscale et le médical. Ça, c'est une solution faisable, parce que les médecins, peuvent être partenaires dans les charges aussi, chacun peut acheter, ça se met en action aussi, puis chacun peut acheter un nombre d'actions, qui correspondent à ses souhaits et à ses activités également. Mais ça c'est à voir, car y'a beaucoup de choix dedans, si un médecin par exemple veut acheter, il peut toujours être locataire, et faire partie du groupe.

Chercheur : En fait, c'est plutôt un financement personnel, enfin... Ou alors, un choix personnel plutôt.

PN : Un choix personnel.

Chercheur : Oui un choix.

PN : Mais quand c'est un choix personnel, il faut que, quand même, qu'il soit adapté aux autres. Et pas être dans le groupe, dire, que « je vais construire mon bureau, moi-même », « et alors ? » (Rires). « Et les autres ? ». Il faut que tout le monde soit d'accord pour la, les plans de construction, qu'il soit adapté à toutes les spécialités également, parce que, ça va être, quand même, quelque chose de très lourd à faire, si, si, ils sont chacun les médecins, ils apportent... C'est très lourd, ça va coûter beaucoup trop cher. Faut mieux que ce soit à un groupe de financer, comme [...], ou je ne sais pas quoi, qui finance ça, et puis... Ben, de toute façon, ils vont te l'acheter après, si tu le finanças toi-même, ils vont de l'acheter... Regarde, la polyclinique à [...], ils ont acheté ça à zéro, ils ont justes remboursés les dettes de la, de la clinique [...]. Donc ils n'ont rien gagné les médecins.

MG 4 : Après, c'est le problème de l'indépendance.

PN : Oui.

MG 2 : Je crois que, qu'on n'est pas dans les mêmes, les mêmes réflexions, en médecine générale, parce qu'on n'a pas, on n'est pas une spécialité à plateau technique.

(Plusieurs hum).

MG 2 : On n'est... Donc, y'a les plateaux techniques lourds et puis, y'a les autres. Et c'est...

PN : Oui, bien sûr.

MG 3 : C'est vrai qu'en médecine générale, à la limite, là, le gros point financier...

MG 2 : Ça nous dépasse.

MG 3 : ... C'est l'immobilier, parce que, au point de vue installation, en elle-même, y'a l'informatique qui coûte cher, faut un bureau, une table d'examen... Bref, c'est plus finalement, c'est plus l'immobilier, et c'est vrai que, d'un point de vue...

MG 4 : Le fonctionnement aussi.

MG 3 : Hein ?

MG 4 : Le fonctionnement, quand même aussi.

MG 3 : Le fonctionnement du cabinet ? Oui, oui. Non mais, ce que je veux dire, sur, c'est que, qu'on investisse au départ, pour le partage, après que tu sois seul, ou que tu sois à plusieurs, t'auras de toute façon, toujours, euh, un, des frais de fonctionnement. Et tes frais de fonctionnement, finalement, euh, peuvent, peuvent être quasiment... Enfin, t'es en groupe, enfin, moi j'avais le calcul. C'est-à-dire que, que, à un moment donné, moi ce que je paie à la secrétaire en groupe, euh, je, ça me revenait au même prix, et c'était que je l'avais, jusqu'à dix-neuf heures le soir, la secrétaire.

PN : Et n'oubliez pas que, en groupe, vous êtes trois, vous payez tous la secrétaire, c'est un excédant pour trois, et tu paies les impôts dessus...

MG 3 : Oui voilà, c'est ça.

PN : ... Plus les charges sociales. Faut mieux que ce soit payer pour la secrétaire, que pour, pour les impôts. Tu vois ce que je veux dire ? Une secrétaire qui coûte deux mille euros par mois par exemple, quand elle est payée à quatre médecins. Toi tu paies cinq cents euros. Toi tu paies ta secrétaire, admettons mille euros. Tu paies mille euros. Tu dois avoir cinq cents euros de différence, ou tu vas payer les charges sociales dessus, ou tu vas payer aussi les impôts, donc ce qu'il te reste pour ton confort, il te laissera un gain de cents euros. Alors que si tu avais une secrétaire pour, trois, à temps plein, ben c'est cinq cents euros que tu déduis aussi des impôts et de tes charges sociales, ce qui fait que tu paies moins cher. Euh, la charge sociale et les impôts, et tu paies un peu moins cher pour ton confort personnel. C'est, c'est une vraie différence, entre, quand tu paies toute seule, et que tu paies à quatre. La plupart du temps, on ne pense pas à ça, mais quand on pense sérieusement, on ne paie pas cher la secrétaire, parce que tout est déduit. C'est pas seulement les impôts, c'est la charge sociale aussi, tout est déduit de ton total.

MG 3 : Oui, mais.

PN : Pour le résultat final, au niveau de ton confort, c'est plus confortable, que tu prends toute seule, ou que tu prends à quatre, mais admettons que c'est plus pratique quand on est à plusieurs. Cela permet d'avoir plus de personnel, plus de gestes techniques.

MG 2 : Y'a deux ans, y'avait eu, la discussion déjà, sur la création d'un groupe ou d'un regroupement de ceux qui exerçaient seuls, et certains, du coin, nous avaient demandé combien coûtait donc, l'exercice en groupe. On leur a dit, ben nous, au groupe, en gros, c'est deux mille euros par tête de toubib, bon tout compris, ils avaient trouvé ça horriblement cher. Alors qu'ils emploient leur femme à temps plein, finalement, pour, pour faire le même travail. Et, ce n'est pas cher, puisque quelqu'un à temps plein, c'est bien aussi.

MG 1 : C'est deux mille euros par mois.

MG 2 : Oui,

MG 1 : Tu n'as pas précisé.

MG 2 : Ah, oui ! Pour moi, c'est évident. (Rires). Oui, on aurait pensé par semaine.

MG 1 : Non, mais autant le préciser.

(Rires).

MG 2 : En fait, ce n'est pas si cher que ça. Mais, cela paraît énorme, mais, en fait non...

MG 1 : On peut avoir un avantage à salarier un conjoint.

MG 2 : Oui, tout à fait. Tout à fait. Après c'est un choix.

GN : Oui, ça reste dans la même, dans la même famille. L'argent ne va pas à l'extérieur.

MG 1 : Oui.

PN : Ouais, mais si tu es fâché la veille, qu'est-ce que tu fais le lendemain ?

GN : Hum ?

PN : Si tu es fâché avec elle la veille, comment tu fais le lendemain ? Avoir ta femme, devant toi, toute la journée et la nuit ? Ça doit être affreux, quand même, elle ne te manquera plus...

(Rires).

Observateur : Bon, est-ce que tout le monde a, s'est exprimé ?

Chercheur : J'avais une dernière question mais...

Observateur : Comment ?

MG 2 : Non, je posais la question de savoir si y'avait encore une autre question.

Observateur : Personne n'est frustrée ? Non ? Personne, n'a un, comment, un dernier commentaire ? Une dernière intervention ? Sinon, on va quand même arrêter, on a quand même une heure quarante cinq de, de temps de parole.

Chercheur : Oui.

Observateur : C'est pas mal, quand même. Quand on considère, que pour retranscrire ça, il faut huit heures pour retranscrire une heure de...

Chercheur : Moi, il me faut plus.

Observateur : Hein ?

Chercheur : Il me faut plus.

Observateur : Il te faut plus. Là, tu es partie pour au moins une quinzaine d'heures de retranscription.

MG 2 : Ça dépend si tu tapes avec deux doigts ou avec un doigt ? Ou faut payer une secrétaire !

(Rires).

Chercheur : Ben du coup, je vais éteindre là.

annexe n°6 : grilles d'analyses

Grille d'analyse du 1^{er} entretien

1. La vision de la médecine générale libérale actuelle

1.1. Le médecin généraliste est le premier interrogé pour les questions de santé des patients et leurs questions personnelles

« c'est celui que les gens vont voir en premier » (E1I7)

« un peu pour tout et n'importe quoi » (E1I7)

« renouveler un traitement » (E1I7)

« pour parler de leurs problèmes » (E1I7)

« On pourra lui poser des questions » (E1I7)

1.2. L'exercice de la médecine générale en libéral se construit librement

« mais du coup aussi un peu indépendante dans sa façon, dans sa façon d'exercer » (E1I2)

« Mais ces praticiens, tu disais, ils étaient dépendants aussi » (E1I4)

1.2.1. Malgré l'existence d'une gêne dans l'exercice de la médecine générale liée à une ambivalence du généraliste qui est à la fois tourné vers l'écoute et la recherche d'un profit financier

« avec la notion de médecin traitant, ça c'est quand même, enfin moi, je dirais que ça s'est pas mal amélioré » (E1I4)

« Moi je parlais plus du loisir, d'une vision générale de la médecine en gros, le médecin humaniste ou » (E1I4)

« médecin tiroir-caisse... » (E1I4)

« Tiroir-caisse, ouais » (E1I4)

1.2.2. Son champ d'activités est multiple, avec un rôle central dans la prise en charge du patient

« renouveler et constater » (E1I7)

« orienter » (E1I7)

« envoyer les gens vers des spécialistes » (E1I7)

« le lien entre tous les spécialistes » (E1I7)

« faire le débrouillage » (E1I7)

« Il assure le suivi » (E1I7)

1.2.3. Mais son champ d'action est aussi limité

« que l'on ne peut pas en général, pas faire grand-chose » (E1I7)

1.2.4. Il choisit son mode d'exercice, entre une pratique isolée et le regroupement, avec plus ou moins de partage de pratique entre ces deux pratiques libérales

1.2.4.1. L'isolement traditionnel du médecin généraliste est un exercice plutôt masculin en rural

« j'ai une impression de, qu'il est isolé quand même » (E1I2)

« c'est une personne isolée » (E1I2)

« Et puis, pendant six mois, euh, il ne va jamais remettre en question son, sa pratique ou il ne va jamais être, ouais, il ne va jamais exposer sa pratique devant d'autres personnes » (E1I2)

« T'as vraiment, ceux qui vont être, souvent, des hommes, qui vont être un peu éloignés des villes, et qui vont avoir ce genre de pratique » (E1I4)

1.2.4.1.1. Il s'oppose à celui qui est en groupe

« Et puis t'en as, qui vont pas bosser tous les jours, bosser, avoir des horaires » (E1I4)

« arriver à bosser en groupe, à avoir pleins de liens, de liens avec différents acteurs de santé » (E1I4)

1.2.4.2. Cependant certaines formes d'exercice seul ne s'opposent pas au partage de la pratique

« On peut très bien être généraliste sans être isolé » (E1I3)

1.2.4.3. Exercer en groupe pour mutualiser les moyens est un des choix pour exercer en libéral

« Effectivement si on veut une secrétaire, ben, c'est quand même plus simple de se regrouper, pour pouvoir la payer. Et mais, c'est vrai, c'est un cas plus facile, parce qu'on n'a pas tous les courriers à scanner ou à enregistrer. Enfin, ça fait gagner pas mal de temps » (E1I7)

1.2.5. L'organisation du temps de travail est personnelle à chacun

« c'est être libre aussi de pouvoir un minimum choisir ses horaires, ses conditions de travail » (E113)

« Le médecin peut aussi choisir de faire des consultations avec rendez-vous ou sans rendez-vous » (E116)

« Pour être passée en SASPAS, où y'avait des cabinets où on était comme à plusieurs, je pense qu'il y a moyens quand on est justement avec des médecins avec qui on s'entend bien, avec qui on a su créer une organisation où chacun se respecte, je pense qu'il y a moyens de, d'avoir une organisation qui convienne à chacun » (E113)

« Soit ils sont d'accord pour voir tout le monde et, terminer à vingt-deux heures du soir, voilà. Soit euh, soit effectivement, on pose des horaires en disant : « ben moi, je ne travaille pas, là je m'arrête ». Et puis, je pense que ça dépend de chaque médecin. [...] il suffit de savoir s'organiser de savoir ce qu'on veut » (E117)

1.2.6. Cette liberté de l'exercice libéral est défendue et attire les jeunes dans la profession

« C'est ça qui est bien, c'est qu'on a ce choix-là aussi » (E113)

1.3. Les conditions d'exercice actuel de la médecine générale en libéral sont correctes

« les conditions, les médecins généralistes, ils les font » (E117)

« Les conditions ne sont pas mauvaises »

« Enfin j'trouve, ouais, je trouvais que c'était pas trop mal organisé » (E114)

1.4. Le paiement à l'acte est gênant parce qu'il n'a pas été réévalué et parce qu'il ne différencie pas une consultation banale d'une consultation plus complexe d'un malade avec une pathologie chronique

« Les actes, enfin la consultation a été revisitée. Les actes, c'est vrai ça fait longtemps, je crois, qu'ils n'ont pas été revisités » (E117)

« C'est vrai c'est toujours gênant, de passer trois quarts d'heure avec un diabétique pour faire de, de l'éducation ou, ou avec quelqu'un qui a une pathologie un petit peu, avec des traitements un peu compliqués, où il faut prendre du temps et, et être payer de la même façon que passer cinq minutes avec quelqu'un de jeune qui a une angine, quoi. C'est toujours un peu gênant. » (E113)

1.4.1. Mais acceptable

« Ouais, il n'est pas trop mal. [...] mais bon. La consultation à l'acte, c'est pas si mal » (E117)

« Moi, je trouve qu'effectivement là, là pour ce qui en est de la rémunération, je trouve que les médecins généralistes ne sont pas à plaindre » (E112)

« Je trouve qu'on gagne bien notre vie, mais on n'est pas abusivement payé, quoi. » (E112)

« Pas abusivement non plus, quoi » (E113)

1.4.2. Ce constat ouvre toutefois sur la possibilité de modes de rémunération différents, dans la prise en charge des maladies chroniques et de la prévention

« après, je ne vois pas trop comment on pourrait faire autrement. Forfaitaire ? » (E117)

« Après, après c'est vrai que je n'ai pas trop réfléchi à quelle alternative on pourrait trouver. Mais effectivement, si on pouvait proposer autre chose qui, qui permettrait une rémunération, qu'on rémunère aussi le temps qu'on peut passer à éduquer les patients à faire de la prévention, quoi. » (E113)

« Favoriser un travail de qualité, quoi... » (E115)

« Plus que la quantité. » (E113)

« Plus que, se diriger vers la quantité, ouais. » (E115)

« Il me semble que ça, ça a existé ça, non ? Ils ont fait ça y'a un moment, il y a quelques années de ça... » (E116)

« Je crois qu'il n'y avait pas un moment... Euh, le médecin qui avait un truc spécial avec la sécu ? » (E114)

« Je crois qu'il avait un certain nombre de forfait par patient et par an. » (E116)

« Ouais, voilà. Je ne sais plus... » (E114)

« Et je crois que cela peut toujours se faire. » (E116)

« Ce n'était pas CAPI ? Ou un truc comme... Enfin moi, ça me dit quelque chose... » (E114)

« Ça c'est l'évaluation des pratiques, de tes pratiques. C'est de tes pratiques. Mais, par contre effectivement quand tu as des patients qu'ont, qui sont en ALD, tu as une rémunération qui t'es donnée à l'année. » (E112)

« Oui, par an, tu as le droit, de leur demander une consultation plus chère, un truc comme ça ouais. » (E116)

1.5. C'est un exercice relationnel intra et interprofessionnel dont la collaboration entre praticiens qui fait défaut

« Ensuite, bon après pour travailler en groupe, il faut aussi s'entendre aussi avec ses partenaires, quoi. C'est pas toujours facile. (E117)

« [...] je pense, de la volonté des gens de, d'agir dans le bon sens, quoi » (E112)

1.5.1. Un manque de collaboration générale est souligné

« Chacun fait sa prise en charge dans son coin, et... » (E113)

« Et finalement c'est que, c'est que dans les cas extrêmes, les fins de vie ou des choses comme ça qu'on va enfin se réunir pour, pour discuter du patient » (E113)

1.5.1.1. Par défaut de communication de chacun

« Euh, peut-être qu'après les infirmières n'osent pas [...] Ouais, je, les stages où je suis passée, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de contacts, quoi... Même avec les kinés, on prescrit une séance de kiné, on n'a pas beaucoup de retour... » (E116)

« Tout comme eux, on n'a pas forcément beaucoup de communication enfin » (E115)

1.5.1.2. Par manque de temps

« ou les médecins n'ont pas le temps d'expliquer les choses, mais euh... » (E116)

1.5.1.3. Par vieille habitude qui résiste au temps

« Mais c'est vrai que ce n'est pas très fréquent, ce n'est pas la norme quoi » (E113)

« Mais je pense que cela n'arrive tellement, enfin... Même en stage à l'hôpital, quand on va appeler un généraliste ou une infirmière, ou un spé, ben pour dire, « ben j'ai vu votre patient, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Tout le monde est surpris en se disant : « ah tiens, on me demande mon avis ? » Enfin bon... » (E114)

1.5.1.4. Par fatalisme

« Ben parce que, j'ai l'impression, en fait, a priori, les gens se disent de toute façon, ça ne changera pas. Il ne changera pas façon de faire. Et puis, que, c'est la même chose, comme dans un sens comme dans l'autre. Le médecin qui appelle l'infirmier, l'infirmier qui appelle le médecin. Alors qu'en fait, quand on, quand on passe à l'acte, grosso modo, on est, on est aussi surpris... » (E112)

1.5.1.5. Par méconnaissance de l'exercice des autres professionnels de santé

« Après c'est vrai, sur leur pratique à eux, enfin... » (E115)

« Euh moi, personnellement, j'ai pas beaucoup, je ne vois pas bien, comment eux, ils s'organisent. Enfin, on peut imaginer mais, je ne sais pas dans le, le détail. Comment ils fonctionnent vraiment, qui se regroupent, qui ne se regroupent pas ? Enfin, non. » (E115)

1.5.2. Alors qu'on a la possibilité d'y remédier en peu de temps, par des moyens à la portée de tous

1.5.2.1. Un simple coup de téléphone est si facile

« C'est vrai, des fois, c'est le patient, qui va revenir en disant, c'est l'infirmière qui m'a dit ça, le kiné a dit ça, le cardio a dit ça... Et c'est vrai des fois, on se dit c'est trop bête, quoi. Un coup de fils en trente secondes, c'est réglé. Si le kiné a besoin qu'on fasse une radio, si l'infirmière trouve que le pansement n'est pas bien, qu'elle veut un avis, c'est dommage de ne pas le demander. Mais dans l'autre sens, on n'appelle pas non plus, hein ? » (E114)

« sans que cela soit quelque chose de très formelle mais, c'est vrai un coup de téléphone souvent... » (E113)

« sauf, on peut appeler évidemment, mais on n'a pas assez, assez, enfin voilà... » (E115)

« Ouais, cela m'arrive de temps en temps aussi, ouais... » (E117)

1.5.2.2. Ou en rendez-vous, en visite chez le patient

« Ou même en visite, on se donne rendez-vous. Ben, je vais passer à telle heure, l'infirmière se débrouille aussi pour passer à peu près à la même heure. Et cela peut permettre quand même de... » (E113)

2. Les perspectives proches à venir (trois à cinq ans)

2.1. Les jeunes médecins sont inquiets de l'inadéquation à venir entre l'offre et la demande de soin

« Moi personnellement, je viens des Côtes d'Armor, et c'est un peu le gros sujet d'inquiétude quand même ! Euh, moi sincèrement, ça m'inquiète un peu quand même » (E1I3)

2.1.1. La peur d'assumer seul une charge de travail élevée, même si celle-ci ne devrait pas durer :

« ça fait un peu peur, de se dire je vais m'installer dans un coin où sur cinq médecins, y'en a quatre qui ont plus de cinquante-cinq ans quoi... Donc que, m'installer ok, mais pas la seule jeune médecin à m'installer, quoi... » (E1I3)

« C'est vrai dans les dix ans, qui vont être un peu durs » (E1I7)

« après ça, je pense que ça va revenir, ça commencera à revenir à l'équilibre donc ce sera, ce sera un peu mieux » (E1I7)

2.1.2. Ils sont aussi inquiets sur la couverture de l'offre de soin dans les zones rurales

« Mais par contre je ne sais pas, jusqu'où, ça ira en termes de, loin des villes. Est-ce que vraiment dans les zones rurales rurales, je ne sais pas si... Je pense qu'il faudra ré-attendre qu'il y ait une surcharge de médecins pour avoir, pour qu'il y ait à nouveau des choses qui se créent vraiment, là-bas quoi. Parce que le temps, enfin après, ça dépend, y'a des gens qui adorent et tout, vraiment dans des coins pommés, c'est très bien. Mais après la majorité préfèrent quand même être près des villes, pas forcément en ville, mais être à vingt minutes de Brest qui n'est pas une grosse ville déjà, c'est pas mal » (E1I7)

2.2. Par contre, ils sont confiants concernant les possibilités de travail en médecine générale

« parce qu'effectivement, on a plein de propositions de travail, ça je ne me fais pas de soucis de boulot, y'aura du boulot » (E1I3)

2.2.1. Ils auront le choix dans l'installation

« Mais c'est vrai que dans les dix prochaines années, ce sera tranquille pour aller là où on veut » (E1I7)

2.2.2. Et même si des mesures de régulation imposant l'installation sont décidées, ils ne seront plus concernés

« La loi HPST » (E1I4)

« On sera, bon nous, je ne pense pas qu'on puisse nous obliger. On est déjà trop loin, donc... » (E1I7)

2.3. Les jeunes médecins aspirent à des changements et se sentent entraînés par le mouvement de l'évolution de l'exercice

« un exercice qui va, qui va être amené à changer » (E1I2)

« Qui est en pleine mutation » (E1I6)

« Oui, la médecine libérale oui, mais d'une autre façon » (E1I2)

2.3.1. Des changements pour lesquels ils vont plus ou moins œuvrer, à la fois dans l'expectative et dans l'action

« Qu'on est en train de changer la façon d'exercer » (E1I6)

« une mutation qu'on attend là en-dessous » (E1I5)

2.3.1.1. Des changements menés avec les autres médecins installés

« Moi, je ne me vois pas arriver dans un coin, toute seule, me retrouver avec trois médecins autour qui n'ont pas envie de se bouger. » (E1I3)

2.3.2. Vers un exercice non isolé, partagé

« Je vois ça comme un exercice qui, qui aura tendance à de moins en moins exister » (E1I2)

« Parce que là, tu parles du médecin généraliste qui est tout seul dans son cabinet ? (E1I7)

« comme un exercice que je ne pratiquerai pas moi » (E1I2)

« vers laquelle peut-être que l'on n'a pas envie de tendre » (E1I4)

« Comme la plupart d'entre nous, y'en a peu qui envisagent de travailler seuls et, ils partent plus sur des regroupements, enfin pour ma part, mais je pense » (E1I5)

2.3.2.1. Pour des raisons professionnelles personnelles

« des exigences des futurs médecins » (E1I2)

2.3.2.2. Pour des raisons sociodémographiques

« A cause du vieillissement de la population des médecins » (E1I2)

« à cause des exigences des patients » (E1I2)

2.3.2.3. Pour partager les moyens matériels et humains et échanger avec les autres pairs

2.3.2.3.1. Partager avec les autres pairs

« Moi je n'exclus pas forcément de m'installer seule, mais effectivement pas toute seule. Enfin, pas complètement isolée, dans mon cabinet, sans secrétaire, etc. Je pense qu'il y a peut-être... On parle beaucoup des regroupements mais pourquoi pas, des regroupements de médecins, chacun dans son cabinet aussi. » (E113)

« On peut avoir des contacts avec plusieurs médecins généralistes sans pour autant être dans le même cabinet. Euh, c'est pas quelque chose que j'exclus forcément quoi » (E113)

« Mais, pas forcément d'être dans un même, dans un même lieu ou dans son coin. » (E113)

« mais, enfin, on a besoin de se retrouver entre généralistes pour justement discuter des patients. Et si on ne peut pas le faire autour d'un café, enfin dans le cabinet, cela peut être de savoir, de téléphoner à un confrère quand on a un petit souci ou, ou... Même en cas, y'a les groupe de pairs aussi, qui peuvent être des lieux où on peut se retrouver. Je crois que ce n'est pas forcément qu'on exerce tout seul dans son cabinet, qu'on est forcément isolé. Donc je pense que si on arrive à se faire un, si on connaît bien les autres généralistes et les autres paramédicaux, de la commune par exemple, on peut, on peut travailler seul dans son cabinet sans pour autant être isolé quoi. » (E113)

« quand je parle de changement, c'est justement après que, les, peut-être qu'on aura tendance, moi j'imagine mon exercice comme ça, comme faire des réunions. Je ne sais pas, à quelle fréquence. Mais une fois par semaine par exemple, où on dit : « moi, ben moi, j'ai ça, j'ai fait ça », devant tel patient, un patient pris au hasard, quitte à que ce ne soit pas forcément un diagnostic difficile mais, « voilà, voilà j'ai fait ça, qu'est-ce que t'aurais fait ». Et du coup, plus de partage de pratique en fait. Moi, c'est comme ça que je vois évoluer, quoi, évoluer selon ça » (E112)

2.3.2.3.2. Pour partager les charges

« Je pense qu'il y a moyens de mutualiser les, les secrétaires, qu'on puisse partager à plusieurs médecins » (E113)

2.3.2.4. Pour favoriser la collaboration entre professionnels différents

« Parfois, moi je trouve que ce serait bien qu'il y ait un peu plus de contact » (E116)

« pour discuter du patient, alors que cela devrait être un peu, un peu plus notre quotidien quand même, quoi » (E113)

« Enfin de, de réviser leur point de vue, partager tout ça et... » (E112)

« Cela peut être d'autres généralistes, mais comme cela peut être effectivement, les infirmières, de pouvoir, être sûr de pouvoir les contacter facilement. Euh, voilà, les kinés, enfin tout ce qu'on a dit » (E113)

2.3.2.5. Un nouveau cadre possible d'exercice tend à se déployer avec la MSP

« Après, c'est probable, enfin, je pense que c'est amené à se mettre en place un jour aussi. » (E116)

2.3.2.5.1. Qui serait une option immédiate ou non, pour y exercer

« Peut-être pas immédiatement, comme on le disait tout à l'heure. » (E116)

« Pour l'installation, ouais. Ce serait bien de commencer directement par ça, que de commencer après, par faire un cabinet, que, après se dire bon, maintenant on va faire... [...] Donc, ce sera mieux de commencer directement par ça. » (E117)

« Ça ne me dérangerait pas ouais, de commencer, enfin ouais, j'aimerais bien commencer directement dans une MSP. Sinon cela te fait investir dans un cabinet puis, ensuite investir dans un autre. Bon, la partie sera moins longue. » (E117)

2.3.2.5.2. Qui sera la structure d'exercice futur de la médecine générale dans ces quelques années

« Surtout que nous, si on ne s'installe pas, ben, pour moi dans trois à cinq ans, ce sera vraiment dans l'air du temps. » (E117)

« Non, à part que la MSP, c'est comme ça que se fera la majorité des choses » (E117)

2.3.2.5.3. Mais encore faudrait-il commencer à lancer les projets pour une MSP

« Que ce soit bien fait quoi ? » (E114)

« Mais faudrait qu'elle soit déjà en projet, quand les murs, enfin que les murs commencent à être montés quoi. » (E117)

« Un médecin dans une MSP qui part à la retraite et toi qui récupères... » (E114)

« Non pas forcément, c'est-à-dire y'a une MSP qui se crée, ben » écoutez, si dans un an elle est montée, moi en attendant je continue à faire des remplacements, puis après je viendrais là «. » (E117)

« Ouais, ben voilà, en disant : « moi, je veux faire ça et ça, est-ce que vous êtes d'accord ? » » (E117)

2.3.3. La pratique libérale est assez unanime mais des interrogations sont à explorer sur le terrain par les jeunes médecins

« Moi, ce sera que du libéral. » (E114)

« Pour l'instant, un, le salariat, je ne fais pas du le salariat, je fais du libéral, c'est pas d'actualité, c'est peut-être pour ça. » (E117)

2.3.3.1. Le souhait de l'installation est présent mais mis en attente

À la question « Mais d'emblée, en fait du coup, personne n'envisage de s'installer d'emblée quoi ? » E1Chercheur

Plusieurs « non ».

« Dès que possible moi, j'aimerais bien pouvoir m'installer je trouve ça plus, [...] je trouve qu'on est quand même plus à l'aise, quand on connaît les gens plus longtemps. C'est, c'est un peu plus sympa, je trouve. » (E117)

2.3.3.2. Pour se donner d'abord du temps pour compléter sa formation professionnelle et s'approprier les façons de d'exercer en libéral

« Moi aussi des remplacements et essayer de voir comment je vais organiser mes... Enfin ce pour quoi je vais opter pour l'exercice. Le type d'exercice qui me plaira et le type d'exercice que je vais fuir dans l'avenir. Cela me sert plus, à mon avis, de terrains d'observations, c'est ça, dans les prochaines années. » (E112)

« Ça prend quelques mois pour savoir, comment on veut travailler vraiment » (E117)

2.3.3.3. Puis pour se donner du temps à explorer les lieux de travail et trouver le lieu idéal à l'installation

« C'est aussi l'avantage des remplacements, c'est aussi pouvoir se laisser le temps de trouver le bon endroit » (E113)

« enfin après il faut trouver le coin mais » (E117)

« ou le bon coin et ... » (E113)

2.3.3.3.1. Le choix ce fera sur certains critères concernant l'organisation du cabinet

« enfin si y'a un cabinet dont l'organisation qui me va plaire en termes de gestion » (E117)

« C'est peut-être plus le bon cabinet, parce que l'endroit on sait à peu près, la méthode de travail, je pense que cela ne prend pas des années » (E117)

« Et puis, après, c'est plus le cabinet, la gestion, enfin c'est plus une histoire de comment est géré le cabinet » (E117)

« les, le, le bon cabinet » (E113)

« comment il va évoluer avec qui et » (E117)

2.3.3.3.2. Le lieu d'activité professionnel du conjoint fait est un des premiers critères dans le choix du lieu d'installation

« ben, déjà faut que le conjoint, que le conjoint puisse avoir du travail, du travail dans le coin » (E117)

2.3.3.3.3. La proximité avec les structures sanitaires et médicales

2.3.3.3.3.1. La proximité avec un plateau technique hospitalier et ses réseaux

« Et pour le bon endroit, moi ce serait aussi que, y'ait des structures de soins qui soient à proximité, enfin, je pense à un CHU réactif. » (E112)

« Avec des réseaux » (E116)

« je pense aux soins palliatifs, des choses comme ça. Enfin, c'est important je pense. » (E116)

2.3.3.3.3.2. la présence de certaines spécialités médicales intervenant dans la prise en charge en soins primaires est prise en compte dans le choix de s'installer
« Euh des cabinets de radiologie, des, des, des médecins libéraux spécialistes par exemple qui puissent du coup, avec qui tu puisses avoir un réseau assez facilement et, que tu puisses adresser tes patients, sans que les patients aient à faire une heure de route ou une heure trente, parce qu'on sait que ce sera un peu rédhibitoire pour certains patients, quoi. Donc moi, c'est aussi ça le bon endroit, Voilà, quoi. » (E112)
« C'est vrai que finalement, le recours aux spécialistes pour certains trucs est relativement important. Enfin, le bon endroit, c'est là où t'as un spécialiste pas forcément trop loin pour certains cas, que tu peux joindre par téléphone, en lui disant : « ben, écoute là, c'est un truc un peu particulier est-ce que tu pourrais le voir, pas dans quinze jours », euh, des trucs...Bah, ça compte aussi quoi. » (E114)
« Voir même les urgences, en cardiologie, euh... » (E111)

2.3.3.3.4. L'environnement local

2.3.3.3.4.1. La proximité de commodités et de zones commerciales

« Le bon endroit, c'est celui qui nous plait avec l'environnement. Je pense, pas trop trop loin de commodités, » (E117)
« Euh je dirais moi, quand même, pas trop trop loin d'une ville, parce que c'est toujours sympa de ne pas avoir une heure de route à faire, pour trouver des produits d'électroménager ou de hifi » (E117)

2.3.3.3.4.2. La proximité avec le bord de mer

« Voilà, ça va être de, ben ici, ce serait pas mal d'être pas trop loin de la mer non plus. » (E117)

2.3.3.3.4.3. Le milieu rural pour s'installer n'est pas un projet exclus

« C'est vrai nous, on va arriver même si on est vraiment motivé pour aller en campagne. » (E113)

2.3.3.3.5. Pour connaître les partenaires de travail

« est-ce que je m'entends bien avec les praticiens, quoi... Ça prend, ouais avec des contacts réguliers, je pense qu'on, en travaillant régulièrement dans un cabinet, on le sait en moins d'un an, si ça passe bien » (E117)

2.3.3.3.5.1. Le choix de s'installer se fera sur certains critères relationnels, d'abord sur la nécessité de soutien et de solidarité, d'entraide mutuelle

« Après, effectivement il faut trouver le bon endroit, les bons collègues à côté sur qui on puisse s'appuyer quand y'a besoin » (E113)
« Que les autres puissent, que l'on puisse compter les uns sur les autres sans pour autant s'inviter chez soi à se faire une bouffe tous les quinze jours, quoi » (E113)
« accepter que, qu'il y en ait un qui puisse demander un jour que voilà : « je ne vais pas être là demain de façon exceptionnelle » » (E113)

2.3.3.3.5.1.1. Avec des relations plus ou moins proches, amicales dans le meilleur des cas

« C'est vraiment plus euh... Ça va être vraiment les collègues qui y seront » (E117)
« et en termes d'amitiés avec, les médecins à côté et puis, avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être. » (E117)
« Euh, après les bons collègues, c'est euh, c'est avant tout essayer de faire que les collègues soient des amis, quoi, je pense, et pas juste des collègues mais en qui... » (E117)
« Même sans être amis » (E113)

2.3.3.3.5.2. Mais aussi des critères relationnels professionnels

2.3.3.3.5.2.1. les possibilités de partager la pratique de l'exercice

« Pour moi, ce serait plutôt quelqu'un avec qui, oui, on pourrait échanger, discuter de nos pratiques, comme dans les groupes de pairs. » (E1I6)
« Si on s'entend bien, si la communication est facile » (E1I7)

2.3.3.3.5.2.2. Une collaboration entre professionnels dans le respect des pratiques de chacun est aussi importante pour s'installer
« avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être...si on s'entend bien » (E1I7)
« si la communication est facile » (E1I7)
« au moins déjà, respecter le travail de chacun » (E1I3)
« Mais je crois, avoir vraiment un respect entre collègues et pouvoir compter les uns sur les autres quoi. Je pense que c'est ça le plus important. » (E1I3)

2.3.3.3.5.2.3. Les objectifs de travail doivent être partagés par les professionnels regroupés
« Moi, je crois, pour moi, les bons collègues seraient plus ceux qui ont la même vision de travail. C'est-à-dire qui sont, pour moi, les bons collègues, c'est plutôt celui qui ne va pas être là pour faire du chiffre, qui ne va pas être là pour faire marcher le cabinet entre guillemets, qui ne va pas demander à la secrétaire de filtrer des CMU. Enfin, pour moi le bon collègue, même si c'est quelqu'un avec qui je n'ai pas envie d'aller boire un coup, c'est quelqu'un qui a quand même une vision du métier qui tend vers la mienne, que moi, euh, euh bref, enfin voilà quoi. » (E1I4)
« Pour moi, c'est plus ça, sans pour autant même si on ne s'entend pas bien sur certains sujets. Pour moi, ça c'est vraiment important en tout cas. » (E1I4)

2.3.3.3.5.2.4. Cependant, même si les priorités ne sont pas les mêmes pour les différents médecins, ces derniers peuvent compléter et enrichir leur pratique en s'inspirant de celles des autres
« Je crois que, cela peut être pas mal d'avoir quelqu'un qui travaille totalement différemment, parce ce que dans certains cas, je ne m'en sors pas. Tiens, lui comment il s'en sort ? Alors ce n'est pas un truc effectivement, où il filtre la CMU et tout ça, mais, mais c'est sûr parfois on se dit, ouais je n'aimerais pas travailler comme lui, mais, mais tiens là-dessus (hum), il s'en sort bien peut-être que, peut-être que je pourrais faire un peu comme lui finalement. » (E1I7)

2.3.3.3.6. La patientèle n'est pas du tout un obstacle à l'installation
« Et après les patients, de toute façon, on les recrute à notre image donc, ça, c'est pas, je pense ce ne sera pas trop un souci. C'est pas ce qui décidera de me faire m'installer à un endroit ou à un autre. » (E1I7)

2.3.3.4. Surtout le remplacement mais aussi la collaboration sont des solutions temporaires dans l'attente d'une installation
« Des remplacements, moi » (E1I6)
« Moi aussi des remplacements » (E1I5)
« Moi, une collaboration, j'aimerais bien trouver ça » (E1I7)
« Ça peut être ça [la collaboration] avant de pouvoir effectivement m'installer définitivement » (E1I7)

2.3.3.5. Le salariat hospitalier n'attire pas les jeunes médecins et les autres formes de salariat sont mal connues
« Euh, ouais si, à l'hôpital, y'a quelques petits boulots... » (E1I7)
« Je pense que c'est en fonction de l'opportunité. C'est des trucs que tu vois, non ? Mais de toute façon je pense que, les médecins généralistes, salariés souvent, c'est, c'est une activité à temps partiel. Ils ont une activité à temps partiel salariée et une activité à temps partiel libérale, à côté en même temps, tu vois, enfin. » (E1I6)
« Enfin, tu parlais du salariat, dans les maisons médicales, parce qu'il y en a qui sont salariés dans des maisons médicales, enfin, et qui ont en plus, enfin t'as des... » (E1I4)
« Qui sont candidats de MAPAD, d'EHPAD et tout ça, non ? » (E1I5)
« Ah non. Qui ont une activité de médecine générale libérale... » (E1I4)
« Ah, ça dépend du statut dans lequel ils sont. » (E1I6)

« Dans un congrès d'ISNAR, y'en avait un qui avait ça comme activité, où il faisait partie d'une maison médicale, où il n'y avait que des généralistes, où il était salarié de la maison médicale, où il faisait une pratique de médecine générale. Sachant qu'une partie de son salaire, il avait, ou il était aussi un peu comme les médecins dans une clinique, il était intéressé, enfin en gros, plus il voyait de patient... Mais il gardait l'activité de médecine générale tout en étant salarié. » (E115)

« Et, ce n'est pas une collaboration ? » (E117)

« Non, ça dépend du statut, dans lequel... C'est encore autre chose. » (E116)

« Moi je pensais que c'était illégal de salarier quelqu'un pour la médecine générale. Mais, c'est légal ? » (E117)

« Ben non, je crois qu'il était dans la région lilloise... » (E114)

« Non, ça dépend du mode d'installation, y'a plusieurs statuts, tu sais, quand tu t'installes. » (E115)

« Je ne pourrais pas exactement dire ce qu'il avait. Mais il était salarié tout en étant généraliste, avec un pourcentage de son salaire qui augmentait plus il voyait de patients, plus... » (E114)

« Donc en fait, ça ne vous parle pas ou peu finalement, (hum) le salariat. » E1 C

« l'hôpital c'est quand même, enfin, pas ce vers quoi je m'oriente mais » (E115)

« cette structure très hôpital vers laquelle je pense, où on n'est tous... On est peut-être tourné mais pas, pas complètement... Enfin voilà, voilà. » (E115)

2.3.3.6. Ils souhaitent organiser personnellement leur agenda

2.3.3.6.1. Le temps de travail souhaité est proche de celui d'un généraliste actuel avec un temps pour le développement professionnel continu

« Moi je n'aimerais pas faire soixante-dix heures par semaine, déjà... » (E116)

« Euh, bah, avoir des horaires, commencer à huit heures trente le matin, finir grand maximum à dix-neuf heures le soir. Avoir un jour de repos dans la semaine et puis, et un samedi matin sur deux, ou sur trois, ça a l'air bien. » (E116)

« Oui, si, c'est assez similaire aussi. (Hum, oui) » (E115)

« Avoir du temps aussi, pouvoir se donner du temps pour avoir pour la FMC, les formations, je ne sais pas moi, une journée par mois. » (E116)

2.3.3.6.2. Un temps personnel, avec la recherche d'un équilibre temps personnel / temps professionnel

« Euh... Avoir du temps pour soi à côté. Enfin, que cela soit un bon équilibre, quoi » (E116)

« C'est bien, avoir une vie personnelle confortable aussi, quoi. C'est important, d'avoir un équilibre. » (E115)

2.3.4. Ils espèrent une prise de conscience des vrais coûts de la santé par les patients

« Par contre ce que je trouve, qui serait important, ce serait que les, la population générale soit éduquée, par rapport au fait que finalement le médecin généraliste ce n'est pas toujours celui qui coûte cher à la société. Et parce que la consultation est à vingt-trois euros et que donc, quand ils calculent, ils se disent ça fait du cent, ça fait plus du cent euros par heure, c'est énorme, et tout. Donc voilà, ce serait bien, moi je trouve que, que soit remis, que soit proposé des chiffres aux patients, quand ils vont voir un spécialiste, quand ils vont faire un examen, qu'est-ce qui part dans... Enfin, pas que la comptabilité du médecin généraliste soit expliquée au patient, mais en tout cas qu'on ne soit pas aussi stigmatisé que ça. Je trouve, c'est ça qui est bien pénible en fait. (E113)

3. Les attentes concernant une MSP

3.1. Les besoins locaux doivent être manifestes pour la création d'une MSP

« C'est vrai, c'est vrai qu'on entend là, en ce moment beaucoup parler des communes, des communautés de communes qui, qui proposent de construire une maison de, de, une maison pluridisciplinaire, qui proposent aux professionnels de venir les rejoindre. Je pense que, pour que ça réussisse, je pense que, ça doit, ça doit vraiment partir des professionnels qui sont déjà là quoi, pour que, pour que ça marche. » (E113)

3.1.1. De la part des professionnels locaux, un besoin et une volonté d'aller vers le changement

« Puis est-ce que surtout, les médecins qui sont déjà là maintenant, ont envie, eux, de changer leur pratique là maintenant, sachant qu'ils sont à cinq, dix ans de la retraite, est-ce qu'ils ont envie de s'investir dans un projet comme ça, quoi ? [...] Ben c'est sûr on ne peut pas monter une MSP, ça c'est sûr quoi. Il faut aussi qu'il y ait une dynamique, un petit peu, déjà locale, donc... À moins d'arriver à plusieurs jeunes médecins, mais, ça c'est déjà, un peu plus compliqué. » (E113)

« je pense que l'idéal, c'est quand on est installé dans un, une commune, qu'on s'entend bien avec tout le monde et qu'à un moment on se dise tous : « ben tiens, on est tous dans des locaux pourris, est-ce qu'on ne ferait pas mieux de se regrouper tous ensemble et mutualisons les moyens. On se connaît, on a déjà travaillé ensemble. On monte le projet tous ensemble ». Je pense qu'effectivement, c'est l'idéal. (Hum) Après c'est un gros projet, mais je pense que cela peut être vachement, vachement stimulant. Je trouve aussi pour la pratique, de se dire aussi « on prend un nouveau départ », quoi. » (E1I3)

3.1.2. Mais aussi de la part des jeunes médecins arrivant sur le travail

« Donc effectivement, c'est à nous de nouveau de, ben de lancer ces projets-là. » (E1I3)

3.2. le travail pluridisciplinaire en soins ambulatoires nécessite la collaboration avec certains professionnels de santé

3.2.1. Dont les plus indispensables pour ceux qui font le lien entre le patient et le médecin

« C'est vrai que, les infirmières, cela paraît, un peu indispensable. » (E1I3)

« Le plus indispensable, je dirais. [...] Autres les collègues, enfin autre les autres médecins, la secrétaire en un, ensuite l'infirmière, kiné. » (E1I7)

« Assistante sociale, comme tu l'as dit tout à l'heure » (E1I6)

« Assistante sociale aussi. » (E1I7)

« Pour qu'il y ait une antenne... » (E1I6)

« Peut-être même avant l'infirmière. » (E1I7)

« Peut-être ça, avec la secrétaire. » (E1I7)

3.2.1.1. Pour mettre en place les aides à domicile

« Pour mettre en place les aides à domicile. » (E1I6)

3.2.1.2. Pour les demandes d'aides financières

« Ouais Voilà, remplir la paperasse. » (E1I6)

« Remplir les papiers, ouais. » (E1I7)

« Les papiers pour le Conseil Général, tout ça, les demandes d'APA... Ça aussi, ça permet de gagner du temps. » (E1I6)

3.2.2. Puis ensuite les kinés, podologues et sages-femmes

« Kiné. » (E1I7)

« Kiné, ouais. » (E1I6)

« Je dirais après, sage-femme. Oh, non, podologue, sage-femme » (E1I7)

« Podologue, ouais » (E1I3)

« Podologue ouais. » (E1I4)

« Ouais, podologue c'est intéressant. » (E1I7)

3.2.3. Les jeunes étudiants en fin de formation initiale sont un avantage au sein de la MSP, avec une relation avec échanges à double sens

« Prendre un interne en, que cela soit en stage prat ou en SASPAS, ben moi, j'aimerais bien le faire » (E1I6)

3.2.3.1. Pour reconsidérer sa prise en charge

« Parce que d'une part c'est te remettre en question, de voir des jeunes arriver. » (E1I6)

« Enfin moi, je pense qu'on a tout à y gagner » (E1I6)

3.2.3.2. Pour avoir des contacts, quand il y a besoin d'être remplacé

« Euh, et puis après, ben, si tu veux, question organisationnelle, trouver des remplaçants plus facilement, ben t'as un pied déjà avec les étudiants. Tu vas avoir un pied dans la fac entre guillemets, tu, t'as des contacts avec eux, tu... » (E1I6)

3.2.3.3. Pour les former et assurer la relève

« Etre un peu aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant d'avoir des internes, et tout ça. En se disant, ben, ça ne va pas être éternel. Donc cela va permettre aussi qu'il y ait des jeunes qui viennent, qui voient comment cela se passe et, qu'ils aient peut-être envie de nous rejoindre. Et, je pense que c'est aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant quoi. » (E1I3)

3.2.3.4. Il y a moins d'avantages à prendre un externe

« Les externes après, enfin, pour la découverte de stage de la médecine générale, Je pense que c'est un peu plus, enfin, peut-être que tu as un peu moins de contrepartie, quoi. Enfin, c'est plus, ça va plus, dans un sens que dans l'autre. » (E116)

3.2.4. Le travail avec d'autres spécialistes, comme le cardiologue, le pneumologue, le rhumatologue et l'endocrinologue, est apprécié sans pour autant ressembler à une miniclinique

« Moi, j'aimerais bien un cardio... » (E114)

« Oui, un spé. » (E115)

« J'allais le dire... » (E112)

« Un cardio pas loin. » (E115)

« Un p'tit cardiologue comme ça... » (E114)

« Ouais, faut pas rêver ! » (E115)

« Ouais, parce que y'a pas grand-chose. Tu regardes autour de [...]. T'en as sur [...], après euh...T'as quoi... [...].... [...].... [...], y'en a un, j'crois aussi ? » (E116)

« Peut-être » (E114).

« Après tous les petits bourgs, enfin les communes plus petites... » (E116)

« Ben, [...], y'en a un aussi ? » (E117)

« y'en en un aussi. » (E116)

« Pour bien faire cardio, pneumo, rhumato ! » (E116)

« Endoc ! » (E117)

3.2.4.1. Leur recrutement dans la MSP est hypothétique

« Tu crois qu'il aurait des spécialistes qui seraient d'accord pour faire ça ? » (E115)

« Hum, moi je pense. Enfin, je suis peut-être naïf mais... Je... » (E112)

« J'ose espérer. » (E113)

« Ne serait-ce que les débutants, tu vois, les jeunes qui ont fini leur clinicat, qui veulent faire du libéral, qui en sont, qui sont au point où, nous, on en est maintenant, peut-être ? (E114)

« Ou même t'en as à l'hôpital qui veulent faire un peu de libéral. Je pense ouais, qu'il y aurait des gens qui pourraient être intéressés. » (E114)

3.2.4.2. Bien que le regroupement des spécialités médicales permettrait une prise en charge plus efficace

« C'est vrai que tous les cardio, qui sont seuls dans leur cabinet, c'est vrai que, ce serait aussi simple pour eux de se regrouper aussi. On va finir pas monter une petite clinique, mais euh... » (E117)

« Ouais mais, pour eux, ce serait aussi bien de se regrouper avec un généraliste, parce que ce serait aussi bien et ce serait plus rapide. » (E117)

3.2.4.3. Leur présence dans la MSP pourrait se faire sous forme de vacation

« Sur [...], y'a ça. Y'a les ORL de [...] qui viennent sur [...], reprendre... » (E117)

« En ville ? » (E116)

« Je crois ouais, je crois que c'est en ville, reprendre le cabinet de l'ancien ORL qui est parti. Donc, ils tournent un petit peu, je crois, je crois qu'il y a docteur [...] qui y va et, je ne sais plus qui d'autres. » (E117)

3.2.5. Il est préférable de commencer un travail de collaboration avec anciens collègues de travail

« Le mieux, c'est déjà avec qui on a travaillé, pour voir si on s'entend avec eux ou pas. » (E116)

3.2.5.1. Le nombre de professionnels de santé est difficilement chiffrable au sein de la MSP mais ne doit pas pour autant être trop élevé

« Tu veux dire que toi, dans ta maison de santé, tu veux plusieurs généralistes ? » (E114)

« Euh, ouais, je, ouais je verrais bien. » (E112)

« Trois, ce serait bien » (E114)

« Faut pas être trop nombreux aussi » (E113)

« Enfin, je ne m'imagine pas dans une maison de santé, avec dix généralistes, trois kinés, trois infirmières, un cardio, un pédiatre, un machin... » (E114)

3.2.5.2. Car il faudrait gérer l'intendance, l'administration comme dans une minisociété

« enfin moi, je sais que l'hôpital, il est hors de question que je travaille là-bas. Je n'ai pas envie de me retrouver dans une grosse structure avec quinze professionnels, devoir gérer ça comme, comme une mini-entreprise, d'avoir, ça veut dire des réunions aussi pour organiser tout ça. Ça veut dire que, ben que, soit il faut qu'on embauche une personne pour la gestion, ou soit qu'on le fait nous même. Ça veut dire prendre des décisions par rapport au bâtiment, enfin c'est quand même... C'est, enfin, oui, c'est une entreprise, quoi. Donc, moi je n'ai pas envie non plus de me retrouver gros truc, où j'ai l'impression d'être dans un centre. Ouais, une miniclinique, ou un mini-hôpital, quoi. Je n'ai vraiment pas envie de ça quoi. » (E1I3)

3.3. Le travail dans la MSP inclus aussi la collaboration les réseaux de santé

« Ça peut être la clinique, les spécialistes, enfin voilà. Après des choses hors médicales, je ne vois pas, forcément » (E1I7)

« Les réseaux de géronto, de soins palliatifs... » (E1I5)

« Ouais, tout ça » (E1I7)

« Ouais, tout ce qui est réseau, quoi. » (E1I5)

« avec tout ce qui peut nous, aider » (E1I7)

3.4. L'organisation de travail au sein de la MSP serait peu différente globalement du regroupement simple de professionnels

« Moi, je ne pense pas que, foncièrement, cela change. [...] Mais du coup, (Rires). Mais du coup, enfin moi, non, je ne pense pas que pour le coup, cela changera ma journée. » (E1I4)

3.4.1. La MSP met à disposition d'un espace commun à partager

3.4.1.1. La nécessité d'une salle commune dans la MSP pour des échanges formels ou non

« Je pense qu'il faut une grande salle commune avec un... » (E1I7)

« non mais, un truc, mais vraiment comme une grande salle commune, un peu comme à l'internat où on puisse se retrouver, tout le monde. » (E1I7)

3.4.1.1.1. Pour se détendre

« Ouais, une salle de pause. » (E1I5)

« Ouais voilà. » (E1I7)

« La salle de pause, c'est bien pour ça. » (E1I6)

« La salle de pause, oui c'est vrai, ça peut être pas mal. » (E1I7)

« Une salle de pause en commun. » (E1I6)

3.4.1.1.2. En essayant de s'aménager des temps de pause sans pour autant en abuser

« Encore faut-il, qu'on puisse des pauses dans la journée. » (E1I7)

« Faut les prendre ! » (E1I3)

« Faut les demander. Là où je suis actuellement, on s'accorde, même s'il y a des personnes qui attendent... C'est sans rendez vous. S'il y a des personnes qui attendent, on se donne un petit quart d'heure, comme ça, on essaie de se retrouver autour d'un café. » (E1I6)

« Peut-être que sans rendez-vous, c'est plus facile pour faire des pauses, sans rendez-vous, c'est sans rendez-vous. En rendez-vous, (aspiration) c'est toujours un peu gênant quand tu arrives avec trois quart d'heure en retard... « J'étais en pause, euh... ». » (E1I7)

« Oui voilà. » (E1I6)

« J'étais en pause. Euh... » (E1I7)

« Bien sûr, faut pas abuser. On ne fait pas ça quand, y'a plein de monde dans la salle d'attente, quoi. Même s'il y a des rendez-vous, on peut faire des créneaux de pause prévus, quoi. » (E1I6)

« Hum, ouais, faut essayer. » (E1I7)

3.4.1.1.3. Pour les temps d'échanges et de collaboration qui sont à mettre en place

« C'est juste qu'en plus, j'aurais par exemple une réunion en plus, une réunion toutes les deux semaines, une réunion par mois traitant des patients qu'on voit ensemble, qu'on suit tous ou qui nous posent soucis, enfin. » (E1I4)

« Un staff quoi ? » (E1I5)

« Ouais exactement. » (E1I4)

« Une synthèse. » (E1I5)

« Une sorte de staff pour certains patients. Oui, voilà. » (E1I4)

« Après la majorité du temps, la journée, finalement on est un peu tout seul, quoi. Enfin, on est dans notre bureau. C'est vrai que, c'est plus pour des petits moments. Cela permettrait de gagner cinq minutes, puisqu'on croise, tiens, un tel ou un tel dans le couloir, et on en parle. » (E117)

« Non, mais je pense, en plus c'est aussi dans des trucs non formels, dans des temps non formels, qu'ils peuvent aussi s'échanger des choses importantes, sur leur fonctionnement, sur une prise en charge, Voilà quoi. » (E112)

3.4.1.2. Le partage d'un secrétariat central

« Une secrétaire au milieu. » (E115)

« Une secrétaire... » (E114)

« Une secrétaire, hum » (E115)

3.4.1.3. Le partage des bureaux entre professionnels

« Ouais, un bureau pour recevoir les intervenants. » (E116)

3.4.1.4. Le partage de moyens matériel

« En plus, ça permet de mutualiser aussi les moyens, enfin. Je veux dire, pour être à plusieurs pour avoir, je ne sais pas, un espace, pour avoir du matériel. Je parle par exemple, pour un regroupement de médecins. Enfin c'est vrai, que c'est intéressant, bah, pour s'acheter du matériel, pour faire, ben voilà des gestes, et avoir quelque chose d'un peu plus technique, ben voilà quoi. Dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant » (E115)

3.4.1.5. Il faut prévoir une possibilité d'agrandissement de la structure pour des éventuels besoins dans l'avenir

« Par contre, il faut prévoir pour l'avenir, parce que souvent les projets, c'est répondre aux besoins du moment, mais il faut essayer de prévoir pour l'extension, enfin ne pas être comme l'hôpital... Construire son truc, et puis paf, oh, c'est trop tard ! » (E117)

« Et puis voilà, on parlait de spécialistes tout à l'heure. C'est vrai que pour l'instant, ils n'ont pas besoin de venir en dehors des villes. Mais peut-être que bientôt ils pourront venir un peu en périphérie, pour, pour gagner correctement leur vie. Donc, faudrait aussi prévoir de quoi accueillir des gens en plus, et tout ça. Enfin, ça se prépare. » (E117)

3.4.2. La nécessité de mettre en place un règlement, cadre de vie et cadre d'exercice dans la MSP

« Je crois qu'effectivement y' a intérêt à poser des, un peu des règles de bonnes conduites pour chacun, pour que ça se passe bien quoi » (E113)

3.4.2.1. Pour le bon fonctionnement de la MSP la collaboration doit être mise en avant

« Puis au niveau relationnel aussi, entre les professionnels de santé, je pense que, effectivement il y a intérêt de bien s'entendre » (E113)

3.4.2.2. Cela passe par la connaissance des compétences de chaque praticien

« On a intérêt de bien de se connaître pour, ouais, pour que cela marche, quoi » (E113)

3.4.2.3. Parce que des conflits sont inévitables dans leurs relations entre professionnels

« Je pense que y'a, faut voir effectivement ça, ce sont les inconvénients relationnels, et machin » (E117)

« Encore faut-il que, parce que c'est vrai, quelques fois que le kiné du village et tout ça... On n'aime pas sa pratique donc... » (E117)

« Faut pas rêver, c'est pareil. Faut arriver à trouver tous les acteurs qu'on bien aime dans la maison » (E117)

3.4.2.3.1. Et pour ne pas créer de relation asymétrique de supériorité ou de hiérarchie

« pour que y'ait pas une certaine hiérarchie qui se crée. Et que, qu'on n'ait pas l'impression que, ce soit, soit le médecin qui dicte tout à l'infirmière, soit l'infirmière qui complètement en réaction contre le médecin, fait complètement l'opposé » (E113)

3.4.2.3.2. Du fait que les objectifs ne soient pas les mêmes

« si tu ne t'entends pas avec tes collègues, (Rires). Ça peut vite devenir négatif. Tu construis quelque chose, tu t'engages et puis, tu te rends compte que ça ne marche pas. T'imagines que

tes collègues ou médecins ou autres, ils ne développent pas la même ambition que toi, je ne sais pas ça... Je, ouais... » (E115)

3.4.2.3.3. Du fait de la mise en commun des compétences qui impose aussi la confrontation des pratiques

« Ou, alors se dire, peut-être se confronter aussi aux, ça veut dire aussi que les autres paramédicaux ont quand même un minimum de regard sur ce que tu fais, donc se confronter, [...] C'est pas forcément facile non plus. Finalement quand t'es tout seul dans ton cabinet, tu peux faire ceux que tu veux, quoi » (E113)

3.4.2.3.4. Il est bien évident que cela passe aussi par des concessions

« C'est sûr, il faut accepter de faire des concessions. De toute façon, même qu'on ne soit pas en groupe ou même dans les groupes médicaux. » (E117)

« Ah mais oui, il faut, c'est pareil. » (E117)

« ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... » (E113)

3.4.2.4. Parce que la délégation des actes techniques ou le transfert de compétence apporte des modifications dans le travail

« Y'a une chose aussi, est-ce que le fait que, par exemple quand y'a une infirmière à côté, pour tout ce qui est ablation de points de suture, nettoyage de plaie, vaccinations, même parfois par délégation, du coup nous, ben, on perdrait un peu ce coté technique. C'est aussi des petits gestes de rien du tout, mais c'est vrai que ça casse (ouais) avec le reste, après une consultation de renouvellement d'ordonnance, d'éducation ou quelque chose comme ça. Faire un vaccin comme ça, c'est vrai bien, c'est un petit peu technique. (Hum) Est-ce que... Ou enlever des points ou quelque chose comme ça. Et dans ce cas-là, peut-être que le patient voit qu'il n'y a pas de place pour voir le médecin, il va voir l'infirmière, et, du coup, ça ferait qu'on ferait moins de gestes techniques. » (E116)

3.4.2.4.1. Le rythme de travail peut changer de du rythme habituel avec moins de temps mort

« C'est vrai que ça repose des fois l'esprit parce que... » (E117)

« Bah, là, t'as pas besoin de réfléchir » (E115)

3.4.2.5. Parce que la coopération n'est pas encore rémunérée

« Ouais, ou alors que la proximité géographique ferait que tu irais assister l'infirmière dans un geste technique. Euh, je ne sais pas, moi j'imaginai aussi ça dans l'autre sens, en fait, elle fait un pansement du coup tu peux aider. Sur des points de suture, tu n'es pas sûr, enfin elle n'est pas sûre de les enlever ou pas, et bien tu vas. Au contraire, je me disais que ça peut, comme tu disais, ça coupe, le fait d'en avoir en consultation. J'ai l'impression que, si t'es à côté... Mais je ne sais pas comment, c'est réalisable, mais. Si t'es à côté, et, de temps en temps, tu peux justement aller dans le bureau de l'infirmière, ou dans le bureau de la sage-femme, et voir, je ne sais pas moi, un examen. Et ben, ça peut aussi te donner cette petite bouffée d'oxygène. » (E112)

« Ouais mais, tu ne peux, je pense que tu ne pourrais pas faire ça énormément. Ce serait qu'à l'occasion parce que... » (E116)

« Ouais, c'est pour ça que je disais que, je ne sais pas comment c'était réalisable. » (E112)

« Ça, ça marche seulement quand t'as une activité salariale, salariée comme à l'hôpital quoi. Parce que voilà, t'es pas un peu dans l'acte, tu ne peux pas vraiment, je ne sais pas comment tu... » (E116)

« Tu ne peux pas passer ta journée à donner juste des avis gratuits. » (E117)

« C'est sûr, c'est sûr... » (E112)

« Et, on ne peut pas coter non plus deux, deux actes... » (E117)

« bah oui » (E116)

« un infirmier et un médecin pour faire des points de sutures... » (E117)

« Ah zut ! » (E112)

« Pour travailler » (E117)

« Il faudra trouver une autre façon de gagner ta vie ! » (E113)

« Après faudra qu'on devienne plus technique, à la limite avec des trucs plus compliqués, plus compliqués pour le spécialiste. » (E117)

3.4.2.6. Parce qu'il y a plusieurs voies possibles de prise en charge, en solitaire ou commune

« puisqu'on n'a quand même pas besoin non plus, tout le temps besoin des autres pour la prise en charge. Y'a quand même plein de choses qu'on peut faire tout seul, voilà. Après les infirmières, oui,

on en a besoin un plus régulièrement que les kinés. Bon mais, cela ne mérite pas forcément non plus, qu'à chaque fois, qu'on en discute. Voilà, y'a plein de choses qu'on peut surveiller et ce sera plus rapide pour le patient. C'est, je ne sais pas, si on en voit un dans la journée qui nous pose problème en moyenne. On n'a pas besoin des autres, et tout ça, et c'est déjà pas mal. »(E117)
« Y'a des choses qu'on peut tout faire tout seul. » (E116)
« Ouais, on peut quasiment tout faire » (E117)

3.4.2.7. Un roulement de permanence et de garde est indispensable dans une MSP

« Oui, mais dans l'éventualité où l'on travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, moi, c'est comme ça [un roulement] que je verrais les choses, quoi, au même titre que... » (E112)
« Oh ben oui, si tu es dans une maison, une maison pluridisciplinaire et que tu ne peux pas mettre ça [un roulement] en place, sincèrement, je ne vois pas l'intérêt quoi. » (E113)

3.4.2.7.1. Pour avoir des horaires convenables pour les fins de journées

« Mais après pour le fonctionnement aussi, moi je me disais, ça pourrait permettre à certains médecins de terminer à des heures honorables, comme tu disais dix-neuf heures par exemple. Et puis qu'il y aurait un roulement avec un qui fait que, si éventuellement ça intéresse certains médecins de faire des roulements avec un qui termine beaucoup plus tard ce soir-là, une fois par semaine, une fois tous les quinze jours, qui permet, qui permet de voir les gens qui ont des horaires, ben voilà. » (E112)

3.4.2.8. Pour définir les limites du secret partagé

3.4.2.8.1. Parce que certaines informations médicales orales peuvent être préjudiciables sur la relation praticien - malade

« Je pense aussi qu'il faut faire attention au secret professionnel. Il ne veut peut-être pas forcément aussi, qu'on dise tout ce qu'on veut à l'infirmière qui s'occupe de lui. » (E111)
« Oui, on peut partager tout ce qu'on sait sur un patient, moi, ça m'est égal. Mais, vis à vis du patient, je pense que, effectivement comme le disait [...], ils ne vont pas nous, ils ne vont pas dire la même chose à leur médecin généraliste qu'à leur infirmière. Ils n'ont pas envie qu'on sache forcément, les, les choses qu'ils ont dit aux autres, donc que... » (E113)
« Je ne sais pas, je n'ai pas d'avis tranché là-dessus, parce que quand on regarde à l'hôpital... Je veux dire le kiné, les infirmières, ils ont le dossier. » (E115)

3.4.2.8.2. La relation praticien - malade peut se trouver modifiée

« Le patient a confiance en nous, peut-être qu'il ne va dire la même chose au médecin et à l'infirmière. » (E111)
« Et puis elle, elle n'a pas envie de savoir non plus, que... Je pense que c'est surtout ça en fait » (E113)
« Oui voilà. » (E116)
« Ils n'ont pas le choix à l'hôpital, alors que là, ils nous choisissent quand même. » (E113)
« Ouais, mais tu vois, je ne vois pas... Mais t'as pas tort, oui, par le choix du patient mais l'hôpital, je ne vois pas où cela puisse être délétère en fait, je ne sais pas. » (E115)
« Ben c'est peut-être aussi plus anonyme à l'hôpital que dans une MSP, tu vois... » (E112)
« C'est vrai. » (E113)

3.4.2.8.3. De même que l'accès des données du dossier médical sur le support informatique est à déterminer

« C'est délicat quand même que les dossiers soient en commun avec... » (E116)
« Mais, pas toutes les parties en tout cas. » (E115)
« Avec les kinés, les choses comme ça, si... Il en a un peu près rien à faire du dernier frottis de la dame qu'il voit pour une lombalgie, quoi, enfin... » (E116)

3.4.3. Une efficacité dans la coordination est à privilégier pour les patients

3.4.3.1. Par la présence des professionnels de santé sur un même site et donc d'une coopération plus efficace

« Ouais mais du coup, moi je trouve, qu'il n'y a pas d'intérêt à faire une maison de santé pluridisciplinaire, j'dis, indépendamment de ce que tu viens de dire. Mais euh si le patient quand il vient, il n'a pas l'impression que tout est, qu'il a accès à tout, beaucoup plus facilement, que

comme tu disais, qu'on l'oriente vers la mairie qui lui donnera la liste des assistantes sociales etc. Enfin moi, je trouve que, ce serait, qu'il faudrait pour que ce soit presque une efficience du, du, du soin, quoi, que, quand le patient vient chez nous, à la limite qu'il se dise que, « ah ben, c'est bien là-bas, parce que je sais que, qu'ils vont communiquer entre eux... » (E112)

« oui, oui. » (E113)

« ...Ils vont avoir accès... » (E112)

« Enfin voilà... Enfin sinon, je ne vois pas en fait l'intérêt » (E112)

« C'est bien sûr, tout le monde est regroupé dans le même coin » (E117)

« C'est vrai que c'est pas mal, si y'a une assistante sociale dans les murs, cela permet de ne pas dire aux gens : « ben vous allez à la mairie, puis vous verrez une assistante sociale dans les trois mois », parce que ce sont des choses qui nous parlent mais, dont on est bien incompétent sur les papiers. Donc, si cela peut être expédié par quelqu'un d'autre, ce serait pas mal. » (E117)

« Moi je ne suis pas, enfin je veux dire que, pour notre formation, bon, elle est, très centrée sur l'hôpital, quand même enfin, pendant l'internat. Euh, j'trouve que l'exercice à l'hôpital [...] c'est quand même un exercice plus facile dans le sens où je ne sais pas, tu veux des examens, tu veux un avis, tu veux, où t'as l'infirmière, t'as l'aide soignante, t'as le kiné, t'as tout sous le coude. Et, c'est vrai, que cela représente quand même une facilité d'exercice, tant sur la rapidité, sur les moyens. Donc, c'est vrai la maison médicale ça, je trouve que cela représente une alternative. Ben effectivement, pour exercer en ambulatoire, faire ce vers quoi, ben nous, on s'oriente : c'est la médecine générale. Donc sortir de cette structure hospitalière, et puis ben, en ayant ben, pas de la même manière, et pas certainement pas autant, mais à un certain niveau des aides comparables, quoi. Enfin d'avoir, d'avoir un certain, ouais, un certain accès à des moyens humains et des techniques. En ce sens-là, cela permet, c'est un peu une manière d'avoir les avantages de l'hôpital » (E115)

« On pourra éventuellement, aller dans le bureau de l'infirmière ou dans le cabinet du kiné... » (E116)

« que ça aille plus vite et que ce soit plus, normalement plus efficace et mieux coordonné. » (E117)

« C'est vrai que, théoriquement si cela se passe bien, ce sera plus rapide pour le patient. » (E117)

« Après, c'est vrai que, dans le cadre des maisons pluridisciplinaires, moi je sais que, là où je suis passée, chez le prat, y'avait pas d'infirmières, y'avait deux kinés dans le même bâtiment que les deux médecins. Et c'est vrai que du coup, cela permettait aussi que directement les médecins, ils croisaient le kiné, parce que y' avait une secrétaire en commun donc... Ils se croisaient dans le couloir et parlaient de monsieur un tel et puis le problème était réglé. Y'avait pas besoin de prendre le téléphone, enfin...Puis le contact se faisait facilement, parce qu'ils le connaissaient, y' avait la proximité... » (E116)

« donc y'a même plus, forcément besoin de prendre le téléphone dans ce cas-là » (E117)

« Ça permet de raccourcir encore les distances de communication » (E117)

« Non, et si c'est pour qu'on soit tous dans nos bureaux et qu'on ne communique pas. Euh, là effectivement, j'en vois pas l'intérêt quoi. » (E113)

3.4.3.2. Par la présence de consultation de spécialistes au sein de la structure

« Mais, pour être passée en Centre Bretagne en stage, c'est vrai que, quand les gens, ils doivent aller, ils doivent faire cinquante bornes pour aller voir le spécialiste, ce serait un confort. » (E113)

« Et puis même pourquoi pas avoir des gens, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé, mais euh, même avoir des consultations ponctuelles par exemples. Enfin, des spécialistes qui viendraient une journée, ou euh... » (E113)

« Ouais, ouais. » (E116)

« Ah ça, c'est pas bête ça ! » (E117)

« par exemple qu'une journée par semaine, je sais que, qu'on a un cardio dans les murs... » (E113)

« Le lendemain, c'est, enfin, c'est vrai que, ce serait euh... Quand on est près des villes y'aurait peut-être pas d'intérêt » (E113)

3.4.4. L'exercice dans une MSP permet un sentiment de satisfaction au travail grâce à la qualité de travail offerte

« On aurait l'impression de mieux réussir son travail, de mieux... » (E117)

« Mais bon, ça vaut que cela vaut sûrement le coup, à prendre, en termes de qualité de travail, qu'on peut demander » (E117)

3.4.4.1. Par une meilleure connaissance de la pratique des autres professionnels

« Parce que bon c'est vrai, on prescrit, on peut appeler et tout ça... Mais ben du coup là, on voit la personne quand on l'a en face. On se dit, enfin quand on a l'infirmière ou le kiné en face de soi, on, on sait vraiment ce qu'il a fait. Et puis même par exemple le kiné, il nous peut montrer ce qu'il fait donc on sera mieux expliquer aux patients : « ben tenez, ce sera, ce sera ce genre de chose qu'on pourra faire avec l'infirmière ». Cela permet de discuter notamment par exemple, des pansements, des choses un peu qu'elle utilise, ça peut être utile. » (E117)

3.4.4.2. Par satisfaction d'une prise en charge globale

« Donc ça aide ouais, de dire qu'on fait un peu mieux notre métier qui est vraiment une prise en charge globale, et notamment, sur le plan social »(E117)

3.4.5. Cet exercice trouve successeur plus facilement

« Au Faou, y'a trois médecins généralistes dont deux qui sont proches de la retraite et, y'a une maison de santé pluridisciplinaire aussi qui, se créée, enfin, qui est en train de se créer. Donc les médecins, les deux médecins généralistes proches de la retraite vont travailler quelques années là, et ils ont déjà trouvé leurs, les suivants, quoi. Donc, ils acceptent de changer pour leurs dernières années » (E115)

« Je pense qu'effectivement toute façon les médecins, enfin la majorité, veulent pas forcément qu'on rachète la patientèle, mais au moins, donner un nom de personne à aller voir après, enfin quelqu'un qui reprend la patientèle. Donc de toute façon s'ils se rendent compte, enfin s'ils savent que cela permet de, d'avoir quelqu'un qui reprendra plus facilement, je pense qu'effectivement... » (E117)

3.4.6. La MSP pourrait répondre aux enjeux économiques des dépenses santé réduisant le coût de transport

« Et puis pour la Sécurité Sociale, cela pourrait être pas mal aussi. » (E113)

« Au niveau des transports ? » (E116)

« Pour payer les transports et tout ça. Je pense qu'à un moment... » (E113)

« Ouais, à la rigueur, s'ils payaient leurs transports jusque-là. » (E117)

« Là, y'aurait juste à... » (E113)

« Une journée de consultations. » (E115)

« Là, terminer, c'est terminé ! » (E115)

« C'est bon, on peut ouvrir un hôpital de jour » (E113)

3.5. Toutes les possibilités d'aides sont les biens venues

« mais, sûrement toute aide est la bienvenue » (E117)

3.5.1. Parce que la MSP est un grand projet nécessitant à la fois des fonds financiers et du temps pour être réaliser

« Ouais, tout seul c'est lourd. » (E115)

« Ben c'est pas un faux projet, quoi. » (E113)

« Y'en a qui trouveront, c'est trop cher, ça ne sert à rien, après. Après, voilà. » E1 E7

3.5.1.1. Même s'il est difficile de donner une estimation du financement nécessaire

« Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait » (E117)

3.5.1.2. Le projet de la MSP demande du temps pour être monté

« Cela ne se fait pas du jour au lendemain » (E117)

« Après, je pense que ce qui rebute peut-être certains médecins, c'est plus l'organisation, enfin, le fait de le monter la MSP, parce que effectivement c'est un gros projet, quoi. Mais ça je peux comprendre tout à fait, quand t'as que cinq ans à faire, t'as pas envie de te lancer dans un gros truc, où le temps de mener ton projet à, à son terme, tu partiras en retraite, quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça l'obstacle actuellement quoi. »(E113)

3.5.2. Parce que l'exercice en MSP présente des aléas

« Bon, c'est un risque à prendre. » (E117)

« On n'est pas sûr que cela marche derrière » (E117)

3.5.3. Parce seul, c'est long et difficile de monter un tel projet

« Sûrement, après plus je me dis, que peut-être que tout seul on n'a pas le courage. » (E117)

« Ouais, je pense quand même, qu'il faut une aide, puisque tout seul, faut vraiment vouloir. [...], on sait que tout seul ou en groupe, ça marche bien. » (E117)

« Après, c'est sur que faire soi-même son projet, pour la monter, ça prend du temps. C'est encore mieux si on arrivait dans une, qui est déjà toute faite, et qui tend les bras... » (E117)

3.5.4. L'investissement personnel est possible de façon variable

« Oui après, je pense que cela dépend vraiment des médecins » (E113)

3.5.4.1. Le financement personnel peut être réalisé selon l'intérêt fiscal

« Après je ne sais pas, au niveau fiscal, ce qui pourrait être intéressant. Il faut essayer de faire le plus intéressant. »(E117)

« Et puis en termes de financement ben, peut-être qu'on peut mettre des billes dedans, peut-être que cela peut faire partie de la mairie. Ça, ça dépend vraiment des gens... » (E117)

« Je pense que ça peut être valable de mettre des billes dedans comme dans une clinique et tout ça. » (E117)

3.5.4.2. Ce financement reste néanmoins un choix personnel

« Et puis après bon, si on veut prendre des parts dedans, on pourra. » (E117)

3.5.4.3. Pouvant se faire secondairement

« Après on rachète au fur et à mesure, Voilà. Après... » (E117)

3.5.4.4. L'investissement financier des professionnels proches de la retraite ne doit pas être excessif

« Même sur les dernières années, mais dans ce cas, il faudrait que financièrement cela leur coûte peu ou pas grand-chose. » (E117)

« Parce que c'est sûr que, après, faut pas non plus qu'ils déboursent cinq mille euros à faire un an dans un nouveau, dans un nouveau bâtiment. Ça ne vaut pas le coup, quoi. » (E117)

« Non, et est-ce que ça, ça a vraiment un intérêt que eux aussi ils s'investissent dans l'organisation, dans tout ça, alors que, alors qu'ils ne vont pas rester, et qu'il va peut-être en avoir d'autres qui vont arriver, avec d'autres idées et que, cela n'a peut-être pas d'intérêts non plus quoi ? » (E113)

« C'est vrai » (E117)

3.5.5. Les aides financières publiques sont à solliciter

« Après voilà, les pouvoirs publics sont vraiment dans le ... » (E113)

« Sont vraiment sur ce créneau là. Alors je pense qu'il y a moyens après, d'avoir des subventions, des aides et tout ça... Mais... » (E113)

3.5.5.1. En particulier l'aide de la municipalité

« Faut qu'ils soient mis à disposition par la municipalité ou euh... » (E116)

« Ça, c'est claire ! » (E112)

« Ça, c'est parfait... » (E114)

3.5.5.1.1. Parce que l'espace occupé par la MSP ne serait pas négligeable

« Ouais, parce que qu'il faudrait quelque chose de grand comme bâtiment. » (E116)

« Ouais, ce serait tellement grand, ce serait peut-être plus la municipalité (E117)

3.5.5.1.2. Parce que la municipalité doit permettre à la ville de se développer

« Et puis, je trouve que, enfin, ce n'est pas pour nous décharger d'un problème ou quoi que ce soit, ce n'est pas du tout dans ce sens-là. Mais par exemple une part de la municipalité ou des collectivités locales euh enfin, c'est important. Dans le sens où je veux dire, admettons, y'a une maison médicale, enfin qui se crée, dans une ville ou dans un village, ça crée une dynamique. Je veux dire quand on est dans cette optique-là, de zone enfin, désertée entre guillemets sur le plan médical, enfin y'a, y'a quand même un certain nombre d'avantages pour tout le monde à, enfin voilà à mettre un projet comme ça, à mettre en place. » (E115)

3.5.5.1.3. Pour rassembler le projet

« Surtout, il faudrait quelqu'un pour unifier le tout. Chacun s'occupe de sa partie, et s'assure que... Mais après quelqu'un, un acteur, qui soit là pour unifier la, la mise en place de tout ça quoi. Alors souvent c'est vrai, le plus pratique serait la mairie » (E117)

« Et, y'aura quelqu'un en plus, derrière, pour gérer tout ça donc. » (E117)

3.5.5.1.4. Cette aide engage la discussion, la négociation

« Après je ne sais pas comment financièrement, c'est faisable, est-ce qu'on va voir la Mairie ?
« Écoutez vous construisez, on s'installe là, on loue... ». » (E117)

3.5.5.2. Les aides sont une opportunité mais ne sont pas pérennes

« Peut-être qu'il faut effectivement, qu'il y ait, se dire un peu que voilà c'est une promotion, on peut l'avoir maintenant, peut-être que dans quelques années ce ne sera plus faisable, ouais en profiter... » (E117)

3.5.6. L'avis des professionnels de santé concernés par leur exercice dans la MSP

« Après on donne nos avis, chacun comme on veut que son bureau soit fait et tout ça doit être fait, la disposition ». (E117)

3.5.6.1. Parce que sans leur avis de terrain et d'expérience, la MSP pourrait ne pas être fonctionnelle

« Ouais justement, comme cela peut être fait par quelqu'un qui n'a aucune idée de savoir comment va être, comment l'exercice va-t-il être fait. Cela peut être complètement antifonctionnel comme, comme endroit. Donc je me dis, enfin, voilà, si c'est pour que ce soit quelqu'un dans son bureau qui imagine : « ah, ce serait bien que la secrétaire était au centre de tous les autres », peut-être que ce serait bien, mais peut-être qu'à l'utilisation, ce ne serait peut-être pas intéressant en fait, parce que... » (E112)

3.5.7. Les aides d'experts professionnels, d'entrepreneur

« Ah oui, je pense qu'il faut qu'il y ait un entrepreneur, ça c'est sûr. » (E113)

« Je pense qu'il existe une, je ne sais plus où est-ce que j'avais vu ça. Je crois que c'était à un congrès à [...], au [...], là où y'avait... Une, je ne sais plus du tout, c'est fou, mais y'avait une entreprise qui faisait juste ça. » (E115)

« Une entreprise ? » (E113)

« Oui, voilà, c'est ça, qui proposait des services ben, pour la maison médicale justement. Je ne sais plus comment ça s'appelle. Mais, je sais que cela existe, ouais. » (E115)

« Enfin, ouais de l'aide sinon, ce ne serait pas... » E1 C

« Un architecte... » (E113)

3.5.7.1. Pour réunir et synthétiser les projets

« Mais, peut-être que ce serait bien, de passer par un, quelqu'un d'extérieur pour tout ce qui est de la réalisation pratique. » (E117)

3.5.8. Un leader est nécessaire dans la création de la MSP, mais il reste à définir

« Ouais, je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un derrière pour pousser probablement financièrement, et en tout cas au niveau de l'organisation pratique » (E117)

3.6. Les réserves de l'exercice dans la MSP

3.6.1. Concernant le patient

3.6.1.1. Un défaut pour les patients dans le choix du praticien

« Est-ce que, il y a aussi un défaut de liberté, dans ces endroits où les gens vont se dire, bon, ben, si t'es en cabinet pluridisciplinaire, enfin dans ta maison, où t'as l'infirmière, le kiné, des gens, est-ce qu'ils ne vont pas se sentir obligés de se tourner vers ce professionnel-là, alors qu'ils n'ont pas de bonne relation ? Y'a ça, qui peut être embêtant pour certains. » (E114)

3.6.1.2. Un défaut dans le suivi global

« Mais bon, c'est vrai, ce sera : « tu peux venir entre deux consultations »... Et au lieu de ça, ben, on n'ira pas chez le patient, voir, « tiens bah non, le pansement est fait, je ne regarde pas, j'attendrai la prochaine fois, vous ne recommencer pas » (E117)

« Pour nous, euh, pas forcément. On aura peut-être besoin de voir moins, le patient, peut-être qu'il viendra un peu moins. L'infirmière, qui est à coté, elle dira : « écoutez, y'a peut-être pas besoin de voir le médecin pour ça » (E117)

3.6.2. Concernant les professionnels de santé

3.6.2.1. La vraie valeur ajoutée de la MSP par rapport à un regroupement est difficile à estimer
« Je ne sais pas si cela apporterait plus qu'un, qu'un regroupement juste de médecins généralistes. Puisque, finalement, va falloir qu'on les fasse nos consultations, va quand même falloir voir les médecins, euh non les patients. Si on est deux médecins, dans une maison pluridisciplinaire on aura les mêmes contraintes que, si on est à deux médecins juste tous les deux ou... Et, on en aura plus que, si on est à quatre sans paramédicaux, quoi. Donc, je ne sais pas si cela va tellement nous apporter plus au niveau organisationnel. Cela va être effectivement plus simple, par rapport aux relations avec les paramédicaux. Mais est-ce que cela va être plus simple pour notre organisation ? J'n'en suis pas sûre. » (E1I3)
« Mais ça, limite, tu peux le faire même en étant pas dans une maison pluridisciplinaire, dans un cabinet de cinq médecins tu peux très bien mettre aussi... » (E1I3)

3.6.2.1.1. Les contraintes de gestion d'intendance peuvent être chronophages et difficiles
« Après y'a, y'a tout l'aspect gestion, c'est ce qu'on a dit aussi .C'est vrai que, faut être d'accord pour les investissements, faut, ben faut accepter aussi de venir se réunir régulièrement pour décider de : « ben, qu'est-ce qu'on... Tiens, voilà, y'a tel problème dans tel local, est-ce qu'on fait les travaux, est-ce qu'on ne les fait pas ? ». C'est sûr que, ce sont des cas qu'on n'y pense pas forcément. Là c'est pas, là on n'est pas trois à prendre la décision, on est sept, huit. Euh, chacun, pas forcément les mêmes moyens financiers, enfin, y'a tout cet aspect-là, qui effectivement il n'est pas forcément facile, quoi » (E1I3)

3.6.2.1.2. Le temps des sollicitations entre les consultations par les autres professionnels est imprévisible
« Mais bon, je pense que, non, cela ne peut pas faire gagner énormément de temps au médecin... » (E1I7)
« Non. » (E1I3)
« Ni à l'infirmière, ni au kiné. » (E1I7)
« Non, parce que ça, ce sont des réactions qu'on pourra avoir aussi même s'ils ne sont pas là. »
« On peut gagner du temps dans ce sens-là. » (E1I3)
« Pour voir la plaie, le pansement » (E1I6)
« Voire peut-être même perdre du temps parfois » (E1I7)
« Ouais aussi » (E1I6)
« Parce que : « est-ce que tu peux venir voir entre deux consultes ? » » (E1I7)
« C'est bien possible » (E1I3)
« Ouais, ça va peut-être... » (E1I7)

3.6.3. Ces réserves incitent à chercher des retours d'expérience pour tirer les leçons qui pourraient se révéler bénéfiques avant de se lancer dans un tel projet
« Par contre, on parle beaucoup justement des MSP, que, on s'imagine beaucoup, de, fonctionnant dedans, avec pleins d'idéaux comme ça... Mais je n'arrive pas en dehors des quelques points qu'on a soulevés, parce que là, on se dit : « oh, ce serait bien qu'il y ait une assistante sociale, l'infirmier, qu'il y ait ceci cela... ». Mais en dehors des points de difficultés des relations humaines, et puis même peut-être de secret, les choses qui sont dites à un corps de métier et autres, euh, je n'arrive pas à avoir d'éclairage sur tout ce qui pourrait être négatif justement. J'n'entends pas beaucoup de gens qui nous disent : « Non, mais attendez, c'est, c'est, ça va être infernal de vivre dans une – désolé pour les bruits de parasites – euh, ça va être infernal de vivre, d'exercer dans une maison... ». Parce que j'aimerais bien, avoir l'autre point de vue des gens qui... » (E1I2)
« Les arguments négatifs ? » (E1I6)
« Ouais, les arguments négatifs. On n'y vient, on n'y pense pas comme ça, mais bon. » (E1I2)
« Oui peut-être, c'est parce que on est un peu naïf, on commence. Enfin, va commencer. Je ne sais pas. » (E1I6)
« Parce qu'il y a bien des MSP qui sont montées et qui n'ont pas marché, je suppose. Pour des vraies raisons... » (E1I4)
« Ouais, mais alors, c'était peut-être pas les mêmes mentalités, euh, les mêmes, les mêmes façons d'exercer, je ne sais pas... » (E1I2)
« Ah, non je ne sais pas, moi non plus. » (E1I2)

Grille d'analyse du 2^{ème} entretien

1. Le ressenti de la pratique actuelle de l'exercice libéral par des professions non médecins

1.1. Cette pratique a l'intérêt d'une certaine liberté et d'une autonomie qui sont mises en avant
« c'est quand même une certaine autonomie » (E2P6)

1.1.1. Parce qu'il n'y a pas de lien de subordination, de hiérarchie entre professionnels
« Alors moi j'ai commencé, en deux mille six seulement. Cela ne fait pas très longtemps, j'ai fait avant quinze ans d'hôpital. Moi je trouve que l'avantage du libéral, [...], par rapport à tout ce qui est institution, où il y a toujours la hiérarchie, etc. » (E2P6)
« [...] avec la pression des hiérarchies, bon ben voilà. C'est pour ça que cela n'a pas de prix. » (E2P5)

1.1.1.1. Même s'il faut répondre à une demande d'un prescripteur
« Et on ne rend des comptes qu'à... » (E2P1)
« A personne. » (E2P5)
« A nous même, quelque part quand même au prescripteur, à nous [...] C'est vrai qu'on n'a, on n'a pas de compte à rendre à une hiérarchie. On a des comptes à rendre au prescripteur quand même mais, on n'a peut-être pas ce poids-là qu'on a en institution » (E2P1)

1.1.2. Parce qu'on organise le temps de travail, comme on veut
« Oui mais, y'a une liberté de travail qu'on n'a pas avec l'hôpital... » (E2P5)
« Ouais c'est pour ça qu'on est en libéral, et de se dire : «oh bah tiens, là je veux absolument assister» à telle chose et tout ça. On se bloque vraiment, peu importe en milieu d'après-midi et on y va. Et ... » (E2P1)
« Ça c'est intéressant. » (E2P5)
« Dans la mesure où on n'a souvent pas, enfin on n'a pas tout le temps la prescriptance, on a une liberté de travail qui est assez grande. Je ne me reverrais pas repartir travailler à l'hôpital. J'aurais énormément de mal à rester douze heures, à travailler à l'hôpital. » (E2P5)

1.2. La relation praticien - malade est une relation de confiance particulière par le suivi personnalisé
« même et c'est une relation patient - thérapeute très forte quoi. » (E2P6)
« Le travail en libéral, je trouve que c'est aussi un contact avec les patientes qui pour moi, est différente, est différent de ce que j'avais à l'hôpital. » (E2P6)
« Mes collègues qui sont en structure me disent que c'est très frustrant aussi, parce qu'elles vont voir un patient pendant un mois par exemple, et puis après ben, il rentre chez lui. Elles ne savent pas du tout ce qu'il est devenu. Et elles sont très contentes quand on donne des nouvelles : « oh tiens, j'ai vu monsieur un tel, il se passe ceci, il se passe cela... ». Parce que c'est vrai c'est une relation courte en général en structure, que cela soit sur l'hôpital, bon, si sur les CMPEA où les choses plus comme ça, c'est vrai qu'elles les suivent beaucoup plus longtemps. Mais... » (E2P4)

1.3. La collaboration entre professionnels est plutôt bonne
« Moi je ne me sens pas en difficultés, parce que j'estime que si j'ai un problème je peux toujours appeler soit un autre orthophoniste, soit effectivement le médecin traitant de la personne, soit, un moment, je travaillais beaucoup avec un médecin qui a pris sa retraite qui était phoniatre donc, ou les ORL, moi je côtoie plus les ORL, les médecins généralistes. On a toujours possibilités de, de voir si y'a un problème... » (E2P4)
« Je pense que nous, on a une situation qui est assez intéressante puisqu'on travaille beaucoup en relation avec l'hôpital, avec la PMI, donc y'a une bonne entente entre les trois secteurs, ce qui est important. Comme on va régulièrement aux staffs de la maternité, on est au courant de tout ce qui se passe, y'a une bonne entente entre tout le monde. C'est vrai que c'est intéressant. » (E2P5)
« Et ça fait vraiment un travail d'équipe en fait. On se sent intégrer, en fait, on est libérale mais tout en ayant un pied à la maternité ce qui fait qu'on se sent intégrer dans l'équipe hospitalière, tout en ayant notre statut de, de libéral. » (E2P6)

1.3.1. Mais elle est limitée par le manque de temps
« Ouais si, ça se passe bien, si on a des questions. Ben c'est vrai qu'il faut juste qu'on ait le temps de décrocher le téléphone, et dire : « tiens j'ai ci, ça... ». Mais globalement, ça se passe bien. C'est vrai, c'est encore plus sympa de se prévoir des petites réunions, comme aujourd'hui dans ce cadre-là, et,

d'échanger et de mettre des visages sur des noms. Mais, mais globalement, ça se passe bien. Tout le monde est accessible et ouvert, c'est juste question de temps, quoi. » (E2P1)

1.3.2. Néanmoins, les occasions de collaboration peuvent se réaliser lors des temps de visites à domicile

« Et parfois on se rencontre au domicile, justement, j'ai connu [...] chez une patiente commune. » (E2P4)

« Et on se rencontre au domicile, c'est l'occasion d'échanger. » (E2P1)

1.4. La rémunération à l'acte diminue

1.4.1. Cette rémunération évolue peu avec le coût de la vie

« J'ai vu une étude là, dans la *kiné actualité*, le pouvoir d'achat des kinés avait diminué de neuf pour cent depuis un an, quoi, donc... Sur une même... Bah, il faut travailler plus si on veut garder la même rémunération. » (E2P1)

« Nous, on fait beaucoup de, beaucoup de route et les frais de route sont restés les mêmes depuis au moins deux mille, et le gasoil n'est pas au même prix... Et dans le planning pour aller les voir il faut au moins une heure par patiente pour aller les voir et dont le plein d'essence. » (E2P5)

1.4.2. Le poids des charges augmente au fil des années

« Alors, moi je n'ai pas de problème parce que, les actes, ici voilà, y'a pas de, c'est pas remboursé, alors on applique les honoraires qu'on souhaite en fait. Hormis pour les patients diabétiques mais sinon, en podologie, il y a une base de remboursement qui est minime et, et ensuite après en fait, c'est que, finalement c'est que du dépassement quoi. » (E2P2)

« Mais malgré tout, comme, quand on débute, on est sur des forfaits. » (E2P2)

« Euh par rapport, le calcul des charges sont faits aux forfaits finalement. » (E2P2)

« Mais je sais par contre, au niveau des charges, moi, je me retrouve avec énormément de charges. » (E2P2)

« Les charges, moi aujourd'hui par exemple, représentent pour moi, cinquante six pour cent de ce que je gagne là. Donc finalement je redonne plus que ce que... » (E2P2)

« Dans ma vie privée, ce n'est pas un manque de temps, on va dire, c'est au niveau du salaire finalement voilà. » (E2P2)

« Moi aussi elles représentent cinquante pour cent. Je pense que pour tout le monde c'est un peu près pareil. » (E2P4)

« Entre cinquante et cinquante cinq. Tout le temps. » (E2P1)

1.4.3. Le paiement à l'acte n'a pas été réévalué

« Bah, on parlait tout à l'heure de ne pas avoir été augmentée depuis bien longtemps ! » (E2P4)

« Je crois que c'est général, puisqu'on dépend un peu près toutes de... Quand il y a, quand les infirmières sont augmentées, en général, les autres suivent. » (E2P4)

« Ben nous les kinés, je crois que la dernière augmentation date de quatre-vingt-dix-huit. » (E2P3)

« Ce qui posent de sérieux problèmes sur la gestion des patientes qui habitent à, trente, trente cinq kilomètres de Lannion. » (E2P5)

1.4.4. Cette rémunération à la baisse remise en question, joue en faveur d'une rémunération forfaitaire

« c'est au niveau du salaire finalement voilà. Aujourd'hui jeune installée, podologue à Lannion, euh je pense que si j'étais salariée au SMIC, dans n'importe quelle entreprise je m'en sortirais mieux quoi. » (E2P2)

1.5. L'inadéquation locale entre l'offre et la demande de soins commence à se faire sentir, elle oblige à des aménagements dans la pratique libérale

1.5.1. Plutôt une augmentation de la demande de soin

« C'est vrai que, nous, on est, bah, comme beaucoup, sollicité. » (E2P1)

1.5.1.1. Puisque le délai d'attente d'une prise en charge augmente

« puisqu'on a des délais qui pour moi en deux ans se sont considérablement allongés. » (E2P1)

« Je me suis vue même, y'a quelques, y'a deux, trois mois, bah, on était, au sein du cabinet on est quatre, on était à un mois d'attente de prise en charge au niveau patient, chose qu'on n'avait jamais vue avant. Donc, c'est vrai ça, ça nous a un petit peu, ça nous a surpris déjà » (E2P1)

« et nous qui étaiant en face, un moment donné, on était saturé. Et là, c'est vrai que je me suis sentie un peu débordée face à la demande. Alors peut-être pas assez de recul, et puis, cela a été un petit peu difficile. » (E2P1)

« Alors ça, ça nous était inconnu y'a encore deux ans maintenant, quoi. » (E2P1)

« Bah là l'été, là on est à dix, quinze jours, donc... » (E2P1)

« Et cours de préparation à la naissance, ça effectivement on peut avoir un petit délai entre quinze jours et trois semaines, parfois trois semaines, un mois. Voilà c'est un peu près ça. » (E2P6)

« On est obligé de mettre en place des listes d'attentes, choses qu'on ne faisait pas ne serait ce que, y'a six, huit mois, et c'est vrai que là, aujourd'hui on fait ça. » (E2P1)

« Moi je sais que je m'installe, je ne travaille pas toute la semaine, alors je n'ai pas de problème de file d'attente, hein. J'espère que cela viendra un jour. » (E2P2)

1.5.2. Une baisse d'effectifs chez certains professionnels malgré les installations

« Au niveau en kiné, c'est vrai que sur Lannion, je crois que y'a un déficit, on peut le dire au niveau kiné [...] » (E2P1)

« Ouais, c'est quand même pas évident à gérer mais là, je crois qu'on a eu des collègues qui sont partis en retraite pour d'autre part, y'a eu quand même deux décès donc cela fait trois en moins et plus maintenant, y'en a un là aussi un collègue qui part en retraite, monsieur [...], qui part en retraite sur [...], qui est parti en retraite. Donc on est quand même à quatre kinés en moins sur le secteur. A coté de ça, bon y'a [...], qui s'est installée. Je pensais que cela faisait un an, mais bon cela fait quasiment deux ans. » (E2P1)

« Un an et demi. J'ai connu ça aussi, ce que tu dis avec... » (E2P3)

1.5.3. Une adaptation de l'exercice libéral

1.5.3.1. La mise en place d'un intermédiaire, le secrétariat téléphonique

« et, pour, pour faire face à ça, on a mis en place depuis quelques mois un secrétariat téléphonique. C'est-à-dire qu'on ne répond plus au téléphone. » (E2P1)

1.5.3.1.1. Pour ne pas avoir à déterminer le délai des soins

« Et puis on n'a plus ce contact, ce contact téléphonique, en disant aux gens : « ah non, je ne peux pas vous prendre aujourd'hui. Ah non, pas la semaine prochaine mais dans un mois ». » (E2P1)

1.5.3.1.2. Car il est difficile de gérer des demandes multiples

« Mais je ne supporte pas effectivement, quand quelqu'un appelle pour une rééducation de lui dire que je le prends dans trois mois. » (E2P4)

« Ben oui, c'est insupportable. » (E2P1)

« Parce que se dire pendant trois mois... » (E2P4)

« Bien sûr. » (E2P1)

1.5.3.1.3. Tout en offrant une réponse pour la prise en charge des patients

« Mais on a dû mettre ça en place pour, pour aussi répondre aux patients qui eux étaient dans la douleur, dans le besoin » (E2P1)

1.5.3.2. La modification du temps de travail au cours de l'année, avec des horaires adaptés à la demande

« J'ai des, des horaires élastiques, donc, là en ce moment je travaille beaucoup moins. L'hiver j'ai travaillé beaucoup plus : j'ai fait des semaines à cinquante heures. » (E2P3)

« Avec des horaires élastiques, j'arrive à gérer. » (E2P3)

« Ouais c'est ça. » (E2P1)

« Moi j'ai toujours eu des horaires élastiques. » (E2P4)

« Nous aussi on a des horaires élastiques. » (E2P5)

« Mais c'est élastique. » (E2P5)

1.5.3.3. Une priorisation des demandes

1.5.3.3.1. Avec l'expérience

« Mais combien des fois, moi, combien des fois je me suis fait avoir, entre guillemets, où j'ai dis : « ben oui venez, il est vingt heures ». Mais c'est un truc... Moi élastique, c'était du, du, vraiment élastique, c'était du douze, treize heures. Alors je dis ok... » (E2P1)

« Et puis finalement la personne elle vient, et puis en fait je me dis, cela pouvait carrément attendre deux, trois jours, quoi. Moi je me fais avoir, peut-être moins maintenant, beaucoup moins, mais je crois que c'est l'expérience aussi qui fait ça. » (E2P1)

1.5.3.3.2. Mais certaines professions ne rencontrent pas la nécessité des prises en charges urgentes

« Moi forcément, je n'ai pas ce problème d'urgences. Non, je n'ai jamais de trucs de réellement urgents. Je peux commencer dans les quinze jours, mais je ne me vois pas dire aux gens : « je vais vous prendre dans six mois », comme des fois cela arrive. » (E2P4)

« Oui, moi non plus » (E2P3)

« Mais on n'en est pas là. » (E2P1)

« On va voir ça à la rentrée scolaire. » (E2P4)

« Moi, encore ça peut plus attendre que vous. Vous en général, c'est... » (E2P4)

« C'est du quasiment, c'est de l'immédiat » (E2P1)

1.5.3.4. Ces changements dans l'exercice impliquent aussi d'autres conséquences

1.5.3.4.1. Dans la relation praticien - malade, le premier contact direct avec le patient est mis de côté

« Malheureusement, on n'a plus le contact direct avec le patient, parce que ça, quand même cela nous permettait déjà d'avoir une première approche. » (E2P1)

1.5.3.4.2. La gestion du temps de travail est plus agréable avec le secrétariat téléphonique

« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. On dit ben, de telle heure à telle heure, on accepte les patients, elles ont notre plannings. On fonctionne via internet, et elles remplissent, elles gèrent les patients. » (E2P1)

« Et là depuis quelques mois, depuis qu'on a mis ça en place, cela s'est considérablement amélioré, puisque là on arrive à beaucoup mieux gérer les patients, le planning » (E2P1)

« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. » (E2P1)

1.5.3.4.2.1. Ce qui permet aussi d'avoir du temps personnel

« et notre vie à côté. » (E2P1)

1.5.3.4.3. Les horaires modulables ne permettent pas toujours un équilibre entre le temps de professionnel et le temps personnel

1.5.3.4.3.1. Surtout pour les mamans avec des enfants en bas âge

« Moi, je dirai que l'équilibre n'est pas évident à faire. » (E2P1)

« Mais, ce n'est pas satisfaisant. » (E2P3)

« Mais non. Voilà. » (E2P1)

« D'un point de vu privé, ce n'est pas satisfaisant. C'est certain. » (E2P3)

« Maintenant c'est moins gênant dans la mesure où je n'ai plus d'enfants à la maison. C'est vrai que quand on a des jeunes enfants, c'est quand même difficile, de ne jamais les voir ou presque, quoi. » (E2P4)

« Mais c'est vrai la vie privée à côté en prend un coup, quoi. » (E2P4)

1.5.3.4.3.2. En particulier lorsque le temps que le temps de travail est long

« [des semaines à cinquante heures] Euh ce qui n'est pas satisfaisant. » (E2P3)

1.5.4. La disponibilité des autres professionnels libéraux (sages-femmes) permet de fournir une offre de soin potentielle en secteur libéral

« Ben nous, tout ce qui est acte à domicile, enfin tout ce qui est suivi de grossesse à domicile ou suites de couches à domicile, euh, ben on nous demande on y va. » (E2P6)

« Voilà » (E2P5)

« On ne se pose pas de question, ça du coup... » (E2P6)

« Un monito... » (E2P5)

«Un monitoring pour une surveillance de grossesse pathologique, on nous dit : « il faut y aller trois fois par semaine», ben on va les casser trois fois dans la semaine. Après à nous de nous organiser, mais de toute façon, elle sera vue. On ne se pose même pas la question. Euh les suites de couches... » (E2P6)

« C'est pareil. » (E2P5)

« Dès qu'elles sortent elles appellent et on y va dès le lendemain et puis trois jours de suite. Euh donc on ne se pose pas la question. Le soin de premier recours, on y va tout de suite. Après au cabinet, pour tout ce qui est rééducation périnéale... » (E2P6)

« Et cours. » (E2P5)

1.5.4.1. Avec des soins s'apparentant à ceux de l'hôpital

« Et est-ce que les cours de préparation à l'accouchement c'est aussi, parce que à l'hôpital, c'est quelque chose qu'elles proposent notamment, des prises en charge à [...], alors... Est-ce que c'est encore autre chose ? » (E2P1)

« Ouais, mais je viens de mettre en place moi des cours de prépa, en piscine à la thalasso à [...]. » (E2P6)

1.5.4.2. Avec des moyens de paiements utilisant le tiers-payant pour ne pas se démarquer du paiement à l'hôpital

« Parce que c'est comme sur l'hôpital, les femmes ne font pas l'avance des soins donc ce n'est même pas le problème d'avance des soins, puisqu'elles donnent leur carte vitale et on télétransmet. » (E2P5)

« Ouais, nous aussi on ne fait pas payer. » (E2P1)

« Elles n'ont pas à payer » (E2P6)

« Pour l'instant ouais. » (E2P5)

« Donc que, c'est même pas une histoire d'argent. On ne fait pas de dépassement d'honoraire ni l'une ni l'autre. » (E2P6)

1.5.4.3. Cependant, il existe un manque de recours aux soins en libéral

« Et au niveau des cours de préparation à la naissance, c'est qu'on n'a plus de mal à gérer parce que c'est par à-coups. C'est-à-dire que les patientes ne viennent pas nous voir, peu, et ça, on ne sait pas pourquoi. Enfin elles s'adressent prioritairement à l'hôpital, » (E2P6)

« Enfin pour les cours de préparation à la naissance. » (E2P6)

« Elles arrivent d'un coup, elles ont, elles repartent, elles accouchent donc, c'est quelque chose de très dure à gérer. » (E2P6)

« Mais tout ce qui est préparation à la naissance, ça bloque. Ça bloque. » (E2P6)

1.5.4.3.1. Du fait de la mainmise du le secteur hospitalier

« et du coup ben elles restent, on ne nous les adresse pas même si y'a des files d'attente sur l'hôpital, on se rend compte que y'a du mal à déléguer vers le libéral. Enfin pour les cours... » (E2P6)

« Non, c'est que l'hôpital a, paie des sages-femmes pour faire les cours, donc ils remplissent les cours, voilà. C'est tout simplement ça. » (E2P5)

1.5.4.3.2. Alors que ce secteur connaît les possibilités de soins en libéral

« C'est beaucoup l'hôpital qui nous connaît donc... » (E2P5)

« Pourtant à l'hôpital ils nous connaissent, puisqu'on va, nous, tous les mardis on va au staff, vraiment on est en collaboration avec eux. » (E2P6)

1.5.4.3.3. Du fait d'un manque d'informations

« C'est un manque d'informations, oui. » (E2P6)

« C'est plus un problème de, oui, de se faire connaître et... (E2P6)

1.5.4.3.3.1. Des compétences de chaque professionnel

« Oui mais c'est vrai. Tout à fait vrai. Là on découvre, hein ? » (E2P4)

« Voilà. » (E2P1)

« On se découvre. » (E2P4)

« Mais je pense que justement, les médecins ne savent pas toujours, enfin moi je remarque, ce que nous, ce qu'on peut faire. » (E2P4)

« Souvent l'orthophonie, souvent je vois c'est : « lecture orthographe », point à la ligne. Alors que c'est plein de choses, autour, que je trouve plus intéressantes personnellement mais bon. C'est vrai que pour beaucoup, c'est ça. » (E2P4)

1.5.4.3.3.2. Aux patients

« Ben voilà, elles ne le savent pas aussi ! » (E2P1)

« Le problème c'est que, je ne suis pas certaine que, la population sache ce que fait une sage-femme libérale » (E2P6)

1.5.4.3.4. Et du fait d'un manque de temps pour l'information

« Sauf que voilà, il faudrait que je prenne aussi le temps de faire le tour de tous les médecins, de tous les kinés, et de tous les professionnels de santé, pour informer tout le monde. Et ça c'est un manque de temps. J'ai des affiches la voiture, j'ai des, des p'tits... Et je n'ai pas pris le temps. Alors par courrier, ça me gêne d'envoyer un courrier comme ça à tous les médecins parce que, j'avais prévu de voir les médecins généralistes, les kinés, etc. » (E2P6)

« C'est peut-être ça aussi, je crois. » (E2P1)

« Oui de ma part, ouais c'est sûr après c'est un problème de temps. » (E2P6)

2. Les projets professionnels dans les trois à cinq ans à venir

2.1. L'orientation vers un nouvel exercice libéral ou une activité complémentaire en libéral

2.1.1. Le cumul possible de l'activité libérale avec la retraite pour certaines sages-femmes de l'hôpital

« Je voulais juste dire que y'a, en ce moment y'a beaucoup de sages-femmes qui cherchent à partir de l'hôpital. Donc c'est la vague inverse. » (E2P5)

« Elles rêvent toutes... » (E2P4)

« Oh, si on était à leur place... » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire. » (E2P6)

« C'est pareil, je ne sais pas ? » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire parce que j'ai fait quinze ans d'hôpital et je n'ai pas pris pour autant une retraite, soit. J'ai fait le choix de m'installer en libéral et je fais du libéral » (E2P6)

2.1.1.1. Du fait de la réforme de la retraite après quinze ans de service hospitalier

« Y'a eu l'histoire des quinze ans, trois enfants, qui a fait vraiment partir les sages, enfin les femmes, enfin les sages-femmes de l'hôpital, ça je pense que c'est indéniable. Et puis du coup, quelque part, c'est de ne pas jouer le jeu, soit on prend une retraite et puis on va à la retraite, soit on fait du libéral. Mais là, elles ont touché, elles veulent toucher à tout quoi, avoir une retraite » (E2P6)

« Mais, enfin je pense, c'est voilà, une des causes ça a été quand même cette histoire je pense, des quinze ans-là. » (E2P6)

2.1.1.2. Du fait des conditions physiques correctes permettant une activité professionnelle chez ce personnel hospitalier

« et quand même continuer à travailler parce que c'est vrai qu'à quarante ans, on ne s'arrête pas à travailler quoi donc... » (E2P6)

2.1.1.3. Du manque de régulation des installations libérales à combler au sein de la profession, bien que cette réforme ne soit plus applicable

« Et on risque de se retrouver, si au niveau du Conseil de l'Ordre, ils ne structurent pas les autorisations de, d'ouverture de cabinet, on va se retrouver avec un problème inverse. Avec trop de monde sur certaines zones et, voilà, tout le monde ne gagnera pas sa vie. Donc c'est vraiment le problème. Hein ? » (E2P5)

« Toute façon maintenant, elle est supprimée, ça, cette loi. »

« Oui mais voilà elles viennent toutes de partir là. C'est-à-dire que là elles veulent toutes s'installer mais, il n'y aura pas assez de travail sur le secteur pour l'instant. » (E2P6)

2.1.2. La poursuite de l'exercice libéral, en effectuant des vacances où existe une demande de soins

« Moi je n'ai pas envie de changer, j'aimerais bien, j'avais dans l'idée effectivement, pourquoi pas de, d'aller développer des consultations, enfin des consultations prénatales. Ça c'est ce qui me tient à cœur, vraiment. Euh peut-être ailleurs, j'allais dire plutôt dans les, bon ben, dans un lieu où y'aurait des besoins comme peut-être [...], [...]. Je me dis bon, y'avait eu un moment donné, un médecin qui avait

contacté, une sage-femme pour aller faire de la consultation là-bas. Donc pourquoi pas faire une vacation, j'avais pensé faire une vacation à l'hôpital, puisqu'il manque de gynéco, alors pourquoi pas ? Donc l'idée d'un, de quelque chose de pluridisciplinaire, c'est quelque chose qui moi, me plairait bien, mais tout en gardant mon cabinet, enfin voilà. Tout en ayant une autonomie, moi je verrais plus, pourquoi pas, faire une vacation quelque part en cas de besoin, après » (E2P6)

« Moi la même chose en post natal. » (E2P5)

« Vous vous complétez, après tout ! » (E2P4)

2.1.3. La poursuite de l'exercice libéral avec le regroupement de professionnels

2.1.3.1. L'association

« Moi je viens de m'associer là dernièrement donc, donc moi j'aspire à continuer, à continuer comme ça pour l'instant, à trouver mon équilibre. Là depuis quelques mois, c'est le cas, et puis, de continuer sur la même lancée. Avec l'équipe, ça se passe très bien, donc, continuer comme ça. » (E2P1)

« J'aimerais bien, pouvoir trouver un autre kiné, mais on a beaucoup de mal, parce que j'ai de la place dans le cabinet pour avoir un autre kiné mais, je ne trouve pas pour l'instant. Enfin ça ne fait pas longtemps que je cherche non plus. » (E2P3)

« Hum. Ben, oui, c'est peut-être ce qu'il faut que tu fasses peut-être. » (E2P1)

« Moi j'aimerais bien trouver quelqu'un, pour ne plus être toute seule. J'avais pris le, le chemin de, l'option de, d'ouvrir un cabinet, de créer un cabinet, et non pas, de racheter une clientèle ou une patientèle. Et euh mais bon, je me rends compte que travailler tout seule, ça a, je savais parce que je l'ai fait avant, longtemps, ailleurs. Ça a quelques contraintes. » (E2P3)

2.1.3.2. Le développement des coopérations intra professionnelles avec un tour de garde

« Et moi, je ne sais pas, j'aimerais qu'on parle aussi éventuellement, des kinés respiratoires, de, de, y'a toute cette problématique à Lannion quand même, de kinés respiratoires l'hiver, sans... (Rires). Voilà chacun, chacun, se débrouille enfin bon, et donc j'aimerais bien trouver quelqu'un et pouvoir travailler à deux. » (E2P3)

« On avait essayé de monter y'a un an et demi, un an, un réseau, au niveau période, je crois, novembre, quinze novembre - quinze février, quelque chose comme ça, un réseau où on aurait tourné au sein de Lannion et même un petit peu plus large. On avait trouvé quelques kinés. Notamment certains étaient d'accords avec [...], [...] et ceux qu'on connaissait. Mais, on a été très peu à être ok, ou à se prévoir des week-ends, donc c'est très vite tombé à l'eau. Mais après s'il y'en a un peu plus, ce sera sans problème. Mais ça, je crois que c'est au sein de notre profession, faut essayer de se réunir et... » (E2P1)

« Oui, c'est pas. » (E2P3)

« Et d'en discuter mais, effectivement. C'est vrai, on avait essayé de lancer quelque chose et c'est très vite tombé à l'eau, y'avaient trop peu de volontaires. Chacun se débrouillait dans son propre coin. Mais en même temps, souvent, ben déjà nous, on est à quatre au cabinet donc... » (E2P1)

« Nous on tourne à un le week-end, y'a une personne, et on s'arrange comme ça. Et si vraiment y'a personne, on va appeler quelque de notre petit réseau. En demandant un tel, et puis à l'inverse, ceux du secteur, ils nous téléphonent aussi : « bah tiens [...] nous, on est vraiment coincé, j'ai deux ou trois bébés. Ben y'a pas de soucis ». « Y'a un tel qui est là, ce week-end au cabinet », et puis voilà. Donc si t'es embêtée, n'hésite pas. » (E2P1)

« Oui j'ai quelques... » (E2P3)

« Et à l'inverse, si on est vraiment coincé pour des week-ends et ben... C'est intéressant de savoir qu'on peut s'entraider. » (E2P1)

« Moi je me débrouillais avec le kiné de [...] mais... » (E2P3)

« Ben plus on est, mieux c'est. » (E2P1)

2.1.3.3. L'intégration dans une MSP pour collaborer entre professionnels et partager de la pratique

« Et moi alors dans cinq ans, euh, moi, j'aimerais bien rejoindre, une maison ou un groupe médical où je puisse partager avec des professions qui sont proches, proches de la mienne, ou pas d'ailleurs mais, pour vraiment, comment dire... Des gens avec qui avec, qui on s'entende, et on puisse discuter et avoir plusieurs approches. Moi je sais que dans la podologie, déjà c'est pas, c'est pas uniquement les pieds, on agit sur plein de choses. Euh, moi je sais que j'envoie certains de mes patients chez des dentistes, très bizarrement, et je ne leur fais pas de paires de semelles. Et puis je travaille avec des kinés, et des ostéos, et je crois en tout cas que la podologie, ce n'est pas une profession qui peut avoir la prétention de résoudre tous les problèmes toute seule quoi. Enfin moi je sais dans mon métier, vraiment, plus on est à travailler sur le, à prendre en charge en fait le même

patient et plus les résultats, ils sont, ils sont probants, ils sont rapides. Et moi je vois certains patients qui sont suivis en kiné, par exemple, qui sont suivis en kiné-ostéo, qui sont en dentaire, ou, enfin, ben, les améliorations, elles sont, elles sont nettes dès le mois, dès le mois qui suit en contrôle. Et puis contrairement à ça, des gens qui, qui ne sont pris en charge par personne d'autre que moi, et ben finalement on y arrive et des fois on n'y arrive pas complètement et ça peut durer trois, quatre, six mois, quoi. Voilà, donc moi personnellement, pour ma part et, pour ma profession, le, la notion de pluridisciplinarité, elle est vraiment très importante, enfin voilà. » (E2P2)

« Et je sais que, si par exemple dans cinq ans y'a un projet de maison médicale ici, moi ça m'intéresserait vraiment de participer à ça et de déménager pour intégrer... » (E2P2)

2.1.4. L'orientation vers le transfert de compétence

« Alors après y'a aussi la répartition, la vraie répartition des activités de chacun, je ne sais pas si vous allez aborder ça, peut-être après. C'est-à-dire que, on disait que si y'a des médecins ou des gynécologues qui s'arrêtent, pourquoi pas essayer de comprendre quelles étaient leurs activités réelles et de savoir si toutes leurs activités obligatoirement doivent être faites ou reprises par un gynécologue ou réalisées. Par exemple nous sages-femmes, on est tout à fait capable de suivre des grossesses simples, cela fait partie de notre activité et de notre profession. Encore faut-il que les médecins acceptent de les, ben de partager aussi, de déléguer... » (E2P6)

« De laisser faire, voilà. » (E2P6)

2.2. La cessation d'activité

2.2.1. La succession en libéral n'est pas assurée encore moins pour un praticien en exercice isolé

« Alors, moi, je suis très proche et j'ai un gros point d'interrogation, à savoir qu'effectivement, on ne trouve pas de personne pour prendre la suite... Et puis, plus personne ne veut racheter de clientèle toute façon et puis, je crois que même si on la donnait... C'est très difficile de trouver un successeur. » (E2P4)

« Moi je suis mal placée pour en parler, parce que normalement, je prends ma retraite dans un an et demi. Moi je n'ai pas tellement envie de changement. Bon je veux bien lever un petit peu le pied, pour justement, si je ne trouve pas de successeur, ne pas laisser les patients dans le vague ou réussir à les redispacher. » (E2P4)

2.2.2. Parce que les jeunes praticiens recherchent la solidarité et l'entraide d'un exercice de groupe

« D'une part, parce que les jeunes orthophonistes préfèrent être justement en cabinet ou en structure donc en libéral, non » (E2P4)

« Je pense que c'est pour une sécurité. Travailler en groupe, effectivement travailler en équipe, ne pas se lancer tout seul. » (E2P4)

2.2.3. Parce que les jeunes praticiens ont peur des risques médico-légaux

« Alors je parlais avec un médecin l'autre fois, une gynéco en l'occurrence, qui me disait que c'était très difficile aussi de trouver quelqu'un pour reprendre une clientèle pour les problèmes aussi que les jeunes médecins avaient très peur d'avoir des procès sur le dos, des choses comme ça et donc ils ne voulaient pas se lancer. » (E2P4)

2.2.4. Parce que la situation de remplaçante est confortable

« Et que vu ce que l'on donnait en tant que remplaçant, finalement ils trouvaient plus facile d'être remplaçants pendant un certain temps plus ou moins long. » (E2P4)

2.2.5. Parce que les jeunes praticiens recherchent la sécurité financière

« Puis il y a un souci de charges aussi. » (E2P2)

« Peut-être aussi un souci de charges. » (E2P4)

« Y'a un souci de charges à payer, à mon avis. » (E2P2)

« Pour répondre, je veux dire, si j'avais le choix pour être salariée dans une structure et d'être déchargée peut-être de, je ne sais pas comment ça fonctionne, alors je ne vais pas me lancer là-dedans. Mais peut-être que si, si effectivement cela me permettait d'avoir une sécurité, de, un salaire fixe tous les mois, et ben moi, je choisirais d'emblée d'être salariée au sein d'une structure hospitalière. Enfin moi, je n'irais pas vers le libéral en tout cas. Et je comprends en tout cas que dans certaines professions où y'a le choix, on choisisse, que les jeunes maintenant choisissent plutôt la sécurité comme ça, plutôt que le libéral. » (E2P2)

2.2.6. Parce que les jeunes praticiens recherchent la sécurité des horaires fixes

« Alors je pense qu'il y a la sécurité et qu'il y a peut-être aussi les horaires, parce que c'est vrai quand on est dans une structure on travaille : neuf heures - midi ; deux heures - cinq heures, six heures, c'est finit. Tandis que quand on est en libéral, comme le disait [...] « bon ben, venez quand même... ». Et ça fait vingt-et-une heures. » (E2P4)

2.2.7. Parce que les tâches administratives dans l'exercice libéral sont prenantes

« Puis y'a les papiers derrière... » (E2P1)

« L'administratif est très long. » (E2P4)

« Qui effectivement après je me dis, c'est pas grave. Je prends une après-midi pour moi et puis finalement l'après-midi... Ah bah oui, tu as toutes les ordonnances à rentrer ou autres, plus la comptabilité, plus pleins de choses et puis finalement, des fois je me dis : « heureusement que j'ai... ». » (E2P1)

« Ou l'inverse, tu prends une après-midi pour toi, puis après tu te dis : « oh ! La pile que j'ai mon dieu ! ». » (E2P4)

« Bon tans pis, on reste une ou deux heures. » (E2P1)

2.2.8. Parce que le salariat permet de compléter l'expérience professionnelle avant de se lancer en libéral

« Alors moi j'ai fait ça en début de carrière, pareil, j'ai travaillé en structure et parallèlement en libéral... Pardon. Ça permet d'avoir un œil différent, quand après tu passes en libéral, parce que tu as travaillé en équipe avant, justement avec tout un tas d'autres professions, qui ont un autre œil. Mais bon, finalement je suis partie aussi en libéral en totalité. » (E2P4)

2.3. L'orientation vers une activité mixte, libérale et salariée, pour bénéficier des avantages de chaque mode d'exercice

« Mais c'est vrai pour ma part, j'ai peut-être envisagé un moment donné de faire un mi-temps à l'hôpital et un mi-temps en libéral, pour avoir le positif de chaque, de chaque structure. Puis bon là, finalement c'est quand même le libéral qui me plaît et qui me convient bien, mais je ne nie pas ça, pourquoi pas dans un second temps ou peut-être dans quelques années choisir ce fonctionnement-là. Je ne sais pas... » (E2P1)

2.4. Une éducation des coûts de la santé est à mener

2.4.1. Le tiers-payant ne permet pas de prendre conscience des coûts de la santé

« Je pense que c'est plutôt quelque chose de, avec les gens, les gens qui sont remboursés avec la Sécurité Sociale et les actes non remboursés. Dans la mesure où c'est remboursé, les gens viennent vous voir, y'a pas le même impact que, quand il n'y a pas de remboursement. Je pense que c'est surtout ça, c'est le problème des psychologues, des... » (E2P5)

« Des ostéos. » (E2P6)

« Ostéos, que nous, que les gens viennent voilà, de toute façon... » (E2P5)

« Oui, parce que de toute façon, c'est remboursé, effectivement. » (E2P4)

« Le jour où on ne sera plus remboursé, où s'il y a une part à leur charge, là il changera et là effectivement... Mais tant que c'est remboursé... Souvent elles donnent leur carte vitale, elles patientent et je leur dis combien ce que cela représente, mais elles s'en fichent. « Mais attendez, là c'est tant de soins, y'en a pour telle somme », elles s'en fichent. Tant qu'elles ne font pas le, le chèque. » (E2P5)

« Oui, parce que vous êtes payées directement... » (E2P4)

« Oui par la sécu. » (E2P5)

« [...], non payée directement, aussi par la sécu ? » (E2P4)

« Ça dépend des caisses. » (E2P1)

« Ah oui, sauf les caisses extérieures. » (E2P5)

« Ouais, nous on a peu de tiers-payant, mais y'en a quand même. » (E2P1)

2.4.2. Une éducation du coût de la santé par l'uniformisation du paiement des soins

« C'est vrai que certaines caisses, moi, j'essaie de les faire sautées, si on n'a plus le chèque, pour que les gens fassent le chèque et qu'ils se rendent compte de la valeur, quitte à ce que j'attende de l'encaisser mais... » (E2P1)

« Moi, je serais assez pour ça, ouais. De leur faire, faire le chèque quand même. » (E2P6)

« Mais pour certains vous leur demandez de faire le chèque, y'en a qui ne veulent pas. » (E2P1)

« Vous ne travaillez pas avec les mutuelles, avec les conventions ? » (E2P4)

« Bah, si certaines, mais je ne sais pas pourquoi, certaines mutuelles, notre logiciel les prend automatiquement et donc les patients n'ont pas à avancer les soins et je trouve ça dommage. » (E2P1)

« Moi je fais régler. » (E2P4)

« Ouais c'est bien. » (E2P1)

« Et les gens sont remboursés, soixante pour cent par la caisse, quarante pour cent par leur mutuelle. » (E2P4)

« Nous c'est l'hôpital. C'est voilà, l'hôpital, elles donnent leur carte vitale, et voilà, si elles viennent nous voir elles donnent leur carte vitale aussi, si on se démarque de l'hôpital, effectivement, elles se diront ben, nous on va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)

« Oui. » (E2P4)

« On va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)

« C'est sûr que, en même temps y'a... » (E2P4)

« Parce que en même temps vous vous démarquez déjà, parce que vous êtes, le local, est hors hôpital, donc peut-être que c'est plus, euh, je ne suis pas sûre, de ça, je ne suis pas sûre de ça, il faudrait essayer pour voir. » (E2P1)

« Non, mais les soins de maternités sont pris en charge à cent pour cent par la sécu. » (E2P3)

« Elles n'ont pas l'habitude de les payer. » (E2P5)

« Nous, les soins ne sont pas pris à cent pour cent. » (E2P3)

« A non, c'est du tiers-payant avec la carte, voilà. Une patiente, une patiente qui... » (E2P5)

« C'est une question de taxation. » (E2P6)

« Oui voilà. » (E2P5)

« Nous, on a juste les ALD finalement qui sont pris à cent pour cent, les CMU, les choses comme ça... » (E2P4)

« Voilà. » (E2P5)

« Les CMU, les ALD, etc. » (E2P3)

« Ah oui, je n'avais pas compris ça. Oui, oui je ne les fais pas payer. » (E2P1)

« Mais les autres qui ne sont pas à cent pour cent en maternité, elles, on les fait régler. » (E2P5)

« Ah ouais, alors y'a pas de solution pour les cent pour cent pas... » (E2P1)

« Non, finalement c'est pour leur faire prendre conscience du coût de la santé. » (E2P6)

« Oui du coût. » (E2P5)

« Enfin moi, j'aurais tendance à les faire payer pour qu'elles s'en rendent compte. » (E2P6)

« Oui. » (E2P5)

« C'est-à-dire que, si elles ne viennent pas à une consultation, ben, elles s'en foutent quoi. De toute façon, jamais, elles paient, enfin jamais, on leur demande un chèque. Bah oui, mais ça coûte quand même ça. » (E2P6)

« Normalement, ils reçoivent quand même après, le décompte. » (E2P4)

« Oui. Oui, tout à fait. » (E2P6)

« Je ne suis pas sûre s'ils le regardent. » (E2P4)

« On le range le papier ou on le met à la poubelle et point. » (E2P4)

« Ne serait-ce même pour les dépassements, elles nous appellent nous, par exemple, pour les suites de couches en nous disant : « est-ce que vous ne pourriez pas venir peser le bébé le dimanche ? ». « Ah, dimanche... », bon ben, ouais, mais y'a quand même un surcoût du dimanche, un surcoût de, ben y'a le déplacement, y'a ceci, alors qu'elles vont faire leurs courses, donc elles pourraient aussi se déplacer au cabinet le lundi, finalement plutôt que de nous faire nous déplacer. Et je pense que si on les faisait payer elles se rendraient compte du coût, même si de toute façon elles sont prises en charge à cent pour cent. Mais, je pense que sur la prise de conscience, on a à travailler là-dessus. » (E2P6)

« Tous les psy disent quand même que c'est très mauvais que les gens ne paient pas. » (E2P4)

3. Les attentes concernant une MSP

3.1. Le travail des praticiens nécessite une collaboration mutuelle

3.1.1. Les professionnels les plus indispensables sont les infirmières

« Et pourquoi pas infirmière. » (E2P1)

« Infirmières, c'est très important aussi, » (E2P2)

« Pour nous, les sages-femmes c'est aussi, les médecins généralistes, et les gynécos. Mais pourquoi pas kiné aussi. » (E2P4)

3.1.1.1. Parce qu'elles font le lien entre le malade et le professionnel de santé

« pour moi ce qui est le plus proche » (E2P2)
« puisqu'elles sont en contact direct des les patients et c'est elles qui parfois... Moi, c'est des infirmières, qui m'appellent pour me dire : « voilà je suis allée à domicile et cette personne, elle nécessite de soins ». » (E2P2)

3.1.2. La collaboration avec les médecins est aussi importante, surtout les généralistes, puis les dentistes et les gynécologues

« Avec quels professionnels ? Pour moi ce qui est le plus proche : c'est kiné, ostéo, médecin généraliste pourquoi pas, médecin du sport pourquoi pas. » (E2P2)

« Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure. » (E2P1)

« Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure. » (E2P2)

3.1.3. Aucune catégorie de professionnel de santé en libéral n'est exclue au sein de la maison de santé pluridisciplinaire

« Donc, moi je pense que chacun a sa place. Même un diététicien, je veux dire, alors c'est peut-être pas paramédical ou médical, mais dans la prise en charge des patients diabétiques, et ben, dans le réseau y'a les podologues, y'a les médecins généralistes, ben y'a aussi, y'a des endocrinos, et puis, et puis, y'a l'éducation aussi, par les diététiciennes, les manières de manger, de s'alimenter, comment... »

3.1.4. La présence des professionnels ayant une activité majoritairement au domicile pourrait se faire sous forme de vacation dans la MSP

« Une forme de... Parce que y'être toute la journée... Nous, on fait pas mal de domicile, donc, c'est vrai que, nous le cabinet, on n'y est pas, après, je ne sais pas, faut voir, voilà sous quelle forme financièrement est-il plus intéressant pour nous de dire, bon ben, voir ponctuellement, qu'est-ce qui est libre ? » (E2P6)

3.1.5. Les jeunes étudiants ne sont pas exclus mais plutôt sollicités

3.1.5.1. Parce qu'ils permettent de reconsidérer sa prise en charge et d'actualiser les pratiques

« Nous, on prend les étudiantes, les étudiants y'a de plus en plus d'hommes sages-femmes. Les étudiants, non, non, au contraire, je trouve ça très intéressant parce que cela nous permet, nous aussi de nous remettre en cause, quand on est sorti de l'école y'a vingt ans. Ben ça évolue. Je trouve qu'en libéral, comme on est un petit peu en dehors de, je dirais, de tout ce qui peut se dire, des protocoles hospitaliers, enfin donc, je pense que les étudiants, nous permettent aussi, ben d'être un peu aussi à la hauteur. Moi je trouve ça très intéressant. » (E2P6)

« et d'avoir de nouveaux points de vues, les nouvelles études, nous, on n'a pas pris le temps de lire telle ou telle chose, de voir aussi que, les enseignements, les enseignements évoluent, changent » (E2P1)

« Nous aussi on est sollicité et au contraire. Non, c'est très intéressant, enrichissant d'apporter sa connaissance » (E2P1)

3.1.5.2. Parce qu'ils permettent de partager des projets de recherche

« Bon puis c'est intéressant aussi parce que c'est vrai parfois, on aide aussi à des sujets de mémoire, ben comme vous, donc on élabore, enfin elles élaborent des tests. Nous, y'a beaucoup de femmes, enfin y'a des hommes maintenant en orthophonie. Donc c'est intéressant, oui. C'est sûr. » (E2P4)

3.1.5.3. Parce qu'ils sont l'occasion d'échanger et partager la pratique professionnelle

« et puis aussi de faire partager, parce qu'il y a également des médecins, des internes qui nous appellent pour venir une ou deux journées et ça c'est aussi très intéressant de, ben de communiquer, ben de voir nous sur le terrain, nous, ce qu'on peut faire, sur quoi on peut intervenir. Et là encore on échange quoi, entre professionnels. C'est très enrichissant. » (E2P1)

3.1.5.4. Parce qu'ils permettent de se faire reconnaître en tant que professionnel à part entière

« Nous aussi, on a un médecin qui nous a sollicité, un jeune médecin là, qui va venir passer une semaine avec nous, fin août, moi j'étais très surprise et j'ai trouvé ça super. » (E2P6)

« Ouais, c'est bien. » (E2P1)

« C'est bien qu'un médecin accepte, enfin accepte de demander à une sage-femme, qu'on lui explique des choses, c'est ouf ! Ça fait du bien de voir que, que l'on est reconnue. » (E2P6)

« C'est vrai. » (E2P5)

3.1.5.5. Même s'il faut du temps à leur consacrer

« Ah moi, j'en ai eu des stagiaires. J'ai abandonné maintenant. » (E2P4)

« Moi j'ai un peu abandonné là ces dernières années, parce que je trouve que si on veut bien le faire ça demande beaucoup de temps. » (E2P4)

« Parce qu'effectivement on voit le patient, on explique un peu pendant que le patient est là, mais on ne peut pas, s'étendre trop. Il faut reprendre après, enfin si le stagiaire est intéressé, c'est sûr, mais faut reprendre après, à la fin de journée, dire voilà : « on a fait ça parce que, qu'est-ce que tu en penses ? », etc. Donc il faut compter au moins encore une heure après... Mais c'est bien. » (E2P4)

« Nous, on a l'avantage du transport entre chaque patiente, donc... » (E2P6)

« On peut papoter entre deux patientes. » (E2P5)

3.1.6. Le nombre de professionnels dans la MSP est difficilement chiffrable

« Pour moi, je pense qu'il faut que cela reste quand même à taille humaine, c'est-à-dire : cinq, six. Enfin je vois mal une maison avec dix ou douze praticiens, quoi. » (E2P4)

« [...], ils sont nombreux. » (E2P6)

« Ah ils sont très nombreux ? » (E2P4)

« Ah ouais, je crois qu'ils sont cinq généralistes maintenant, plus une psychologue, une diététicienne, y'a deux kinés, une, un podologue, une orthophoniste, une orthophoniste, voire deux... » (E2P6)

« Deux. » (E2P4)

« Deux orthophonistes, il me semble, je pense qu'ils sont assez nombreux, qu'ils sont une bonne petite quinzaine, j'aurais dit là comme ça. » (E2P6)

« Ah ! Une douzaine. Mais, euh, enfin, là je parle en tant que patiente. Moi, je trouve que cela à l'air, cela ne fait pas le gros truc, quoi. Ça fait pas gros, enfin oui. L'avantage en tant que patient, c'est qu'effectivement d'avoir plusieurs médecins généralistes, c'est que en cas d'urgence, y'en toujours un. » (E2P6)

« Toujours un disponible. » (E2P4)

« Ils sont, en plus en réseau dans leur truc, donc c'est pas mal. Maintenant, je trouve que cela ne fait pas usine pour autant. Je ne trouve pas moi, personnellement, je ne trouve pas. Ça ne me choque pas, en tout cas. Et je pense qu'il doit y avoir comme ça des échanges comme ça de bureaux, j'ai l'impression, ça peut être aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait douze bureaux quand même. » (E2P6)

« Je crois que mes collègues ne fonctionnent pas à temps complet donc, donc partagent... » (E2P4)

3.1.6.1. Sans pour autant être trop nombreux, car il faudrait gérer l'intendance, l'administration

« C'est vrai aussi que plus on est, plus c'est peut-être difficile à gérer, d'un autre point. » (E2P4)

« Oui, peut-être. » (E2P6)

3.2. L'organisation globale de travail au sein de la MSP serait peu différente de celle du regroupement simple mais présente une collaboration plus étroite

3.2.1. Avec un exercice libre pour chacun des professionnels

« Pour ma part ce serait chacun quand même indépendant » (E2P1)

« Mais après on reste en libéral, et là c'est plus, un travail indépendant, » (E2P1)

« Mais chacun gardant sa propre clientèle, indépendance, patientèle. » (E2P4)

3.2.2. La MSP met à disposition d'un espace commun à partager, mais dont on pourrait prévoir toutes les configurations selon les besoins

« je veux dire que tout est envisageable » (E2P2)

3.2.2.1. La nécessité d'une salle commune centrale dans la MSP pour des échanges et des bureaux autour

« Ouais, que si on se croisait dans une salle commune, de détente, où là, on échangerait encore plus facilement. C'est certain. » (E2P1)

« mais avec une zone au moins commune peut-être le secrétariat et une zone commune de détente pour s'échanger. » (E2P1)

« mais avec plus des zones communes d'échanges. » (E2P1)

« Et puis après en arrière, en arrière-plan, ben voilà, une salle, pourquoi pas une salle de réunion » (E2P2)

3.2.2.2. La nécessité d'un espace central d'accueil et en périphérie les bureaux de travail

« Ben un peu comme ici en fait » (E2P3)

« Oui comme ici, une sorte de sphère, ou je ne sais pas une sphère avec un, un accueil central, et des pièces tout autour, je pense, je ne sais pas moi. » (E2P1)

« mais, avec en même temps un îlot central, quelques choses d'articulés autour de... Moi je la vois comme ça. » (E2P2)

« Ben ici, c'est ce qu'il y a. Il y a une salle d'attente, vous avez une petite salle d'urgence, et puis, les bureaux sont en éventail autour apparemment, hein ? » (E2P4)

3.2.2.3. La MSP peut aussi présenter des salles privées comme des salles d'attente pour chaque patientèle des professionnels

« Moi, j'aurais fait quelque chose de carrée, alors je vois ça très cubique. Avec des pièces de consultation qui soient de surfaces identiques pour chacun des, identiques, enfin adaptées à chaque profession. Mais, qu'on ne passe pas du huit mètres carrés aux cinquante mètres carrés. Pourquoi pas une salle d'attente qui soit attenante, à ces pièces-là et qui ne soit pas forcément commune, que les patients par exemple, de certains praticiens soient, enfin soient dans une pièce attenante à la salle de consultation de la personne qu'ils vont voir. » (E2P2)

3.2.2.4. Une salle de garde serait éventuellement pensée

« Pourquoi pas, même s'il y a des professions qui, qui sont de garde, enfin des professionnels de garde, comme les médecins, pourquoi pas, avoir une salle de repos, aussi, [...] » (E2P2)

3.2.2.5. Une cuisine

« une petite cuisine. » (E2P2)

3.2.2.6. Les locaux d'examen peuvent aussi être partagés, dans la semaine

« Parce qu'on peut aussi être plusieurs professionnels dans une même pièce puis et s'organiser, enfin après il existe des cabinets comme ça, où par exemple, les infirmières l'utilisent de tel, de tel jour à tel jour, et puis un autre moment cela peut être une autre profession, si au niveau du matériel cela ne pose pas de soucis. Moi, je vois par exemple un suivi de, de grossesse, à part une table d'examen... » (E2P6)

« Qui peut être la même que la nôtre. » (E2P1)

« Qui peut être la même, voilà c'est ça, c'est... Autant pour la rééducation périnéale, on a besoin plus de matériels. Mais des consultations prénatales, des consultations d'allaitement... » (E2P6)

« Oui, postnatales. » (E2P5)

« Des consultations postnatales, on n'a pas besoin d'un, on peut partager aussi, un local, donc cela peut être aussi sous forme de... Pourquoi pas. » (E2P6)

« Dans ce cas-là, un local d'examen, parce qu'on a quand même chacun, son petit bazar... » (E2P4)

« Oui, oui bien sûr. » (E2P6)

« Donc un local d'examen. » (E2P4)

« Et peut-être aussi qu'effectivement y'a un roulement, comme vous le disiez. Peut-être que certains médecins sont en visite pendant que les autres sont en consultation, des choses comme ça ? » (E2P4)

« Chacun a son cabinet. » (E2P4)

« Chacun a son cabinet, c'est les autres... » (E2P6)

« Entre la diététicienne et la psychologue, je crois que y'a quelque chose comme ça. » (E2P6)

3.2.2.7. Un accès facile, pour tout usager de soin est à prévoir

« Puis c'est dans l'ère du temps, toute façon maintenant les gens, enfin, ils ont besoin de se faciliter la vie, et, ils iront plus facilement dans un endroit où y'a tout, que d'aller courir à droite chez l'un, à gauche chez l'autre. C'est des questions de facilité pour eux. » (E2P2)

« Voilà. » (E2P2)

« Moi je parlais de la mixité, qu'il y ait plusieurs professions. Le fait d'avoir sur place plusieurs professions différentes. Euh, voilà question de facilité quoi, je vais chez mon médecin, je vais chez mon kiné, c'est la même adresse, je ne m'embête pas. Euh même moi, j'ai travaillé dans des groupements comme ça, des, des femmes, qui prenaient rendez-vous, alors, leur enfant était en kiné, en kiné, et pendant ce temps-là, elles prenaient rendez-vous, ben chez la pédicure quoi. Clairement voilà, ils faisaient d'une pierre deux coup, parce que ça tombait à pouvoir s'arranger comme ça, mais voilà. » (E2P2)

« parce que c'est une solution toujours, une solution de facilité quoi. » (E2P2)

3.2.2.7.1. L'accès handicapé doit être envisagé

« Puis y'a un côté accès qui est vachement important aussi, très important. » (E2P2)

« Ça, c'est vrai. » (E2P4)

« Pour certains d'entre nous, avec, avec les lois-là, pour l'adaptation pour personnes handicapées, il y a beaucoup de personnes qui vont se retrouver, ouais, un peu le bec dans l'eau, quoi. » (E2P2)

3.2.2.7.2. Le stationnement doit être facile

« Et puis même, y'a aussi le problème du stationnement, c'est ce qu'on disait avec [...], place du Centre, c'est galère, dans les résidences du centre, c'est pas mieux. Les gens râlent. » (E2P4)

« C'est certain, on comprend » (E2P1)

« On ne peut pas stationner. En plus le jeudi, je ne travaille pas, ben vous c'est sans doute... » (E2P4)

« Moi, je fais mes domiciles les jeudis. » (E2P1)

« Moi, je ne travaille plus parce que les gens me disent : « ah, non pas le jeudi, non pas le jeudi, y'a le marché, on ne pourra pas stationner ». » (E2P4)

« Bah bien sûr. On a récupéré trois places handicapées quand même, sur la place du Centre, on s'est battu un peu avec la pharmacie et donc on a trois belles places, sur la dizaine qui reste, c'est pas mal. C'est certain que nous l'accès, c'est pas génial... » (E2P1)

3.2.2.8. Les moyens matériels et humains sont aussi partagés

3.2.2.8.1. Avec un secrétariat partagé qui oriente les patients

« Sans compter qu'il pourrait être, je ne sais pas, un secrétariat » (E2P2)

« Et ben, voilà, y'a une secrétaire, les patients, ils la connaissent, c'est la référente voilà et puis au final, ça se passe... » (E2P2)

« On rejoint ce que l'on disait tout à l'heure, un secrétariat commun, un côté administratif commun » (E2P4)

3.2.2.8.2. Avec la diminution des charges par leur répartition entre les praticiens

« Pour des questions de gestion aussi, de secrétariat, des, des questions d'intendance aussi, tout simplement, de secrétariat, d'allègement des charges, pourquoi pas, plutôt d'avoir chacun son petit secrétariat téléphonique. » (E2P2)

« Financièrement, ça a certainement des avantages, parce qu'on a moins de charges mais, après... » (E2P4)

3.2.2.9. La cession des locaux à d'autres corps de métier est possible lors de la cessation d'activité

« Non, mais même si, si les autres praticiens restent, et qu'il y a une personne qui part en retraite. Si elle n'arrive pas à céder, elle peut toujours louer à, mais à une autre... » (E2P2)

« Oui, elle trouvera quelqu'un d'autre, à s'installer. » (E2P5)

« Même à un autre professionnel de santé, pourquoi pas. » (E2P2)

3.2.2.9.1. Il serait difficile de revendre au particulier puisque la configuration de la structure est particulière pour le travail des professionnels, et donc non habitable, sauf si la structure est une structure d'habitation

« Avec, avec le, le, aussi la perspective de savoir si on part en retraite, de savoir si on arrive à recéder sa part ou si on se retrouve comme actuellement, à ne pas pouvoir vendre sa part, son cabinet. Y'a des cabinets qui ferment, personne ne suit derrière. Si c'est un magnifique cabinet, on a investi et autre, on se retrouve, voilà le bec dans l'eau. » (E2P3)

« Ben ça reste quand même un bien immobilier, non ? Comme tout bien immobilier, il a une valeur. » (E2P5)

« Il a une valeur, oui d'accord. Mais si c'est un, si c'est une maison pluridisciplinaire, on ne va pas mettre un appartement dans une pièce. » (E2P5)

« C'est sûr. Moi, j'exerce dans un appartement, donc si y'a personne qui reprend la suite, ben l'appartement, ben on le loue, on le vend, il redevient appartement. C'est pas un problème. Tandis qu'ici, c'est quand même une structure particulière, donc il faut retrouver... Bon alors l'acquéreur qui transformerait, pourrait en faire... » (E2P4)

« Oui mais là, après... » (E2P2)

« Nous, on a acheté une maison d'habitation qu'on a transformée en cabinet qui peut éventuellement redevenir maison d'habitation. Je pense qu'après c'est au départ quoi, prendre quelque chose qui soit habitation, soit... Y'a moyens de concilier les deux. » (E2P5)

3.2.3. La nécessité de mettre une place un règlement, un cadre de vie

3.2.3.1. Parce qu'il y a plusieurs voies possibles de prise en charge

« Oui mais au sein d'un regroupement, vous offrez encore plus de, vous offrez... De groupement de mêmes professions, je parle ... Vous offrez encore plus de choix. » (E2P2)

« Oui, de mêmes professions. » (E2P3)

3.2.3.2. L'évolution de la pratique doit se faire aussi par la formation continue

« Et il faut qu'ils aient le même élan de, enfin, il faut que tout le monde aille dans le même sens quoi. » (E2P2)

« Etre dans la formation, se donner le temps de se former, d'évoluer en fonction de ce qui, ce qui se fait, ce qui se développe, des nouvelles, nouvelles pratiques. Je crois que, je crois que, qu'il ne faut pas que, il ne faut pas avoir deux pôles quoi. Quelqu'un qui reste campé sur ses positions, les autres qui essaient d'avancer, je ne pense pas que ce soit, je ne crois pas que ce soit bon dans un fonctionnement de groupe quoi. » (E2P2)

3.2.3.2.1. Parce que les traitements changent et évoluent avec les connaissances

« Parce que, au bout d'un moment la communication et l'échange, elles vont être bloquées, puisqu'on n'a pas... » (E2P2)

« Non, mais moi, par exemple, je lis des certaines choses qui se passent, qui se passent en kiné, parce que moi... Oui mais, c'est voilà. Mais si je suis amenée à travailler avec, avec des kinés, et que, que je veux, je veux discuter de cette approche-là, et que je tombe en face de quelqu'un qui, qui non, a appris de cette façon-là, et ne veut pas s'ouvrir. C'est voilà, au bout d'un moment la communication, elle est rompue. » (E2P2)

3.2.3.2.2. Parce que le partage des pratiques professionnelles fait évoluer sa propre pratique

« Puis, même enfin, c'est d'être en groupe, c'est déjà beaucoup, moi je trouve, même si on exerce la même, la même profession, parce que, enfin je ne sais pas en kiné, mais nous par exemple en podolo, on a beau avoir tous le même diplôme, mais suivant les villes et les instituts dans lesquels on a été formé, ben on ne pratique pas la même podologie quoi. Et, de, moi j'ai fait beaucoup de remplacements et au cours de mes remplacements j'ai agrémenté ce que l'on m'a appris. J'ai pris d'autres formations à droite à gauche pour faire aujourd'hui. Et je sais que, ben peut-être dans trois ou quatre ans, j'aurais encore rencontré d'autres personnes, et j'aurais encore fait évoluer mon, ma prise en charge et, je pense que c'est important. » (E2P2)

3.2.3.3. La recherche du bénéfice financier ne doit pas être une priorité

« Ouais, mais, bon pour, y'a des gens qui voient aussi le regroupement médical comme la facilité d'avoir des patients, de développer une plus grande patientèle, parce que c'est ça aussi. Faut pas, faut pas se leurrer. Et puis... » (E2P2)

« On en a parlé tout à l'heure, et c'est vrai, y'a des personnes qui rejoignent des, des maisons de santé parce que, parce qu'elles bénéficient de, de l'impact des patients de, de, pour ma part par exemple, du kiné, qui va être à la porte d'à côté, donc voilà, ou, du médecin » (E2P2)

« Dans la semaine. Je laisse, j'ai un délai de cinq jours et j'attends cinq jours. Enfin j'attends une semaine finalement, je les reçois la semaine suivante, mais je ne fais pas ça dans le, toute de suite. » (E2P2)

« Et, je ne le ferais pas non plus s'il y avait... » (E2P2)

« On revient au supermarché. » (E2P4)

« C'est aussi du risque dans ces cas-là, de gens qui vont passer du kiné, à l'orthophoniste, à la pédicure, alors de midi à, ou de deux heures à quinze heures trente, alors une demie heure chez l'un, une demie heure chez l'autre... Ça fait un peu... Moi je sais que j'évite, par exemple quand on travaille, quand on a des clients, des patients communs, [...] on essaie, nous... » (E2P4)

« D'avoir un temps de pose, et... De ne pas enchaîner. » (E2P1)

« De ne pas dire [...] : « vient, j'arrive tout de suite après ». Si [...] y va le lundi, j'essaie d'y aller le mardi. » (E2P4)

« Mais le risque c'est que, s'il y avait une demande, une demande des gens qui ne sont pas au courant que, qu'il vaut mieux patienter, que tout se stabilise, quand ils ont vu l'ostéo. » (E2P4)

3.2.3.4. Parce que des conflits sont inévitables dans leurs relations entre professionnels, ces derniers doivent d'entendre

« Moi je crois qu'il faut que les gens s'entendent aussi... » (E2P2)

« Que les praticiens s'entendent, je pense. » (E2P2)

« Moi, je pense que c'est dans l'intérêt de tout, de tous à mon avis. » (E2P2)

« Voilà, pourquoi pas aussi, je pense que l'on a chacun à gagner de se, de se regrouper quoi. » (E2P2)

3.2.3.5. Pour définir le statut juridique

« Si c'est difficile, je suis plutôt pour une constitution d'une, d'une SCI, SCM. C'est plus intéressant, je pense, au niveau financier. » (E2P5)

« Je pense que de toute façon dans le cas, où ils sont propriétaires, c'est même, c'est un système d'associés quoi, vous avez des parts par rapport à, enfin voilà, je pense que si trois quart des personnes veulent refaire une salle d'attente et que cette personne-là, je pense qu'il y a possibilité aussi, il doit y avoir des pourcentages, il doit avoir des parts. Si vous avez, ouais, soixante-dix pour cent de parts qui veulent faire la salle d'attente, ben l'autre avec ses trente pour cent, bon ben... » (E2P2)

« Ben je pense au départ, il y a un contrat entre les différents associés et tout est stipulé dedans. » (E2P4)

« Après c'est... » (E2P2)

« Oui, quand on fait une société, y'a un contrat, donc... » (E2P5)

« Effectivement y'a un contrat, si y'a la majorité... » (E2P4)

3.2.3.5.1. Même s'il existe des interrogations sur les statuts juridiques

« Ouais, peut-être. Je ne connais pas trop la société, c'est vrai que... » (E2P1)

« Après, ça il faut se renseigner, parce que c'est délicat. » (E2P2)

3.2.3.6. Pour la gestion des locaux

3.2.3.6.1. Parce que les projets peuvent diverger lorsque les générations de professionnels sont d'âges différents

« Après se pose le problème, des, des différences d'âges, par exemple entre, entre les propriétaires. J'ai déjà vu ça quand j'étais remplaçante. Quand, quand certains sont en fin de carrière par exemple et qui ont envie juste de, de lever un peu le pied, de finir tranquillement sur la pente douce, et que, qu'il y a des jeunes qui, qui au contraire ont envie d'investir, de refaire les locaux, de... Moi tout ça, ça me paraît ingérable. » (E2P3)

« Ah mais ce n'est pas parce que je suis en fin de carrière, que je n'ai pas envie d'avoir un bureau bien peint et... Non, ça c'est deux genres de choses différentes, oui. » (E2P4)

« J'ai déjà vu des choses comme ça, quand même. » (E2P3)

« Non, moi je trouve qu'à chaque fois, cela remet un peu de peps, justement de changer... » (E2P4)

« Ouais, après ça dépend des caractères de chacun, quoi. Ben peut-être sous forme d'une assemblée, je ne sais pas moi, comme on peut avoir des copropriétés. » (E2P1)

« Mais comme on peut savoir aussi que les copropriétés cela peut être bien, bien lourd à gérer. » (E2P3)

« Parce que c'est pareil, financièrement c'est déductible des frais professionnels à partir du moment où on fait des travaux, donc pourquoi ? » (E2P4)

« Oui, ça fait moins de... » (E2P1)

« Moi ça ne me bloquerait pas. Ben si c'était à deux mois de mon départ, peut-être je dirais bon ben, peut-être je dirais : « écoutez faites ça, quand je ne serais plus là », mais bon. » (E2P4)

3.2.3.7. La collaboration doit être mise en avant

« Ouais un travail d'équipe. »

« Deux cents pour cent, ah oui. »

3.2.3.7.1. La coordination des soins grâce à la présence des compétences professionnelles au sein d'un même local :

« C'est sûr que, qu'est-ce que ce serait intéressant, de, de retrouver sous le même toit différents corps de métiers pour avoir, différents points de vue sur différents systèmes, pour que la personne, elle ressorte... » (E2P1)

« Bien sûr. » (E2P4)

« Beaucoup mieux, et puis vue sous différents angles. C'est certain. » (E2P1)

3.2.3.7.2. Leur proximité permet une transmission verbale des données médicales plus aisément

« Mais c'est quand même plus difficile comme communication entre paramédicaux que si c'était regroupé au sein... » (E2P4)

« Parce que parfois on a l'intention, on dit : « ah ! Il faut que j'appelle pour demander », et puis le temps passe, on fait ça, etc. [...] Alors que si on était dans le même local, c'est pratique, si on se croise c'est facile, ben à propos... » (E2P4)

« Ah oui, ce serait super... » (E2P1)

3.2.3.7.3. Ainsi qu'un dossier médical partagé

« avec, des dossiers patients qui soient communs à l'ensemble les professions qui soient là, et que l'on ne soit pas là obligé d'aller les réclamer. » (E2P2)

« un fichier peut être commun » (E2P4)

3.2.3.7.4. Par l'orientation du patient vers d'autres praticiens si les compétences sont limitées

« Oui, puis on a toujours des préférences aussi dans... Enfin, je pense que c'est comme nous, vous avez un... » (E2P4)

« Et puis c'est vrai, après on se dirige vers la voie qui nous convient nous, quoi. Puis l'on va se former et puis, on est bon dans un certain domaine et, d'où l'intérêt d'être plusieurs pour échanger, passer la main et autres. » (E2P1)

« Oh ! Et encore, moi je trouve que si on est avec des personnes avec des points de vues différents, certaines qui vont avancer sur des nouvelles techniques et d'autre qui vont être un peu plus campées pour x raisons sur, sur d'autres choses qui ne souhaitent pas forcément évoluer, si elles sont intelligentes et que tout le monde communique, je pense que cela peut fonctionner. » (E2P1)

« Oui moi, je pense, oui. » (E2P5)

« A partir du moment où y'a communication. » (E2P4)

« Oui, voilà, hum, je pense que c'est ça. » (E2P1)

« Ouais parce que c'est ça ! Du moment qu'il y a communication. » (E2P6)

« Même s'il y a désaccord » (E2P4)

« Ouais. Parce qu'on ne va pas tous se former dans la même, pathologie. Je ne vais pas me former en podologie moi et pourtant, on pourrait travailler ensemble. Tu vois ? » (E2P6)

« Une facilité d'échanges. » (E2P5)

« Et savoir que si y'a des thérapeutes qui on envie de monter ce genre de structure, je crois qu'ils sont tournés vers l'échange et le dialogue et... Et qu'à priori, ce genre de problème évoqué, une fois, que c'est bon, je pense cela peut être vite réglé. » (E2P1)

« Ah oui, on sinon je n'en vois aucun intérêt. » (E2P1)

« Le contact, l'échange, la communication entre les différents professionnels, donc, donc, oui, oui, plutôt que deux fois oui. » (E2P1)

« C'est ça, moi aussi qui m'a manqué un petit peu sur Lannion. Bon, ben j'ai trouvé une équipe de kiné, pour moi c'était important qu'on soit, euh plusieurs au moins, au niveau kiné. Mais ouais, après, ça on est, on est vraiment dans la même profession, mais après, à moi de téléphoner d'envoyer des patients. » (E2P1)

3.2.3.7.5. Cette collaboration, nécessite de définir chacune des compétences pour chaque praticien

« Peut-être déjà bien de déterminer le rôle de chacun. Enfin l'activité et les compétences de chacun, de chaque professionnel, pour essayer peut-être, de ne pas, empiéter les uns sur les autres. Euh moi je pense, clairement, l'histoire de la rééducation périnéale, toujours cette petite guerre entre les kinés et les sages-femmes. Voilà si, on venait à travailler avec des kinés, je pense qu'il faudrait d'emblée que les choses soient simplement dites, et clairement exposées, enfin pour éviter tout conflit par la suite de dire, enfin voilà. Je n'ai rien contre les kinés, j'aime bien les kinés, donc... » (E2P5)

« tout en sachant que nous avons des compétences, mais qui sont limitées, mais que, en cas de pathologie, il est évident la sage-femme ne doit pas garder une patiente avec une pathologie et travaillera, enfin en équipe avec les médecins ou obstétriciens. Moi, il me semble pour que cela

fonctionne bien, il faut que chacun sache ce que l'autre peut faire ou a le droit de faire et que... » (E2P6)
« C'est pour ça que cela doit être bien défini au départ. » (E2P4)
« Que cela doit être bien défini, parce que voilà, entre nous on peut se marcher sur les pieds... » (E2P6)
« Avec tous les statuts, avec, au départ dans la mise place de, de la collaboration, de voilà, c'est de la mise sur table... » (E2P5)
« Donc que c'est pour ça que voilà. » (E2P6)
« Des fois on a le droit de faire, des fois on n'a pas le droit de faire. »

3.2.3.7.6. Parce que certaines professions de santé ont les mêmes compétences, ce qui est source de conflits

« Vous, c'est finalement, votre profession qui, qui enfin empiète, qui se recoupe le plus avec celle des médecins... » (E2P4)
« Parce que nous, un médecin ne va pas aller faire de la kiné ou encore moins l'orthophonie. » (E2P4)
« Bah, c'est bien pour ça qu'on est « profession médicale à responsabilités limitées ». » (E2P5)
« C'est difficile. » (E2P4)
« On est le cul entre deux chaises ! On n'est pas paramédicale, mais on est médicale à responsabilités limitées. » (E2P6)
« Oui, oui. C'est vrai que ce n'est pas facile comme position. » (E2P4)

3.2.3.7.7. L'arrêt de la prise en charge de la rééducation abdomino-périnéale par les sages-femmes avec la reprise de cette activité par les kinésithérapeutes est un exemple

« Nous au départ, quand j'ai commencé en deux mille six, on avait le droit de faire de la rééducation abdominale postnatale. Puis un jour, on n'a plus eu le droit, bon ben, voilà. C'est-à-dire que nous, nous avons respecté les règles, on a dit, tans pis on n'a plus le droit de le faire, pourquoi ? Je ne sais pas ? Et puis on adresse toutes nos patientes à qui on fait de la rééducation périnéale, ben après on leur dit, « votre ordonnance non, vous allez voir un kiné ». Alors qu'on aurait très bien pu dans notre cabinet, continuer notre petit truc toute, notre petite sauce. » (E2P6)
« Comme vous faisiez avant. » (E2P1)
« Comme on le faisait avant. Mais bon voilà, au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, ben il faut, il faut que tout le monde soit clean par rapport à ça. Et la rééducation périnéale, c'est quand même aussi du domaine de la sage-femme, profession sage-femme. » (E2P6)
« Pour ma part, reprenez la, votre rééducation périnéale, abdominale, reprenez-la ! » (E2P1)
« Comme ça peut-être qu'on passera d'un délai de un mois à trois semaines. » (E2P1)
« Mais exactement, c'est ce que l'on déplore, un peu ça. » (E2P6)
« Et pourquoi vous l'a-t-on enlevée ? » (E2P4)
« On ne sait pas. » (E2P6)
« C'est comme ça, chez nous, ça arrive. » (E2P5)
« C'est plutôt curieux de faire une marche arrière. » (E2P4)
« Ah complètement, et puis on n'a pas compris. On a reçu un petit papier de la sécu disant, dorénavant les rééducations abdominales... » (E2P6)
« C'était sur les termes. C'était la sage-femme peut faire la rééducation uro-périnéale... » (E2P5)
« Mais pas... » (E2P6)
« périnéo-abdominale, c'est-à-dire abdominale non, périnéo-abdominale oui. Ça revient à... Voilà, et ça après le mot « abdominale » a disparu et... » (E2P5)
« Périnéale ? » (E2P6)
« Non, « abdominale » disparu et il nous est resté « péri », « périnée » donc... » (E2P5)
« En sachant qu'on parlait de la rémunération tout à l'heure. Donc nous on a récupéré la rééducation abdominale. C'est celle qui est le moins bien côté au niveau kiné, donc c'est vrai que, quand on voit arriver ce genre de prescription, ben on, forcément on répond à la demande mais voilà, mais faut savoir que... » (E2P1)
« Sans plaisir... » (E2P4)
« Nous ça, ne nous intéressait pas qu'elle vous soit enlevée quoi, ben ouais. » (E2P1)
« Non, mais c'est l'occasion de... » (E2P1)
« C'est l'occasion des explications, ouais. Et puis nous, on n'a pas compris. » (E2P6)
« Et puis nous non plus. » (E2P1)

« C'est comme ça. » (E2P6)

3.2.3.7.8. Cette collaboration peut être sous forme de délégation de tâches

« Non, mais voilà, par exemple, avec les gynécos et nous, ben ce serait un peu du même ordre ou avec les médecins généralistes, la consultation prénatale. Si la patiente va bien et que le médecin obstétricien ou généraliste est complètement débordé et qu'il finit à vingt-et-une heure le soir, et que la sage-femme peut faire des consultations prénatales. Ben bon, pourquoi pas se répartir le travail » (E2P6)

3.3. Toutes les possibilités d'aides sont les biens venues

« Ben, si on peut être aidée, ben bien sûr. » (E2P1)

3.3.1. Cependant des interrogations se posent sur les aides extérieures de financement de la MSP

« Par qui ? J'ai un peu peur. » (E2P1)

3.3.2. Le financement individuel plutôt au prorata de l'espace utilisé et au temps de travail

« Mais c'est voir au niveau de la superficie, si on a des salles qui nous sont destinées, ben peut-être essayer de voir le coût global, et diviser en fonction de la superficie au sol, et l'espace commun le diviser en fonction du nombre de personnes. Ça me paraît logique, de fonctionner comme ça parce que s'il y en a qui travaillent à mi-temps, d'autres à plein temps, ben on peut recommencer à diviser, ouais, non, pour moi ce serait en fonction de la superficie au sol. » (E2P1)

« Euh ben, si. » (E2P1)

« Oui, dans ce cas la oui, dans ce cas-là on est propriétaire, parce que... » (E2P4)

« Ah oui, je n'avais pas pensé. » (E2P1)

« C'est qu'il y a aussi possibilité de location. » (E2P4)

« Ouais, ça ferait... Oui, faudrait voir les charges. Oui mais là en même temps, je suis en location, actuellement donc... » (E2P1)

« C'est ce qui arrive dans certaines villes, parce que c'est vrai que certaines villes créent une maison médicale entre guillemets et/ou paramédicale et loue aux praticiens. » (E2P4)

« Ben oui, c'est ce que... Là, je loue en même temps les locaux, ou alors pareil, diviser la location au prorata de, de la surface utilisée. » (E2P1)

3.3.3. Les professionnels doivent participer au projet de construction pour que la structure ait une fonction pratique au quotidien

« Oui, mais moi je vois, c'est... Oui, ils n'ont pas peur de monter des groupements avec des bureaux du mètre carré. » (E2P2)

« Ça c'est sûr que... » (E2P1)

« Mais ils ne trouvent personne. » (E2P2)

« C'est trop vite. » (E2P6)

« Non, même un médecin... » (E2P4)

« Mais oui ! » (E2P2)

« Même un médecin, pour avoir son cabinet, sa place dans une MSP... » (E2P4)

« Moi aussi sous réserve de l'espace qui est, enfin j'ai besoin d'une certaine surface de travail. J'ai eu par exemple des, par exemple, pourquoi, je n'ai pas racheté un cabinet de groupe, parce que moi, le seul cabinet que j'ai vu en groupe, bah c'était une pièce de douze mètres carrés, et que c'est clairement pas possible, enfin pour ma part de travailler dans douze mètres carrés. Pour moi, ce serait la seule, hormis avec les personnes, avec lesquelles bien sûr je rentre, je rentre dans la maison, mais c'est ce qui ce serait vraiment l'espace de travail, quoi. » (E2P2)

« C'est vrai que, moi j'ai quitté une association... » (E2P4)

« C'est important. » (E2P2)

« Bon je m'entendais bien, parce que c'était un délire, quand j'avais une rééducation pour la voix, et puis pour des trucs pour lesquels les patients s'allongent, il fallait que je pousse le bureau, que, enfin c'était vraiment... C'était trop petit, c'était pas faisable quoi. Mais ça, je pense que, dans la mesure où c'est construit... Puis en général ce qui se construit actuellement, quand même respecte des normes justement. » (E2P4)

« Dans les milieux, comme Lannion où y'a encore un peu de place, oui. Après dans des grandes villes, c'est compliqué, quoi. » (E2P2)

« Ouais, c'est plus compliqué pour certains... » (E2P1)

3.3.4. Les aides financières publiques sont à solliciter

3.3.4.1. En particulier l'aide de la municipalité

« Ben, non je crois qu'ils ont fonctionné comme ça, la maison médicale de [...]. Je crois que c'est la maison qui a mis à disposition un terrain, plus, plus a construit avec l'accord des différents thérapeutes, a construit le bâtiment, et après c'est sous forme de location aujourd'hui. Et ça a bien fonctionné, euh je ne sais pas, si ça a bien fonctionné, mais les locaux d'extérieur et d'intérieur, c'est plutôt sympa. Après, je ne sais pas, comment cela se passe aujourd'hui. Mais ouais, c'était, moi je trouvais que c'était plutôt une bonne idée, que la Mairie participe à ce projet-là. » (E2P1)

« Là apparemment, c'est pareil sur [...]. C'est le maire qui met à disposition le terrain, qui avec les professions qui sont susceptibles d'y venir, à envisager justement la forme etc. Et après ce sera loué à chacun. » (E2P4)

3.4. Les réserves de l'exercice dans la MSP

3.4.1. Concernant le patient

3.4.1.1. Un défaut pour les patients dans le libre choix du praticien

3.4.1.1.1. A cause du besoin de consulter un professionnel facilement à proximité immédiate

« Les gens, ils vont sortir, vont voir la plaque de, vont chez la gynéco, ils voient la plaque de la sage-femme, bon je vais aller faire mon accouchement à coté de ma gynéco. » (E2P2)

3.4.1.1.2. Mais aussi à cause du besoin de consulter un professionnel facilement informé de la maladie du patient, par le fait que la transmission des données médicales soit plus aisée entre les praticiens au sein d'une MSP

« Et puis en plus de ça, ils partent du principe que vous travaillez avec les gens avec qui vous partagez, votre espace de travail, quoi, donc ils ne se posent pas la question. » (E2P2)

3.4.1.2. Bien qu'en fait le patient conserve toujours leur choix de praticien

« Et puis même vos patients, ils ont des préférences, je pense. Voilà, parce que, pour les patients aussi, d'avoir le choix de son praticien, c'est quand même, la chose, la plus, la plus importante. » (E2P2)

« Mais là, à la limite, bon, ils vont là où ils veulent. » (E2P4)

« Oui mais, justement ils ont le choix. » (E2P3)

« Oui, ils ont, le choix » (E2P4)

« Moi je ne sais pas moi, ce n'est pas parce que j'accrocherais avec le kiné, par exemple, que j'accrocherais avec une autre profession paramédicale, donc que je pourrais très bien aller voir quelqu'un d'autre ailleurs. Je ne pense pas que, cela m'influence quoi. » (E2P4)

« Je ne pense pas non plus. Non. » (E2P5)

« Si j'ai eu de bons échos ou si la personne, je ne sais pas, moi... » (E2P4)

3.4.1.3. Le manque de suivi personnalisé et global par un seul praticien

« Moi, je ne suis pas certaine parce que, mais bon. J'ai une patiente qui est venue, qui venait de [...]. Donc moi, je suis sur [...], donc j'étais un peu surprise mais bon, c'est comme ça... Et son critère, c'était, elle voulait être avec quelqu'un qui travaille seul. C'était son critère, parce qu'elle ne veut pas, passer de... » (E2P3)

« Passer de l'un à l'autre. » (E2P6)

« Avoir plusieurs kinés et donc elle a cherché dans la liste clairement une femme qui travaille seule, voilà. Donc y'a aussi des gens, quelques uns comme ça, sans doute. » (E2P3)

Grille d'analyse transversale du 1^{er} entretien et du 2^e entretien

1. Le ressenti de la pratique actuelle de l'exercice libéral

1.1. Cette pratique libérale est mise en avant car elle a l'intérêt d'une certaine liberté, d'une autonomie
« mais du coup aussi un peu indépendante dans sa façon, dans sa façon d'exercer » (E1I2)
« Mais ces praticiens, tu disais, ils étaient dépendants aussi » (E1I4)
« c'est quand même une certaine autonomie » (E2P6)

1.1.1. Même s'il existe une gêne dans l'exercice de la médecine générale liée à une ambivalence du généraliste, tourné à la fois vers l'écoute et la recherche d'un profit financier
« avec la notion de médecin traitant, ça c'est quand même, enfin moi, je dirais que ça s'est pas mal amélioré » (E1I4)
« Moi je parlais plus du loisir, d'une vision générale de la médecine en gros, le médecin humaniste ou » (E1I4)
« médecin tiroir-caisse... » (E1I4)
« Tiroir-caisse, ouais » (E1I4)

1.1.2. Il n'y a pas de lien de subordination ou de hiérarchie entre professionnels
« Alors moi j'ai commencé, en deux mille six seulement. Cela ne fait pas très longtemps, j'ai fait avant quinze ans d'hôpital. Moi je trouve que l'avantage du libéral, [...], par rapport à tout ce qui est institution, où il y a toujours la hiérarchie, etc. » (E2P6)
« [...] avec la pression des hiérarchies, bon ben voilà. C'est pour ça que cela n'a pas de prix. » (E2P5)

1.1.2.1. Même s'il faut répondre à la demande du prescripteur
« Et on ne rend des comptes qu'à... » (E2P1)
« A personne. » (E2P5)
« A nous même, quelque part quand même au prescripteur, à nous [...] C'est vrai qu'on n'a, on n'a pas de compte à rendre à une hiérarchie. On a des comptes à rendre au prescripteur quand même mais, on n'a peut-être pas ce poids-là qu'on a en institution » (E2P1)

1.1.3. Le temps de travail est organisé selon le souhait du professionnel de santé
« Oui mais, y'a une liberté de travail qu'on n'a pas avec l'hôpital... » (E2P5)
« Ouais c'est pour ça qu'on est en libéral, et de se dire : « oh bah tiens, là je veux absolument assister à telle chose » et tout ça. On se bloque vraiment, peu importe en milieu d'après-midi et on y va. Et ... » (E2P1)
« Ça c'est intéressant. » (E2P5)
« Dans la mesure où on n'a souvent pas, enfin on n'a pas tout le temps la prescriptance, on a une liberté de travail qui est assez grande. Je ne me reverrais pas repartir travailler à l'hôpital. J'aurais énormément de mal à rester douze heures, à travailler à l'hôpital. » (E2P5)
« c'est être libre aussi de pouvoir un minimum choisir ses horaires, ses conditions de travail » (E1I3)
« Le médecin peut aussi choisir de faire des consultations avec rendez-vous ou sans rendez-vous » (E1I6)
« Et puis t'en as, qui vont pas bosser tous les jours, bosser, avoir des horaires » (E1I4)
« Pour être passée en SASPAS, où y'avait des cabinets où on était comme à plusieurs, je pense qu'il y a moyens quand on est justement avec des médecins avec qui on s'entend bien, avec qui on a su créer une organisation où chacun se respecte, je pense qu'il y a moyens de, d'avoir une organisation qui convienne à chacun » (E1I3)
« Soit ils sont d'accord pour voir tout le monde et, terminer à vingt-deux heures du soir, voilà. Soit euh, soit effectivement, on pose des horaires en disant : « ben moi, je ne travaille pas, là je m'arrête ». Et puis, je pense que ça dépend de chaque médecin. [...] il suffit de savoir s'organiser de savoir ce qu'on veut » (E1I7)

1.1.4. Les champ d'activités en médecine générale sont multiples et variés, avec un rôle central du médecin dans la prise en charge du patient
« renouveler et constater » (E1I7)
« orienter » (E1I7)
« envoyer les gens vers des spécialistes » (E1I7)
« le lien entre tous les spécialistes » (E1I7)
« faire le débrouillage » (E1I7)
« Il assure le suivi » (E1I7)

1.1.4.1. Mais ils sont aussi limités
« que l'on ne peut pas en général, pas faire grand-chose » (E1I7)

1.1.4.2. Le médecin généraliste choisit son mode d'exercice, entre une pratique isolée et le regroupement

1.1.4.2.1. L'exercice traditionnel solitaire du médecin généraliste est plutôt masculin en milieu rural

« j'ai une impression de, qu'il est isolé quand même » (E1I2)

« c'est une personne isolée » (E1I2)

« Et puis, pendant six mois, euh, il ne va jamais remettre en question son, sa pratique ou il ne va jamais être, ouais, il ne va jamais exposer sa pratique devant d'autres personnes » (E1I2)

« T'as vraiment, ceux qui vont être, souvent, des hommes, qui vont être un peu éloignés des villes, et qui vont avoir ce genre de pratique » (E1I4)

1.1.4.2.1.1. Il s'oppose à celui qui est en groupe

« arriver à bosser en groupe, à avoir pleins de liens, de liens avec différents acteurs de santé » (E1I4)

1.1.4.2.2. Cependant certaines formes d'exercice seul ne s'opposent pas au partage de la pratique

« On peut très bien être généraliste sans être isolé » (E1I3)

« Effectivement si on veut une secrétaire, ben, c'est quand même plus simple de se regrouper, pour pouvoir la payer. Et mais, c'est vrai, c'est un cas plus facile, parce qu'on n'a pas tous les courriers à scanner ou à enregistrer. Enfin, ça fait gagner pas mal de temps » (E1I7)

1.1.4.3. Cette liberté d'exercice libéral est défendue et attire les jeunes médecins dans la profession
« C'est ça qui est bien, c'est qu'on a ce choix-là aussi » (E1I3)

1.2. Les conditions d'exercice actuel de la médecine générale en libéral sont correctes

« les conditions, les médecins généralistes, ils les font » (E1I7)

« Les conditions ne sont pas mauvaises »

« Enfin j'trouve, ouais, je trouvais que c'était pas trop mal organisé » (E1I4)

1.3. La relation praticien - malade en libéral

1.3.1. C'est une relation de confiance particulière par le suivi personnalisé du patient

« même et c'est une relation patient - thérapeute très forte quoi. » (E2P6)

« Le travail en libéral, je trouve que c'est aussi un contact avec les patientes qui pour moi, est différente, est différent de ce que j'avais à l'hôpital. » (E2P6)

« Mes collègues qui sont en structure me disent que c'est très frustrant aussi, parce qu'elles vont voir un patient pendant un mois par exemple, et puis après ben, il rentre chez lui. Elles ne savent pas du tout ce qu'il est devenu. Et elles sont très contentes quand on donne des nouvelles : « oh tiens j'ai vu monsieur » un tel, il se passe ceci, il se passe cela... ». Parce que c'est vrai c'est une relation courte en général en structure, que cela soit sur l'hôpital, bon, si sur les CMPEA où les choses plus comme ça, c'est vrai qu'elles les suivent beaucoup plus longtemps. Mais... » (E2P4)

1.3.2. Le médecin généraliste est le premier interrogé pour les questions de santé des patients et leurs questions personnelles

« c'est celui que les gens vont voir en premier » (E1I7)

« un peu pour tout et n'importe quoi » (E1I7)

« renouveler un traitement » (E1I7)

« pour parler de leurs problèmes » (E1I7)

« On pourra lui poser des questions » (E1I7)

1.4. La rémunération à l'acte des professionnels libéraux, diminue

1.4.1. Cette rémunération évolue peu avec le coût de la vie

« Bah, on parlait tout à l'heure de ne pas avoir été augmentée depuis bien longtemps ! » (E2P4)

« Je crois que c'est général, puisqu'on dépend un peu près toutes de... Quand il y a, quand les infirmières sont augmentées, en général, les autres suivent. » (E2P4)

« Ben nous les kinés, je crois que la dernière augmentation date de quatre-vingt-dix-huit. » (E2P3)

« J'ai vu une étude là, dans le *kiné actualité*, le pouvoir d'achat des kinés avait diminué de neuf pour cent depuis un an, quoi, donc... Sur une même... Bah, il faut travailler plus si on veut garder la même rémunération. » (E2P1)

« Nous, on fait beaucoup de, beaucoup de route et les frais de route sont restés les mêmes depuis au moins deux mille, et le gasoil n'est pas au même prix... Et dans le planning pour aller les voir il faut au moins une heure par patiente pour aller les voir et dont le plein d'essence. » (E2P5)

1.4.2. Les frais de fonctionnement augmentent au fil des années

« Alors, moi je n'ai pas de problème parce que, les actes, ici voilà, y'a pas de, c'est pas remboursé, alors on applique les honoraires qu'on souhaite en fait. Hormis pour les patients diabétiques mais sinon, en podologie, il y a une base de remboursement qui est minime et, et ensuite après en fait, c'est que, finalement c'est que du dépassement quoi. » (E2P2)

« Mais malgré tout, comme, quand on débute, on est sur des forfaits. » (E2P2)

« Euh par rapport, le calcul des charges sont faits aux forfaits finalement. » (E2P2)

« Mais je sais par contre, au niveau des charges, moi, je me retrouve avec énormément de charges. » (E2P2)

« Dans ma vie privée, ce n'est pas un manque de temps, on va dire, c'est au niveau du salaire finalement voilà. » (E2P2)

« Les charges, moi aujourd'hui par exemple, représentent pour moi, cinquante six pour cent de ce que je gagne là. Donc finalement je redonne plus que ce que... » (E2P2)

« Moi aussi elles représentent cinquante pour cent. Je pense que pour tout le monde c'est un peu près pareil. » (E2P4)

« Entre cinquante et cinquante cinq. Tout le temps. » (E2P1)

« Dans ma vie privée, ce n'est pas un manque de temps, on va dire, c'est au niveau du salaire finalement voilà. » (E2P2)

1.4.3. Le paiement à l'acte est gênant parce qu'il n'a pas été réévalué

« Les actes, enfin la consultation a été revisitée. Les actes, c'est vrai ça fait longtemps, je crois, qu'ils n'ont pas été revisités, » (E1I7)

« C'est vrai c'est toujours gênant, de passer trois quarts d'heure avec un diabétique pour faire de, de l'éducation ou, ou avec quelqu'un qui a une pathologie un petit peu, avec des traitements un peu compliqués, où il faut prendre du temps et, et être payer de la même façon que passer cinq minutes avec quelqu'un de jeune qui a une angine, quoi. C'est toujours un peu gênant. » (E1I3)

« Ce qui posent de sérieux problèmes sur la gestion des patientes qui habitent à, trente, trente cinq kilomètres de Lannion. » (E2P5)

1.4.4. Cette rémunération à la baisse est remise en question et joue en faveur d'une rémunération forfaitaire

« c'est au niveau du salaire finalement voilà. Aujourd'hui jeune installée, podologue à Lannion, euh je pense que si j'étais salariée au SMIC, dans n'importe quelle entreprise je m'en sorterais mieux quoi. » (E2P2)

1.4.5. Elle reste la représentation dominante de la rémunération du médecin

« Ouais, il n'est pas trop mal. [...] mais bon. La consultation à l'acte, c'est pas si mal » (E1I7)

« Moi, je trouve qu'effectivement là, là pour ce qui en est de la rémunération, je trouve que les médecins généralistes ne sont pas à plaindre » (E1I2)

« après, je ne vois pas trop comment on pourrait faire autrement. Forfaitaire ? » (E1I7)

« Après, après c'est vrai que je n'ai pas trop réfléchi à quelle alternative on pourrait trouver. » (E1I3)

1.4.6. Mais le manque de rémunération pour la prise en charge des maladies chroniques et de la prévention joue aussi en faveur de la quête d'autres modes de rémunérations différents

« Mais effectivement, si on pouvait proposer autre chose qui permettrait peut-être une rémunération, qui permettrait une rémunération, qu'on rémunère aussi le temps qu'on peut passer à éduquer les patients à faire de la prévention, quoi. » (E1I3)

« Favoriser un travail de qualité, quoi... » (E1I5)

« Plus que la quantité. » (E1I3)

« Plus que, se diriger vers la quantité, ouais. » (E1I5)

« Il me semble que ça, ça a existé ça, non ? Ils ont fait ça y'a un moment, il y a quelques années de ça... » (E1I6)
 « Je crois qu'il n'y avait pas un moment... Euh, le médecin qui avait un truc spécial avec la sécu ? » (E1I4)
 « Je crois qu'il avait un certain nombre de forfait par patient et par an. » (E1I6)
 « Ouais, voilà. Je ne sais plus... » (E1I4)
 « Et je crois que cela peut toujours se faire. » (E1I6)
 « Ce n'était pas CAPI ? Ou un truc comme... Enfin moi, ça me dit quelque chose... » (E1I4)
 « Ça c'est l'évaluation des pratiques, de tes pratiques. C'est de tes pratiques. Mais, par contre effectivement quand tu as des patients qu'ont, qui sont en ALD, tu as une rémunération qui t'es donnée à l'année. » (E1I2)
 « Oui, par an, tu as le droit, de leur demander une consultation plus chère, un truc comme ça ouais. » (E1I6)

1.5. C'est un exercice relationnel intra et interprofessionnel nécessitant une collaboration entre praticiens qui fait défaut actuellement

1.5.1. Même si la plupart des professionnels sont quand même assez satisfaits de cette collaboration
 « Moi je ne me sens pas en difficultés, parce que j'estime que si j'ai un problème je peux toujours appeler soit un autre orthophoniste, soit effectivement le médecin traitant de la personne, soit, un moment, je travaillais beaucoup avec un médecin qui a pris sa retraite qui était phoniatre donc, ou les ORL, moi je côtoie plus les ORL, les médecins généralistes. On a toujours possibilités de, de voir si y'a un problème... » (E2P4)

« Je pense que nous, on a une situation qui est assez intéressante puisqu'on travaille beaucoup en relation avec l'hôpital, avec la PMI, donc y'a une bonne entente entre les trois secteurs, ce qui est important. Comme on va régulièrement aux staffs de la maternité, on est au courant de tout ce qui se passe, y'a une bonne entente entre tout le monde. C'est vrai que c'est intéressant. » (E2P5)

« Et ça fait vraiment un travail d'équipe en fait. On se sent intégrer, en fait, on est libérale mais tout en ayant un pied à la maternité ce qui fait qu'on se sent intégrer dans l'équipe hospitalière, tout en ayant notre statut de, de libéral. » (E2P6)

1.5.2. Il existe un manque de collaboration générale selon les jeunes médecins

« Chacun fait sa prise en charge dans son coin, et... » (E1I3)

« Et finalement c'est que, c'est que dans les cas extrêmes, les fins de vie ou des choses comme ça qu'on va enfin se réunir pour, pour discuter du patient » (E1I3)

1.5.3. La collaboration entre professionnels est limitée par le manque de temps

« ou les médecins n'ont pas le temps d'expliquer les choses, mais euh... » (E1I6)

« Ouais si, ça se passe bien, si on a des questions. Ben c'est vrai qu'il faut juste qu'on ait le temps de décrocher le téléphone, et dire : « tiens j'ai ci, ça... ». Mais globalement, ça se passe bien. C'est vrai, c'est encore plus sympa de se prévoir des petites réunions, comme aujourd'hui dans ce cadre-là, et, d'échanger et de mettre des visages sur des noms. Mais, mais globalement, ça se passe bien. Tout le monde est accessible et ouvert, c'est juste question de temps, quoi. » (E2P1)

1.5.4. Limitée par défaut de communication de chacun

« Euh, peut-être qu'après les infirmières n'osent pas [...] Ouais, je, les stages où je suis passée, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de contacts, quoi... Même avec les kinés, on prescrit une séance de kiné, on n'a pas beaucoup de retour... » (E1I6)

« Tout comme eux, on n'a pas forcément beaucoup de communication enfin » (E1I5)

1.5.5. Limitée à cause de vieilles habitudes qui résistent au temps

« Mais c'est vrai que ce n'est pas très fréquent, ce n'est pas la norme quoi » (E1I3)

« Mais je pense que cela n'arrive tellement, enfin... Même en stage à l'hôpital, quand on va appeler un généraliste ou une infirmière, ou un spé, ben pour dire, « ben j'ai vu votre patient, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Tout le monde est surpris en se disant : « ah tiens, on me demande mon avis ? » Enfin bon... » (E1I4)

1.5.6. Par fatalisme, on ne sollicite pas les autres professionnels

« Ben parce que, j'ai l'impression, en fait, a priori, les gens se disent de toute façon, ça ne changera pas. Il ne changera pas façon de faire. Et puis, que, c'est la même chose, comme dans un sens comme dans

l'autre. Le médecin qui appelle l'infirmier, l'infirmier qui appelle le médecin. Alors qu'en fait, quand on, quand on passe à l'acte, grosso modo, on est, on est aussi surpris... » (E1I2)

1.5.7. Mais aussi par méconnaissance de l'exercice des autres professionnels de santé

« Après c'est vrai, sur leur pratique à eux, enfin... » (E1I5)

« Euh moi, personnellement, j'ai pas beaucoup, je ne vois pas bien, comment eux, ils s'organisent. Enfin, on peut imaginer mais, je ne sais pas dans le, le détail. Comment ils fonctionnent vraiment, qui se regroupent, qui ne se regroupent pas ? Enfin, non. » (E1I5)

1.5.8. Alors qu'on a la possibilité d'y remédier en peu de temps par des moyens à la portée de tous

1.5.8.1. Un simple coup de téléphone

« C'est vrai, des fois, c'est le patient, qui va revenir en disant, c'est l'infirmière qui m'a dit ça, le kiné a dit ça, le cardio a dit ça... Et c'est vrai des fois, on se dit c'est trop bête, quoi. Un coup de fils en trente secondes, c'est réglé. Si le kiné a besoin qu'on fasse une radio, si l'infirmière trouve que le pansement n'est pas bien, qu'elle veut un avis, c'est dommage de ne pas le demander. Mais dans l'autre sens, on n'appelle pas non plus, hein ? » (E1I4)

« sans que cela soit quelque chose de très formelle mais, c'est vrai un coup de téléphone souvent... » (E1I3)

« sauf, on peut appeler évidemment, mais on n'a pas assez, assez, enfin voilà... » (E1I5)

« Ouais, cela m'arrive de temps en temps aussi, ouais... » (E1I7)

1.5.8.2. Ou lors des visites à domicile chez le patient

« Ou même en visite, on se donne rendez-vous. Ben, je vais passer à telle heure, l'infirmière se débrouille aussi pour passer à peu près à la même heure. Et cela peut permettre quand même de... » (E1I3)

« Et parfois on se rencontre au domicile, justement, j'ai connu [...] chez une patiente commune. » (E2P4)

« Et on se rencontre au domicile, c'est l'occasion d'échanger. » (E2P1)

1.6. L'inadéquation locale entre l'offre et la demande de soins oblige des aménagements dans la pratique libérale des professionnels installés

1.6.1. Une augmentation de la demande de soin

« C'est vrai que, nous, on est, bah, comme beaucoup, sollicité. » (E2P1)

1.6.1.1. Le délai d'attente d'une prise en charge augmente

« puisqu'on a des délais qui pour moi en deux ans se sont considérablement allongés. » (E2P1)

« Je me suis vue même, y'a quelques, y'a deux, trois mois, bah, on était, au sein du cabinet on est quatre, on était à un mois d'attente de prise en charge au niveau patient, chose qu'on n'avait jamais vue avant. Donc, c'est vrai ça, ça nous a un petit peu, ça nous a surpris déjà » (E2P1)

« et nous qui étaients en face, un moment donné, on était saturé. Et là, c'est vrai que je me suis sentie un peu débordée face à la demande. Alors peut-être pas assez de recul, et puis, cela a été un petit peu difficile. » (E2P1)

« Alors ça, ça nous était inconnu y'a encore deux ans maintenant, quoi. » (E2P1)

« Bah là l'été, là on est à dix, quinze jours, donc... » (E2P1)

« Et cours de préparation à la naissance, ça effectivement on peut avoir un petit délai entre quinze jours et trois semaines, parfois trois semaines, un mois. Voilà c'est un peu près ça. » (E2P6)

1.6.2. Une tendance à une baisse d'effectifs chez certains professionnels de santé malgré quelques installations

« Au niveau en kiné, c'est vrai que sur Lannion, je crois que y'a un déficit, on peut le dire au niveau kiné [...] » (E2P1)

« Ouais, c'est quand même pas évident à gérer mais là, je crois qu'on a eu des collègues qui sont partis en retraite pour d'autre part, y'a eu quand même deux décès donc cela fait trois en moins et plus maintenant, y'en a un là aussi un collègue qui part en retraite, monsieur [...], qui part en retraite sur [...], qui est parti en retraite. Donc on est quand même à quatre kinés en moins sur le secteur. A coté de ça, bon y'a [...], qui s'est installée. Je pensais que cela faisait un an, mais bon cela fait quasiment deux ans. » (E2P1)

« Un an et demi. J'ai connu ça aussi, ce que tu dis avec... » (E2P3)

« Moi, encore ça peut plus attendre que vous. Vous en général, c'est... » (E2P4)
« C'est du quasiment, c'est de l'immédiat » (E2P1)
« Moi je sais que je m'installe, je ne travaille pas toute la semaine, alors je n'ai pas de problème de file d'attente, hein. J'espère que cela viendra un jour. » (E2P2)

1.6.3. Les jeunes médecins sont inquiets

« Moi personnellement, je viens des Côtes d'Armor, et c'est un peu le gros sujet d'inquiétude quand même ! Euh, moi sincèrement, ça m'inquiète un peu quand même » (E1I3)

1.6.3.1. La peur d'assumer seule une charge de travail élevée, même si celle-ci ne devrait pas durer
« ça fait un peu peur, de se dire je vais m'installer dans un coin où sur cinq médecins, y'en a quatre qui ont plus de cinquante-cinq ans quoi... Donc que, m'installer ok, mais pas la seule jeune médecin à m'installer, quoi... » (E1I3)

« C'est vrai dans les dix ans, qui vont être un peu durs » (E1I7)

« après ça, je pense que ça va revenir, ça commencera à revenir à l'équilibre donc ce sera, ce sera un peu mieux » (E1I7)

1.6.3.2. Ils sont aussi inquiets sur la couverture de l'offre de soin dans les zones rurales

« Mais par contre je ne sais pas, jusqu'où, ça ira en termes de, loin des villes. Est-ce que vraiment dans les zones rurales, je ne sais pas si... Je pense qu'il faudra ré-attendre qu'il y ait une surcharge de médecins pour avoir, pour qu'il y ait à nouveau des choses qui se créent vraiment, là-bas quoi. Parce que le temps, enfin après, ça dépend, y'a des gens qui adorent et tout, vraiment dans des coins pommés, c'est très bien. Mais après la majorité préfèrent quand même être près des villes, pas forcément en ville, mais être à vingt minutes de Brest qui n'est pas une grosse ville déjà, c'est pas mal » (E1I7)

1.6.3.3. Par contre, ils sont confiants concernant les possibilités de travail en libéral

« parce qu'effectivement, on a plein de propositions de travail, ça je ne me fais pas de soucis de boulot, y'aura du boulot » (E1I3)

1.6.3.3.1. Ils auront effectivement le choix dans l'installation

« Mais c'est vrai que dans les dix prochaines années, ce sera tranquille pour aller là où on veut » (E1I7)

1.6.3.3.2. Et même si des mesures de régulation imposant l'installation sont décidées, ils ne seront plus concernés

« La loi HPST » (E1I4)

« On sera, bon nous, je ne pense pas qu'on puisse nous obliger. On est déjà trop loin, donc... » (E1I7)

1.6.4. Une adaptation de l'exercice libéral chez les professionnels actuellement installés

1.6.4.1. La mise en place d'un intermédiaire : le secrétariat téléphonique

« et, pour, pour faire face à ça, on a mis en place depuis quelques mois un secrétariat téléphonique. C'est-à-dire qu'on ne répond plus au téléphone. » (E2P1)

1.6.4.1.1. Pour ne pas à avoir à déterminer le délai des soins

« On est obligé de mettre en place des listes d'attentes, choses qu'on ne faisait pas ne serait ce que, y'a six, huit mois, et c'est vrai que là, aujourd'hui on fait ça. » (E2P1)

« Et puis on n'a plus ce contact, ce contact téléphonique, en disant aux gens : « ah non, je ne peux pas vous prendre aujourd'hui. Ah non, pas la semaine prochaine mais dans un mois ». » (E2P1)

1.6.4.1.2. Car il est difficile de gérer des demandes multiples

« Mais je ne supporte pas effectivement, quand quelqu'un appelle pour une rééducation de lui dire que je le prends dans trois mois. » (E2P4)

« Ben oui, c'est insupportable. » (E2P1)

« Parce que se dire pendant trois mois... » (E2P4)

« Bien sûr. » (E2P1)

1.6.4.1.3. Tout en offrant une réponse pour la prise en charge des patients:

« Mais on a dû mettre ça en place pour, pour aussi répondre aux patients qui eux étaient dans la douleur, dans le besoin » (E2P1)

1.6.4.2. La modification du temps de travail au cours de l'année avec des horaires adaptés au volume de la demande de soins

« J'ai des, des horaires élastiques, donc, là en ce moment je travaille beaucoup moins. L'hiver j'ai travaillé beaucoup plus : j'ai fait des semaines à cinquante heures. Euh ce qui n'est pas satisfaisant. Euh, mais je l'ai fait, mais l'hiver prochain, je verrai. » (E2P3)

« Avec des horaires élastiques, j'arrive à gérer. » (E2P3)

« Ouais c'est ça. » (E2P1)

« Moi j'ai toujours eu des horaires élastiques. » (E2P4)

« Nous aussi on a des horaires élastiques. » (E2P5)

« Mais c'est élastique. » (E2P5)

1.6.4.3. Une priorisation des demandes

1.6.4.3.1. Avec l'expérience

« Mais combien des fois, moi, combien des fois je me suis fait avoir, entre guillemets, où j'ai dis : « ben oui venez, il est vingt heures ». Mais c'est un truc... Moi élastique, c'était du, du, vraiment élastique, c'était du douze, treize heures. Alors je dis ok... » (E2P1)

« Et puis finalement la personne elle vient, et puis en fait je me dis, cela pouvait carrément attendre deux, trois jours, quoi. Moi je me fais avoir, peut-être moins maintenant, beaucoup moins, mais je crois que c'est l'expérience aussi qui fait ça. » (E2P1)

1.6.4.3.2. Mais certaines professions ne sont pas confrontées aux prises en charges urgentes

« Moi forcément, je n'ai pas ce problème d'urgences. Non, je n'ai jamais de trucs de réellement urgents. Je peux commencer dans les quinze jours, mais je ne me vois pas dire aux gens : « je vais vous prendre dans six mois », comme des fois cela arrive. » (E2P4)

« Oui, moi non plus » (E2P3)

« Mais on n'en est pas là. » (E2P1)

« On va voir ça à la rentrée scolaire. » (E2P4)

1.6.4.4. Ces changements dans l'exercice ont d'autres conséquences

1.6.4.4.1. Dans la relation praticien-malade, le premier contact direct avec le patient est mis de côté:

« Malheureusement, on n'a plus le contact direct avec le patient, parce que ça, quand même cela nous permettait déjà d'avoir une première approche. » (E2P1)

1.6.4.4.2. La gestion du temps de travail est plus agréable avec le secrétariat téléphonique

« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. » (E2P1)

« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. On dit ben, de telle heure à telle heure, on accepte les patients, elles ont notre plannings. On fonctionne via internet, et elles remplissent, elles gèrent les patients. » (E2P1)

« Et là depuis quelques mois, depuis qu'on a mis ça en place, cela s'est considérablement amélioré, puisque là on arrive à beaucoup mieux gérer les patients, le planning » (E2P1)

1.6.4.4.2.1. Ce qui permet aussi d'avoir du temps personnel

« et notre vie à côté. » (E2P1)

1.6.4.4.3. Les horaires modulables ne permettent pas toujours un équilibre entre le temps de professionnel et le temps personnel

1.6.4.4.3.1. Surtout pour les mamans avec des enfants en bas âge

« Maintenant c'est moins gênant dans la mesure où je n'ai plus d'enfants à la maison. C'est vrai que quand on a des jeunes enfants, c'est quand même difficile, de ne jamais les voir ou presque, quoi. » (E2P4)

« Moi, je dirai que l'équilibre n'est pas évident à faire. » (E2P1)
« Mais, ce n'est pas satisfaisant. » (E2P3)
« Mais non. Voilà. » (E2P1)
« D'un point de vu privé, ce n'est pas satisfaisant. C'est certain. » (E2P3)
« Mais c'est vrai la vie privée à côté en prend un coup, quoi. » (E2P4)

1.6.4.4.3.2. En particulier lorsque le temps que le temps de travail est long
« [des semaines à cinquante heures] Euh ce qui n'est pas satisfaisant. » (E2P3)

1.6.5. Une offre de soins chez d'autres professionnels libéraux (sages-femmes) permet de fournir une offre de soin potentielle

« Ben nous, tout ce qui est acte à domicile, enfin tout ce qui est suivi de grossesse à domicile ou suites de couches à domicile, euh, ben on nous demande on y va. » (E2P6)

« Voilà » (E2P5)

« On ne se pose pas de question, ça du coup... » (E2P6)

« Un monito... » (E2P5)

« ...Un monitoring pour une surveillance de grossesse pathologique, on nous dit : « il faut y aller trois fois par semaine », ben on va les casser trois fois dans la semaine. Après à nous de nous organiser, mais de toute façon, elle sera vue. On ne se pose même pas la question. Euh les suites de couches... » (E2P6)

« C'est pareil. » (E2P5)

« Dès qu'elles sortent elles appellent et on y va dès le lendemain et puis trois jours de suite. Euh donc on ne se pose pas la question. Le soin de premier recours, on y va tout de suite. Après au cabinet, pour tout ce qui est rééducation périnéale... » (E2P6)

« Et cours. » (E2P5)

1.6.5.1. Avec des soins s'apparentant à ceux de l'hôpital

« Et est-ce que les cours de préparation à l'accouchement c'est aussi, parce que à l'hôpital, c'est quelque chose qu'elles proposent notamment, des prises en charge à [...], alors... Est-ce que c'est encore autre chose ? » (E2P1)

« Ouais, mais je viens de mettre en place moi des cours de prépa, en piscine à la thalasso à [...]. » (E2P6)

1.6.5.2. Avec des moyens de paiements utilisant le tiers-payant comme à l'hôpital

« Parce que c'est comme sur l'hôpital, les femmes ne font pas l'avance des soins donc ce n'est même pas le problème d'avance des soins, puisqu'elles donnent leur carte vitale et on télétransmet. » (E2P5)

« Ouais, nous aussi on ne fait pas payer. » (E2P1)

« Elles n'ont pas à payer » (E2P6)

« Pour l'instant ouais. » (E2P5)

« Donc que, c'est même pas une histoire d'argent. On ne fait pas de dépassement d'honoraire ni l'une ni l'autre. » (E2P6)

1.6.5.3. Cependant, il existe un manque de recours aux soins en libéral

« Et au niveau des cours de préparation à la naissance, c'est qu'on n'a plus de mal à gérer parce que c'est par à-coups. C'est-à-dire que les patientes ne viennent pas nous voir, peu, et ça, on ne sait pas pourquoi. Enfin elles s'adressent prioritairement à l'hôpital, » (E2P6)

« Enfin pour les cours de préparation à la naissance. » (E2P6)

« Elles arrivent d'un coup, elles ont, elles repartent, elles accouchent donc, c'est quelque chose de très dure à gérer. » (E2P6)

« Mais tout ce qui est préparation à la naissance, ça bloque. Ça bloque. » (E2P6)

1.6.5.3.1. Du fait de la mainmise par le secteur hospitalier qui garde le monopole

« et du coup ben elles restent, on ne nous les adresse pas même si y'a des files d'attente sur l'hôpital, on se rend compte que y'a du mal à déléguer vers le libéral. Enfin pour les cours... » (E2P6)

« Non, c'est que l'hôpital a, paie des sages-femmes pour faire les cours, donc ils remplissent les cours, voilà. C'est tout simplement ça. » (E2P5)

1.6.5.3.2. Alors que ce secteur connaît les possibilités de soins en libéral

« C'est beaucoup l'hôpital qui nous connaît donc... » (E2P5)

« Pourtant à l'hôpital ils nous connaissent, puisqu'on va, nous, tous les mardis on va au staff, vraiment on est en collaboration avec eux. » (E2P6)

1.6.5.3.3. Du manque d'informations

« C'est un manque d'informations, oui. » (E2P6)

« C'est plus un problème de, oui, de se faire connaître et... (E2P6)

1.6.5.3.3.1. Entre les professionnels sur les compétences de chaque professionnel

« Oui mais c'est vrai. Tout à fait vrai. Là on découvre, hein ? » (E2P4)

« Voilà. » (E2P1)

« On se découvre. » (E2P4)

« Mais je pense que justement, les médecins ne savent pas toujours, enfin moi je remarque, ce que nous, ce qu'on peut faire. » (E2P4)

« Souvent l'orthophonie, souvent je vois c'est : « lecture orthographe », point à la ligne. Alors que c'est plein de choses, autour, que je trouve plus intéressantes personnellement mais bon. C'est vrai que pour beaucoup, c'est ça. » (E2P4)

1.6.5.3.3.2. Le manque d'informations aux patients

« Ben voilà, elles ne le savent pas aussi ! » (E2P1)

« Le problème c'est que, je ne suis pas certaine que, la population sache ce que fait une sage-femme libérale » (E2P6)

1.6.5.3.4. Le manque de temps pour informer les autres professionnels

« Sauf que voilà, il faudrait que je prenne aussi le temps de faire le tour de tous les médecins, de tous les kinés, et de tous les professionnels de santé, pour informer tout le monde. Et ça c'est un manque de temps. J'ai des affiches la voiture, j'ai des, des p'tits... Et je n'ai pas pris le temps. Alors par courrier, ça me gêne d'envoyer un courrier comme ça à tous les médecins parce que, j'avais prévu de voir les médecins généralistes, les kinés, etc. » (E2P6)

« C'est peut-être ça aussi, je crois. » (E2P1)

« Oui de ma part, ouais c'est sûr après c'est un problème de temps. » (E2P6)

2. Les perspectives dans trois à cinq ans à venir tendent vers des changements dans l'exercice libéral

2.1. Les jeunes médecins aspirent à des changements de la pratique libérale

2.1.1. Ils se sentent entraînés dans l'évolution de l'exercice libéral

« un exercice qui va, qui va être amené à changer » (E1I2)

« Qui est en pleine mutation » (E1I6)

« Oui, la médecine libérale oui, mais d'une autre façon » (E1I2)

2.1.2. Des changements pour lesquels ils vont plus ou moins œuvrer, en étant à la fois dans l'expectative et dans l'action

« Qu'on est en train de changer la façon d'exercer » (E1I6)

« une mutation qu'on attend là en-dessous » (E1I5)

2.1.3. Des changements à mener avec les autres médecins installés

« Moi, je ne me vois pas arriver dans un coin, toute seule, me retrouver avec trois médecins autour qui n'ont pas envie de se bouger. » (E1I3)

2.1.4. Vers un exercice non isolé mais partagé

« Je vois ça comme un exercice qui, qui aura tendance à de moins en moins exister » (E1I2)

« Parce que là, tu parles du médecin généraliste qui est tout seul dans son cabinet ? (E1I7)

« comme un exercice que je ne pratiquerai pas moi » (E1I2)

« vers laquelle peut-être que l'on n'a pas envie de tendre » (E1I4)

« Comme la plupart d'entre nous, y'en a peu qui envisagent de travailler seuls et, ils partent plus sur des regroupements, enfin pour ma part, mais je pense » (E1I5)

2.1.4.1. Pour des raisons professionnelles personnelles

« des exigences des futurs médecins » (E1I2)

2.1.4.2. Pour des raisons sociodémographiques

« A cause du vieillissement de la population des médecins » (E1I2)

« à cause des exigences des patients » (E1I2)

2.1.4.3. Pour partager les moyens et échanger entre confrères

2.1.4.3.1. Partager avec les autres pairs

« Moi je n'exclus pas forcément de m'installer seule, mais effectivement pas toute seule. Enfin, pas complètement isolée, dans mon cabinet, sans secrétaire, etc. Je pense qu'il y a peut-être... On parle beaucoup des regroupements mais pourquoi pas, des regroupements de médecins, chacun dans son cabinet aussi. » (E1I3)

« On peut avoir des contacts avec plusieurs médecins généralistes sans pour autant être dans le même cabinet. Euh, c'est pas quelque chose que j'exclus forcément quoi » (E1I3)

« Mais, pas forcément d'être dans un même, dans un même lieu ou dans son coin. » (E1I3)

« Cela peut être d'autres généralistes, mais comme cela peut être effectivement, les infirmières, de pouvoir, être sûr de pouvoir les contacter facilement. Euh, voilà, les kinés, enfin tout ce qu'on a dit, mais, enfin, on a besoin de se retrouver entre généralistes pour justement discuter des patients. Et si on ne peut pas le faire autour d'un café, enfin dans le cabinet, cela peut être de savoir, de téléphoner à un confrère quand on a un petit souci ou, ou... Même en cas, y'a les groupe de pairs aussi, qui peuvent être des lieux où on peut se retrouver. Je crois que ce n'est pas forcément qu'on exerce tout seul dans son cabinet, qu'on est forcément isolé. Donc je pense que si on arrive à se faire un, si on connaît bien les autres généralistes et les autres paramédicaux, de la commune par exemple, on peut, on peut travailler seul dans son cabinet sans pour autant être isolé quoi. » (E1I3)

« quand je parle de changement, c'est justement après que, les, peut-être qu'on aura tendance, moi j'imagine mon exercice comme ça, comme faire des réunions. Je ne sais pas, à quelle fréquence. Mais une fois par semaine par exemple, où on dit : « moi, ben moi, j'ai ça, j'ai fait ça », devant tel patient, un patient pris au hasard, quitte à que ce ne soit pas forcément un diagnostic difficile mais, « voilà, voilà j'ai fait ça, qu'est-ce que t'aurais fait ». Et du coup, plus de partage de pratique en fait. Moi, c'est comme ça que je vois évoluer, quoi, évoluer selon ça » (E1I2)

2.1.4.3.2. Pour partager les charges

« Je pense qu'il y a moyens de mutualiser les, les secrétaires, qu'on puisse partager à plusieurs médecins » (E1I3)

2.1.4.4. Pour favoriser la collaboration entre professionnels de disciplines différentes

«Parfois, moi je trouve que ce serait bien qu'il y ait un peu plus de contact » (E1I6)

« pour discuter du patient, alors que cela devrait être un peu, un peu plus notre quotidien quand même, quoi » (E1I3)

« Enfin de, de réviser leur point de vue, partager tout ça et... » (E1I2)

2.2. La pratique libérale est unanime chez les jeunes médecins

« Moi, ce sera que du libéral. » (E1I4)

« Pour l'instant, un, le salariat, je ne fais pas du salariat, je fais du libéral, c'est pas d'actualité, c'est peut-être pour ça. » (E1I7)

2.2.1. Cependant le souhait de l'installation bien présent est mis en attente

« Mais d'emblée, en fait du coup, personne n'envisage de s'installer d'emblée quoi ?

Plusieurs « non ». » E1 C

« Dès que possible moi, j'aimerais bien pouvoir m'installer je trouve ça plus, [...] je trouve qu'on est quand même plus à l'aise, quand on connaît les gens plus longtemps. C'est, c'est un peu plus sympa, je trouve. » (E1I7)

2.2.2. Le temps de travail souhaité est proche de celui d'un généraliste actuel

« Moi je n'aimerais pas faire soixante-dix heures par semaine, déjà... » (E1I6)

« Euh, bah, avoir des horaires, commencer à huit heures trente le matin, finir grand maximum à dix-neuf heures le soir. Avoir un jour de repos dans la semaine et puis, et un samedi matin sur deux, ou sur trois, ça a l'air bien. » (E1I6)

2.2.2.1. Avec un temps pour le développement professionnel continu

« Oui, si, c'est assez similaire aussi. (Hum, oui) » (E1I5)

« Avoir du temps aussi, pouvoir se donner du temps pour avoir pour la FMC, les formations, je ne sais pas moi, une journée par mois. » (E1I6)

2.2.3. Mais la recherche d'un équilibre temps personnel / temps professionnel est aussi revendiquée

« Euh...Avoir du temps pour soi à coté. Enfin, que cela soit un bon équilibre, quoi » (E1I6)

« C'est bien, avoir une vie personnelle confortable aussi, quoi. C'est important, d'avoir un équilibre. » (E1I5)

2.2.4. Cependant selon les professionnels paramédicaux installés, une certaine sécurité d'exercice est recherchée par les jeunes professionnels et les contraintes de l'exercice libérale limitent les installations

2.2.4.1. Les jeunes praticiens recherchent la solidarité et l'entraide d'un exercice de groupe

« D'une part, parce que les jeunes orthophonistes préfèrent être justement en cabinet ou en structure donc en libéral, non » (E2P4)

« Je pense que c'est pour une sécurité. Travailler en groupe, effectivement travailler en équipe, ne pas se lancer tout seul. » (E2P4)

2.2.4.2. Les jeunes praticiens ont peur des risques médico-légaux

« Alors je parlais avec un médecin l'autre fois, une gynéco en l'occurrence, qui me disait que c'était très difficile aussi de trouver quelqu'un pour reprendre une clientèle pour les problèmes aussi que les jeunes médecins avaient très peur d'avoir des procès sur le dos, des choses comme ça et donc ils ne voulaient pas se lancer. » (E2P4)

2.2.4.3. Les jeunes praticiens recherchent la sécurité financière

« Puis il y a un souci de charges aussi. » (E2P2)

« Peut-être aussi un souci de charges. » (E2P4)

« Y'a un souci de charges à payer, à mon avis. » (E2P2)

« Pour répondre, je veux dire, si j'avais le choix pour être salariée dans une structure et d'être déchargée peut-être de, je ne sais pas comment ça fonctionne, alors je ne vais pas me lancer là-dedans. Mais peut-être que si, si effectivement cela me permettait d'avoir une sécurité, de, un salaire fixe tous les mois, et ben moi, je choiserais d'emblée d'être salariée au sein d'une structure hospitalière. Enfin moi, je n'irais pas vers le libéral en tout cas. Et je comprends en tout cas que dans certaines professions où y'a le choix, on choisisse, que les jeunes maintenant choisissent plutôt la sécurité comme ça, plutôt que le libéral. » (E2P2)

2.2.4.4. Les jeunes praticiens recherchent la sécurité des horaires fixes

« Alors je pense qu'il y a la sécurité et qu'il y a peut-être aussi les horaires, parce que c'est vrai quand on est dans une structure on travaille : neuf heures - midi ; deux heures - cinq heures, six heures, c'est fini. Tandis que quand on est en libéral, comme le disait [...] « bon ben, venez quand même... ». Et ça fait vingt-et-une heures. » (E2P4)

2.2.4.5. Les tâches administratives dans l'exercice libéral sont chronophages

« Puis y'a les papiers derrière... » (E2P1)

« L'administratif est très long. » (E2P4)

« Qui effectivement après je me dis, c'est pas grave. Je prends une après-midi pour moi et puis finalement l'après-midi... Ah bah oui, tu as toutes les ordonnances à rentrer ou autres, plus la comptabilité, plus pleins de choses et puis finalement, des fois je me dis : « heureusement que j'ai... ». » (E2P1)

« Ou l'inverse, tu prends une après-midi pour toi, puis après tu te dis : « oh ! La pile que j'ai mon dieu ! ». » (E2P4)

« Bon tans pis, on reste une ou deux heures. » (E2P1)

2.2.5. Surtout le remplacement mais aussi la collaboration sont des solutions temporaires dans l'attente d'une installation

« Des remplacements, moi » (E1I6)

« Moi aussi des remplacements » (E1I5)

« Moi, une collaboration, j'aimerais bien trouver ça » (E1I7)
« Ça peut être ça [la collaboration] avant de pouvoir effectivement m'installer définitivement » (E1I7)

2.2.5.1. Parce que être remplaçant est assez confortable financièrement

« Et que vu ce que l'on donnait en tant que remplaçant, finalement ils trouvaient plus facile d'être remplaçants pendant un certain temps plus ou moins long. » (E2P4)

2.2.5.2. Cet exercice permet dans un premier temps de sa formation professionnelle et s'appropriier les façons de travailler en libéral

« Moi aussi des remplacements et essayer de voir comment je vais organiser mes... Enfin ce pour quoi je vais opter pour l'exercice. Le type d'exercice qui me plaira et le type d'exercice que je vais fuir dans l'avenir. Cela me sert plus, à mon avis, de terrain d'observations, c'est ça, dans les prochaines années. » (E1I2)

« Ça prend quelques mois pour savoir, comment on veut travailler vraiment » (E1I7)

2.2.5.3. C'est un moyen d'explorer les lieux de travail et trouver le lieu idéal à l'installation

« C'est aussi l'avantage des remplacements, c'est aussi pouvoir se laisser le temps de trouver le bon endroit, les, le, le bon cabinet ou le bon coin et ... » (E1I3)

« C'est peut-être plus le bon cabinet, parce que l'endroit on sait à peu près, la méthode de travail, je pense que cela ne prend pas des années » (E1I7)

« Et puis, après, c'est plus le cabinet, la gestion, enfin c'est plus une histoire de comment est géré le cabinet » (E1I7)

« enfin après il faut trouver le coin mais » (E1I7)

2.2.5.3.1. Le lieu d'activité professionnel du conjoint fait est un des premiers critères dans le choix du lieu d'installation

« ben, déjà faut que le conjoint, que le conjoint puisse avoir du travail, du travail dans le coin » (E1I7)

2.2.5.3.2. Le choix de s'installer prend en compte l'organisation du cabinet

« enfin si y'a un cabinet dont l'organisation qui me va plaire en termes de gestion » (E1I7)

2.2.5.3.3. C'est un moyen pour connaître les partenaires de travail

« comment il va évoluer avec qui et, est-ce que je m'entends bien avec les praticiens, quoi... Ça prend, ouais avec des contacts réguliers, je pense qu'on, en travaillant régulièrement dans un cabinet, on le sait en moins d'un an, si ça passe bien » (E1I7)

2.2.5.3.3.1. Les relations entre professionnels, tel que le soutien, la solidarité, d'entraide mutuelle sont des arguments en faveur d'une installation

« Après, effectivement il faut trouver le bon endroit, les bons collègues à côté sur qui on puisse s'appuyer quand y'a besoin » (E1I3)

« Que les autres puissent, que l'on puisse compter les uns sur les autres sans pour autant s'inviter chez soi à se faire une bouffe tous les quinze jours, quoi » (E1I3)

« accepter que, qu'il y en ait un qui puisse demander un jour que voilà : « je ne vais pas être là demain de façon exceptionnelle » » (E1I3)

« Pour moi, ce serait plutôt quelqu'un avec qui, oui, on pourrait échanger, discuter de nos pratiques, comme dans les groupes de pairs. » (E1I6)

2.2.5.3.3.2. Une collaboration entre professionnels dans le respect des pratiques de chacun est aussi importante pour s'installer

« avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être...si on s'entend bien » (E1I7)

« si la communication est facile » (E1I7)

« au moins déjà, respecter le travail de chacun » (E1I3)

« Mais je crois, avoir vraiment un respect entre collègues et pouvoir compter les uns sur les autres quoi. Je pense que c' est ça le plus important. » (E1I3)

2.2.5.3.3.3. Les objectifs de travail doivent être partagés par les professionnels en groupe

« Moi, je crois, pour moi, les bons collègues seraient plus ceux qui ont la même vision de travail. C'est-à-dire qui sont, pour moi, les bons collègues, c'est plutôt celui qui ne va pas

être là pour faire du chiffre, qui ne va pas être là pour faire marcher le cabinet entre guillemets, qui ne va pas demander à la secrétaire de filtrer des CMU. Enfin, pour moi le bon collègue, même si c'est quelqu'un avec qui je n'ai pas envie d'aller boire un coup, c'est quelqu'un qui a quand même une vision du métier qui tend vers la mienne, que moi, euh, euh bref, enfin voilà quoi. » (E114)

« Pour moi, c'est plus ça, sans pour autant même si on ne s'entend pas bien sur certains sujets. Pour moi, ça c'est vraiment important en tout cas. » (E114)

2.2.5.3.3.4. Cependant, même si les priorités ne sont pas les mêmes pour les différents médecins, ces derniers peuvent compléter et enrichir leur pratique en s'inspirant de celle des autres

« Je crois que, cela peut être pas mal d'avoir quelqu'un qui travaille totalement différemment, parce ce que dans certains cas, je ne m'en sors pas. Tiens, lui comment il s'en sort ? Alors ce n'est pas un truc effectivement, où il filtre la CMU et tout ça, mais, mais c'est sûr parfois on se dit, ouais je n'aimerais pas travailler comme lui, mais, mais tiens là-dessus (hum), il s'en sort bien peut-être que, peut-être que je pourrais faire un peu comme lui finalement. » (E117)

2.2.5.3.3.5. Ces relations peuvent plus ou moins proches et amicales

« C'est vraiment plus euh... Ça va être vraiment les collègues qui y seront » (E117)

« et en termes d'amitiés avec, les médecins à coté et puis, avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être. Si on s'entend bien, si la communication est facile » (E117)

« Euh, après les bons collègues, c'est euh, c'est avant tout essayer de faire que les collègues soient des amis, quoi, je pense, et pas juste des collègues mais en qui... » (E117)

« Même sans être amis » (E113)

2.2.5.3.4. La proximité avec les structures médico-sanitaires

2.2.5.3.4.1. Un plateau technique hospitalier et ses réseaux

« Et pour le bon endroit, moi ce serait aussi que, y'ait des structures de soins qui soient à proximité, enfin, je pense à un CHU réactif. » (E112) « Avec des réseaux » (E116)

« je pense aux soins palliatifs, des choses comme ça. Enfin, c'est important je pense. » (E116)

2.2.5.3.4.2. La proximité avec les autres spécialités médicales intervenant dans les soins primaires

« Euh des cabinets des radiologies, des, des, des médecins libéraux spécialistes par exemple qui puissent du coup, avec qui tu puisses avoir un réseau assez facilement et, que tu puisses adresser tes patients, sans que les patients aient à faire une heure de route ou une heure trente, parce qu'on sait que ce sera un peu rédhibitoire pour certains patients, quoi. Donc moi, c'est aussi ça le bon endroit, Voilà, quoi. » (E112)

« C'est vrai que finalement, le recours aux spécialistes pour certains trucs est relativement important. Enfin, le bon endroit, c'est là où t'as un spécialiste pas forcément trop loin pour certains cas, que tu peux joindre par téléphone, en lui disant : « ben, écoute là, c'est un truc un peu particulier est-ce que tu pourrais le voir, pas dans quinze jours », euh, des trucs...Bah, ça compte aussi quoi. » (E114)

« Voir même les urgences, en cardiologie, euh... » (E111)

2.2.5.3.5. L'environnement est pris en compte dans le choix du lieu d'installation

2.2.5.3.5.1. La proximité de grands commerces

« Le bon endroit, c'est celui qui nous plait avec l'environnement. Je pense, pas trop trop loin de commodités, » (E117)

« Euh je dirais moi, quand même, pas trop trop loin d'une ville, parce que c'est toujours sympa de ne pas avoir une heure de route à faire, pour trouver des produits d'électroménager ou de hifi » (E117)

2.2.5.3.5.2. La proximité avec le bord de mer

« Voilà, ça va être de, ben ici, ce serait pas mal d'être pas trop loin de la mer non plus. » (E117)

2.2.5.3.5.3. Le milieu rural ne reste pas exclu pour une installation

« C'est vrai nous, on va arriver même si on est vraiment motivé pour aller en campagne. »
(E1I3)

2.2.5.4. La patientèle n'est pas du tout un obstacle à l'installation

« Et après les patients, de toute façon, on les recrute à notre image donc, ça, c'est pas, je pense ce ne sera pas trop un souci. C'est pas ce qui décidera de me faire m'installer à un endroit ou à un autre. » (E1I7)

2.2.6. Le salariat hospitalier n'attire pas les jeunes médecins interviewés et les autres formes de salariat leurs soient mal connues

« Euh, ouais si, à l'hôpital, y'a quelques petits boulots... » (E1I7)

« Je pense que c'est en fonction de l'opportunité. C'est des trucs que tu vois, non ? Mais de toute façon je pense que, les médecins généralistes, salariés souvent, c'est, c'est une activité à temps partiel. Ils ont une activité à temps partiel salariée et une activité à temps partiel libérale, à coté en même temps, tu vois, enfin. » (E1I6)

« Enfin, tu parlais du salariat, dans les maisons médicales, parce qu'il y en a qui sont salariés dans des maisons médicales, enfin, et qui ont en plus, enfin t'as des... » (E1I4)

« Qui sont candidats de MAPAD, d'EHPAD et tout ça, non ? » (E1I5)

« Ah non. Qui ont une activité de médecine générale libérale... » (E1I4)

« Ah, ça dépend du statut dans lequel ils sont. » (E1I6)

« Dans un congrès d'ISNAR, y'en avait un qui avait ça comme activité, où il faisait partie d'une maison médicale, où il n'y avait que des généralistes, où il était salarié de la maison médicale, où il faisait une pratique de médecine générale. Sachant qu'une partie de son salaire, il avait, ou il était aussi un peu comme les médecins dans une clinique, il était intéressé, enfin en gros, plus il voyait de patient... Mais il gardait l'activité de médecine générale tout en étant salarié. » (E1I5)

« Et, ce n'est pas une collaboration ? » (E1I7)

« Non, ça dépend du statut, dans lequel... C'est encore autre chose. » (E1I6)

« Moi je pensais que c'était illégal de salarier quelqu'un pour la médecine générale. Mais, c'est légal ? » (E1I7)

« Ben non, je crois qu'il était dans la région lilloise... » (E1I4)

« Non, ça dépend du mode d'installation, y'a plusieurs statuts, tu sais, quand tu t'installes. » (E1I5)

« Je ne pourrais pas exactement dire ce qu'il avait. Mais il était salarié tout en étant généraliste, avec un pourcentage de son salaire qui augmentait plus il voyait de patients, plus... » (E1I4)

« Donc en fait, ça ne vous parle pas ou peu finalement, (hum) le salariat. » E1 C

« L'hôpital c'est quand même, enfin, pas ce vers quoi je m'oriente mais » (E1I5)

« cette structure très hôpital vers laquelle je pense, où on n'est tous... On peut être tourné mais pas, pas complètement... Enfin Voilà, Voilà. » (E1I5)

2.2.6.1. Le salariat est un moyen de compléter l'expérience professionnelle avant de se lancer en libéral

« Alors moi j'ai fait ça en début de carrière, pareil, j'ai travaillé en structure et parallèlement en libéral... Pardon. Ça permet d'avoir un œil différent, quand après tu passes en libéral, parce que tu as travaillé en équipe avant, justement avec tout un tas d'autres professions, qui ont un autre œil. Mais bon, finalement je suis partie aussi en libéral en totalité. » (E2P4)

2.3. L'orientation vers un exercice libéral ou une activité complémentaire en libéral est une autre possibilité

2.3.1. Le cumul possible de l'activité libérale avec la retraite pour certaines sages-femmes de l'hôpital

« Je voulais juste dire que y'a, en ce moment y'a beaucoup de sages-femmes qui cherchent à partir de l'hôpital. Donc c'est la vague inverse. » (E2P5)

« Elles rêvent toutes... » (E2P4)

« Oh, si on était à leur place... » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire. » (E2P6)

« C'est pareil, je ne sais pas ? » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire parce que j'ai fait quinze ans d'hôpital et je n'ai pas pris pour autant une retraite, soit. J'ai fait le choix de m'installer en libéral et je fais du libéral » (E2P6)

2.3.1.1. Du fait de la réforme de la retraite après quinze ans de service hospitalier

« Y'a eu l'histoire des quinze ans, trois enfants, qui a fait vraiment partir les sages, enfin les femmes, enfin les sages-femmes de l' hôpital, ça je pense que c' est indéniable. Et puis du coup, quelque part, c'est de ne pas jouer le jeu, soit on prend une retraite et puis on va à la retraite, soit on fait du libéral. Mais là, elles ont touché, elles veulent toucher à tout quoi, avoir une retraite » (E2P6)
« Mais, enfin je pense, c'est voilà, une des causes ça a été quand même cette histoire je pense, des quinze ans-là. » (E2P6)

2.3.1.2. Du fait des conditions physiques correctes permettant une activité professionnelle chez ce personnel hospitalier
« et quand même continuer à travailler parce que c'est vrai qu'à quarante ans, on ne s'arrête pas à travailler quoi donc... » (E2P6)

2.3.1.3. Du manque de régulation des installations libérales au sein de la profession sage-femme bien que cette réforme ne soit plus applicable
« Et on risque de se retrouver, si au niveau du Conseil de l'Ordre, ils ne structurent pas les autorisations de, d'ouverture de cabinet, on va se retrouver avec un problème inverse. Avec trop de monde sur certaines zones et, voilà, tout le monde ne gagnera pas sa vie. Donc c'est vraiment le problème. Hein ? » (E2P5)
« Toute façon maintenant, elle est supprimée, ça, cette loi. »
« Oui mais voilà elles viennent toutes de partir là. C'est-à-dire que là elles veulent toutes s'installer mais, il n'y aura pas assez de travail sur le secteur pour l'instant. » (E2P6)

2.3.2. La poursuite de l'exercice libéral, en effectuant des vacations où existe une demande de soin
« Moi je n'ai pas envie de changer, j'aimerais bien, j'avais dans l'idée effectivement, pourquoi pas de, d'aller développer des consultations, enfin des consultations prénatales. Ça c'est ce qui me tient à cœur, vraiment. Euh peut-être ailleurs, j'allais dire plutôt dans les, bon ben, dans un lieu où y'aurait des besoins comme peut-être [...], [...]. Je me dis bon, y'avait eu un moment donné, un médecin qui avait contacté, une sage-femme pour aller faire de la consultation là-bas. Donc pourquoi pas faire une vacation, j'avais pensé faire une vacation à l'hôpital, puisqu'il manque de gynéco, alors pourquoi pas ? Donc l'idée d'un, de quelque chose de pluridisciplinaire, c'est quelque chose qui moi, me plairait bien, mais tout en gardant mon cabinet, enfin voilà. Tout en ayant une autonomie, moi je verrais plus, pourquoi pas, faire une vacation quelque part en cas de besoin, après » (E2P6)
« Moi la même chose en post natal. » (E2P5)
« Vous vous complétez, après tout ! » (E2P4)

2.3.3. La poursuite de l'exercice libéral, avec le regroupement de professionnels

2.3.3.1. L'association

« Moi je viens de m'associer là dernièrement donc, donc moi j'aspire à continuer, à continuer comme ça pour l'instant, à trouver mon équilibre. Là depuis quelques mois, c'est le cas, et puis, de continuer sur la même lancée. Avec l'équipe, ça se passe très bien, donc, continuer comme ça. » (E2P1)
« J'aimerais bien, pouvoir trouver un autre kiné, mais on a beaucoup de mal, parce que j'ai de la place dans le cabinet pour avoir un autre kiné mais, je ne trouve pas pour l'instant. Enfin ça ne fait pas longtemps que je cherche non plus. » (E2P3)
« Hum. Ben, oui, c'est peut-être ce qu'il faut que tu fasses peut-être. » (E2P1)
« Moi j'aimerais bien trouver quelqu'un, pour ne plus être toute seule. J'avais pris le, le chemin de, l'option de, d'ouvrir un cabinet, de créer un cabinet, et non pas, de racheter une clientèle ou une patientèle. Et euh mais bon, je me rends compte que travailler tout seule, ça a, je savais parce que je l'ai fait avant, longtemps, ailleurs. Ça a quelques contraintes. » (E2P3)

2.3.3.2. Le développement d'un tour de garde

« Et moi, je ne sais pas, j'aimerais qu'on parle aussi éventuellement, des kinés respiratoires, de, de, y'a toute cette problématique à Lannion quand même, de kinés respiratoires l'hiver, sans... (Rires). Voilà chacun, chacun, se débrouille enfin bon, et donc j'aimerais bien trouver quelqu'un et pouvoir travailler à deux. » (E2P3)
« On avait essayé de monter y'a un an et demi, un an, un réseau, au niveau période, je crois, novembre, quinze novembre - quinze février, quelque chose comme ça, un réseau où on aurait tourné au sein de Lannion et même un petit peu plus large. On avait trouvé quelques kinés. Notamment certains étaient d'accords avec [...], [...] et ceux qu'on connaissait. Mais, on a été très

peu à être ok, ou à se prévoir des week-ends, donc c'est très vite tombé à l'eau. Mais après s'il y'en a un peu plus, ce sera sans problème. Mais ça, je crois que c'est au sein de notre profession, faut essayer de se réunir et... » (E2P1)

« Oui, c'est pas. » (E2P3)

« ...Et d'en discuter mais, effectivement. C'est vrai, on avait essayé de lancer quelque chose et c'est très vite tombé à l'eau, y'avaient trop peu de volontaires. Chacun se débrouillait dans son propre coin. Mais en même temps, souvent, ben déjà nous, on est à quatre au cabinet donc... » (E2P1)

« ...Nous on tourne à un le week-end, y'a une personne, et on s'arrange comme ça. Et si vraiment y'a personne, on va appeler quelque de notre petit réseau. En demandant un tel, et puis à l'inverse, ceux du secteur, ils nous téléphonent aussi : « bah tiens [...] nous, on est vraiment coincé, j'ai deux ou trois bébés ». « Ben y'a pas de soucis. Y'a un tel qui est là, ce week-end au cabinet », et puis voilà. Donc si t'es embêtée, n'hésite pas. » (E2P1)

« Oui j'ai quelques... » (E2P3)

« Et à l'inverse, si on est vraiment coincé pour des week-ends et ben... C'est intéressant de savoir qu'on peut s'entraider. » (E2P1)

« Moi je me débrouillais avec le kiné de [...] mais... » (E2P3)

« Ben plus on est, mieux c'est. » (E2P1)

2.3.3.3. L'intégration dans une MSP pour collaborer avec d'autres professionnels et partager la pratique

« Et moi alors dans cinq ans, euh, moi, j'aimerais bien rejoindre, une maison ou un groupe médical où je puisse partager avec des professions qui sont proches, proches de la mienne, ou pas d'ailleurs mais, pour vraiment, comment dire... Des gens avec qui avec, qui on s'entende, et on puisse discuter et avoir plusieurs approches. Moi je sais que dans la podologie, déjà c'est pas, c'est pas uniquement les pieds, on agit sur plein de choses. Euh, moi je sais que j'envoie certains de mes patients chez des dentistes, très bizarrement, et je ne leur fais pas de paires de semelles. Et puis je travaille avec des kinés, et des ostéos, et je crois en tout cas que la podologie, ce n'est pas une profession qui peut avoir la prétention de résoudre tous les problèmes toute seule quoi. Enfin moi je sais dans mon métier, vraiment, plus on est à travailler sur le, à prendre en charge en fait le même patient et plus les résultats, ils sont, ils sont probants, ils sont rapides. Et moi je vois certains patients qui sont suivis en kiné, par exemple, qui sont suivis en kiné-ostéo, qui sont en dentaire, ou, enfin, ben, les améliorations, elles sont, elles sont nettes dès le mois, dès le mois qui suit en contrôle. Et puis contrairement à ça, des gens qui, qui ne sont pris en charge par personne d'autre que moi, et ben finalement on y arrive et des fois on n'y arrive pas complètement et ça peut durer trois, quatre, six mois, quoi. Voilà, donc moi personnellement, pour ma part et, pour ma profession, le, la notion de pluridisciplinarité, elle est vraiment très importante, enfin voilà. » (E2P2)

« Et je sais que, si par exemple dans cinq ans y'a un projet de maison médicale ici, moi ça m'intéresserait vraiment de participer à ça et de déménager pour intégrer... » (E2P2)

« Après, c'est probable, enfin, je pense que c'est amené à se mettre en place un jour aussi. » (E1I6)

« Non, à part que la MSP, c'est comme ça que se fera la majorité des choses » (E1I7)

2.3.3.3.1. L'exercice au sein d'une MSP option pourrait se réaliser d'emblée ou secondairement pour certains jeunes médecins

« Peut-être pas immédiatement, comme on le disait tout à l'heure. » (E1I6)

« Pour l'installation, ouais. Ce serait bien de commencer directement par ça, que de commencer après, par faire un cabinet, que, après se dire bon, maintenant on va faire... [...] Donc, ce sera mieux de commencer directement par ça. » (E1I7)

« Ça ne me dérangerait pas ouais, de commencer, enfin ouais, j'aimerais bien commencer directement dans une MSP. Sinon cela te fait investir dans un cabinet puis, ensuite investir dans un autre. Bon, la partie sera moins longue. » (E1I7)

« Directement par une MSP ?

Hum. » (E1I7)

2.3.3.3.2. Cet exercice est l'avenir de l'exercice de la médecine générale

« Surtout que nous, si on ne s'installe pas, ben, pour moi dans trois à cinq ans, ce sera vraiment dans l'air du temps. » (E1I7)

2.3.3.3.3. Mais encore, faudrait-il commencer à lancer les projets de MSP

« Que ce soit bien fait quoi ? » (E1I4)

« Mais faudrait qu'elle soit déjà en projet, quand les murs, enfin que les murs commencent à être montés quoi. » (E1I7)

« Un médecin dans une MSP qui part à la retraite et toi qui récupères... » (E1I4)

« Non pas forcément, c'est-à-dire y'a une MSP qui se crée, « ben écoutez, si dans un an elle est montée, moi en attendant je continue à faire des remplacements, puis après je viendrais là ». » (E1I7)

« Ouais, ben voilà, en disant : « moi, je veux faire ça et ça, est-ce que vous êtes d'accord ? » » (E1I7)

2.3.4. L'orientation vers le transfert de compétence

« Alors après y'a aussi la répartition, la vraie répartition des activités de chacun, je ne sais pas si vous allez aborder ça, peut-être après. C'est-à-dire que, on disait que si y'a des médecins ou des gynécologues qui s'arrêtent, pourquoi pas essayer de comprendre quelles étaient leurs activités réelles et de savoir si toutes leurs activités obligatoirement doivent être faites ou reprises par un gynécologue ou réalisées. Par exemple nous sages-femmes, on est tout à fait capable de suivre des grossesses simples, cela fait partie de notre activité et de notre profession. Encore faut-il que les médecins acceptent de les, ben de partager aussi, de déléguer... » (E2P6)

« De laisser faire, voilà. » (E2P6)

2.4. Le changement d'activité pour certains professionnels installés

2.4.1. La cessation d'activité malgré une succession non assurée, avec une relève encore moins certaine pour un praticien en exercice isolé

« Alors, moi, je suis très proche et j'ai un gros point d'interrogation, à savoir qu'effectivement, on ne trouve pas de personne pour prendre la suite... Et puis, plus personne ne veut racheter de clientèle toute façon et puis, je crois que même si on la donnait... C'est très difficile de trouver un successeur.

» (E2P4)

« Moi je suis mal placée pour en parler, parce que normalement, je prends ma retraite dans un an et demi. Moi je n'ai pas tellement envie de changement. Bon je veux bien lever un petit peu le pied, pour justement, si je ne trouve pas de successeur, ne pas laisser les patients dans le vague ou réussir à les redispacher. » (E2P4)

2.4.2. L'orientation vers une activité mixte, libérale et salariée, pour bénéficier des avantages de chaque mode d'exercice

« Mais c'est vrai pour ma part, j'ai peut-être envisagé un moment donné de faire un mi-temps à l'hôpital et un mi-temps en libéral, pour avoir le positif de chaque, de chaque structure. Puis bon là, finalement c'est quand même le libéral qui me plaît et qui me convient bien, mais je ne nie pas ça, pourquoi pas dans un second temps ou peut-être dans quelques années choisir ce fonctionnement-là. Je ne sais pas... » (E2P1)

2.5. Ils espèrent une prise de conscience des vrais coûts de la santé par les patients

« Par contre ce que je trouve, qui serait important, ce serait que les, la population générale soit éduquée, par rapport au fait que finalement le médecin généraliste ce n'est pas toujours celui qui coûte cher à la société. Et parce que la consultation est à vingt-trois euros et que donc, quand ils calculent, ils se disent ça fait du cent, ça fait plus du cent euros par heure, c'est énorme, et tout. Donc voilà, ce serait bien, moi je trouve que, que soit remis, que soit proposé des chiffres aux patients, quand ils vont voir un spécialiste, quand ils vont faire un examen, qu'est-ce qui part dans... Enfin, pas que la comptabilité du médecin généraliste soit expliquée au patient, mais en tout cas qu'on ne soit pas aussi stigmatisé que ça. Je trouve, c'est ça qui est bien pénible en fait. Je trouve qu'on gagne bien notre vie, mais on n'est pas abusivement payé, quoi. » (E1I2)

« Pas abusivement non plus, quoi » (E1I3)

2.5.1. Parce que la plupart des actes sont remboursés par la sécurité sociale, le tiers-payant ne permet pas de prendre conscience des coûts de la santé :

« Je pense que c'est plutôt quelque chose de, avec les gens, les gens qui sont remboursés avec la Sécurité Sociale et les actes non remboursés. Dans la mesure où c'est remboursé, les gens viennent vous voir, y'a pas le même impact que, quand il n'y a pas de remboursement. Je pense que c'est surtout ça, c'est le problème des psychologues, des... » (E2P5)

« Des ostéos. » (E2P6)

« Ostéos, que nous, que les gens viennent voilà, de toute façon... » (E2P5)

« Oui, parce que de toute façon, c'est remboursé, effectivement. » (E2P4)

« Le jour où on ne sera plus remboursé, où s'il y a une part à leur charge, là il changera et là effectivement... Mais tant que c'est remboursé... Souvent elles donnent leur carte vitale, elles patientent et je leur dis combien ce que cela représente, mais elles s'en fichent. « Mais attendez, là c'est tant de soins, y'en a pour telle somme », elles s'en fichent. Tant qu'elles ne font pas le, le chèque. » (E2P5)

« Oui, parce que vous êtes payées directement.... » (E2P4)

« Oui par la sécu. » (E2P5)

« [...], non payée directement, aussi par la sécu ? » (E2P4)

« Ça dépend des caisses. » (E2P1)

« Ah oui, sauf les caisses extérieures. » (E2P5)

« Ouais, nous on a peu de tiers-payant, mais y'en a quand même. » (E2P1)

2.5.2. Par une éducation du coût de la santé par l'uniformisation du paiement des soins

« C'est vrai que certaines caisses, moi, j'essaie de les faire sautées, si on n'a plus le chèque, pour que les gens fassent le chèque et qu'ils se rendent compte de la valeur, quitte à ce que j'attende de l'encaisser mais... » (E2P1)

« Moi, je serais assez pour ça, ouais. De leur faire, faire le chèque quand même. » (E2P6)

« Mais pour certains vous leur demandez de faire le chèque, y'en a qui ne veulent pas. » (E2P1)

« Vous ne travaillez par avec les mutuelles, avec les conventions ? » (E2P4)

« Bah, si certaines, mais je ne sais pas pourquoi, certaines mutuelles, notre logiciel les prend automatiquement et donc les patients n'ont pas à avancer les soins et je trouve ça dommage. » (E2P1)

« Moi je fais régler. » (E2P4)

« Ouais c'est bien. » (E2P1)

« Et les gens sont remboursés, soixante pour cent par la caisse, quarante pour cent par leur mutuelle. » (E2P4)

« Nous c'est l'hôpital. C'est voilà, l'hôpital, elles donnent leur carte vitale, et voilà, si elles viennent nous voir elles donnent leur carte vitale aussi, si on se démarque de l'hôpital, effectivement, elles se diront ben, nous on va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)

« Oui. » (E2P4)

« On va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)

« C'est sûr que, en même temps y'a... » (E2P4)

« Parce que en même temps vous vous démarquez déjà, parce que vous êtes, le local, est hors hôpital, donc peut-être que c'est plus, euh, je ne suis pas sûre, de ça, je ne suis pas sûre de ça, il faudrait essayer pour voir. » (E2P1)

« Non, mais les soins de maternités sont pris en charge à cent pour cent par la sécu. » (E2P3)

« Elles n'ont pas l'habitude de les payer. » (E2P5)

« Nous, les soins ne sont pas pris à cent pour cent. » (E2P3)

« A non, c'est du tiers-payant avec la carte, voilà. Une patiente, une patiente qui... » (E2P5)

« C'est une question de taxation. » (E2P6)

« Oui voilà. » (E2P5)

« Nous, on a juste les ALD finalement qui sont pris à cent pour cent, les CMU, les choses comme ça... » (E2P4)

« Voilà. » (E2P5)

« Les CMU, les ALD, etc. » (E2P3)

« Ah oui, je n'avais pas compris ça. Oui, oui je ne les fais pas payer. » (E2P1)

« Mais les autres qui ne sont pas à cent pour cent en maternité, elles, on les fait régler. » (E2P5)

« Ah ouais, alors y'a pas de solution pour les cent pour cent pas... » (E2P1)

« Non, finalement c'est pour leur faire prendre conscience du coût de la santé. » (E2P6)

« Oui du coût. » (E2P5)

« Enfin moi, j'aurais tendance à les faire payer pour qu'elles s'en rendent compte. » (E2P6)

« Oui. » (E2P5)

« C'est-à-dire que, si elles ne viennent pas à une consultation, ben, elles s'en foutent quoi. De toute façon, jamais, elles paient, enfin jamais, on leur demande un chèque. Bah oui, mais ça coûte quand même ça. » (E2P6)

« Normalement, ils reçoivent quand même après, le décompte. » (E2P4)

« Oui. Oui, tout à fait. » (E2P6)

« Je ne suis pas sûre s'ils le regardent. » (E2P4)

« On le range le papier ou on le met à la poubelle et point. » (E2P4)

« Ne serait-ce même pour les dépassements, elles nous appellent nous, par exemple, pour les suites de couches en nous disant : « est-ce que vous ne pourriez pas venir peser le bébé le dimanche ? ». « Ah,

dimanche... », bon ben, ouais, mais y'a quand même un surcoût du dimanche, un surcoût de, ben y'a le déplacement, y'a ceci, alors qu'elles vont faire leurs courses, donc elles pourraient aussi se déplacer au cabinet le lundi, finalement plutôt que de nous faire nous déplacer. Et je pense que si on les faisait payer elles se rendraient compte du coût, même si de toute façon elles sont prises en charge à cent pour cent. Mais, je pense que sur la prise de conscience, on a à travailler là-dessus. » (E2P6)
« Tous les psy disent quand même que c'est très mauvais que les gens ne paient pas. » (E2P4)

3. Les attentes concernant une MSP

3.1. Les besoins locaux doivent être manifestes pour la création d'une MSP

« C'est vrai, c'est vrai qu'on entend là, en ce moment beaucoup parler des communes, des communautés de communes qui, qui proposent de construire une maison de, de, une maison pluridisciplinaire, qui proposent aux professionnels de venir les rejoindre. Je pense que, pour que ça réussisse, je pense que, ça doit, ça doit vraiment partir des professionnels qui sont déjà là quoi, pour que, pour que ça marche. » (E1I3)

3.1.1. De la part des professionnels locaux, un besoin et une volonté d'aller vers le changement doit être évident

« Puis est-ce que surtout, les médecins qui sont déjà là maintenant, ont envie, eux, de changer leur pratique là maintenant, sachant qu'ils sont à cinq, dix ans de la retraite, est-ce qu'ils ont envie de s'investir dans un projet comme ça, quoi ? [...] Ben c'est sûr on ne peut pas monter une MSP, ça c'est sûr quoi. Il faut aussi qu'il y ait une dynamique, un petit peu, déjà locale, donc... À moins d'arriver à plusieurs jeunes médecins, mais, ça c'est déjà, un peu plus compliqué. » (E1I3)

« je pense que l'idéal, c'est quand on est installé dans un, une commune, qu'on s'entend bien avec tout le monde et qu'à un moment on se dise tous : « ben tiens, on est tous dans des locaux pourris, est-ce qu'on ne ferait pas mieux de se regrouper tous ensemble et mutualisons les moyens. On se connaît, on a déjà travaillé ensemble. On monte le projet tous ensemble ». Je pense qu'effectivement, c'est l'idéal. (Hum). Après c'est un gros projet, mais je pense que cela peut être vachement, vachement stimulant. Je trouve aussi pour la pratique, de se dire aussi « on prend un nouveau départ », quoi. » (E1I3)

3.1.2. Mais cette motivation soit aussi venir des jeunes médecins arrivant

« Donc effectivement, c'est à nous de nouveau de, ben de lancer ces projets-là. » (E1I3)

3.2. Le travail des professionnels nécessite une collaboration mutuelle

3.2.1. Les partenaires les plus indispensables pour travailler sont ceux qui font le lien entre le professionnel de santé et le patient : la secrétaire, l'assistance sociale et l'infirmière

« C'est vrai que, les infirmières, cela paraît, un peu indispensable. » (E1I3)

« Le plus indispensable, je dirais. [...] Autres les collègues, enfin autre les autres médecins, la secrétaire en un, ensuite l'infirmière, kiné. Je dirais après, sage-femme. » (E1I7)

« Assistante sociale, comme tu l'as dit tout à l'heure » (E1I6)

« Assistante sociale aussi. » (E1I7)

« Pour qu'il y ait une antenne... » (E1I6)

« Peut-être même avant l'infirmière. » (E1I7)

« Peut-être ça, avec la secrétaire. » (E1I7)

« Et pourquoi pas infirmière. » (E2P1)

« Infirmières, c'est très important aussi, » (E2P2)

3.2.1.1. Parce qu'ils mettent en place les aides à domicile

« Pour mettre en place les aides à domicile. » (E1I6)

3.2.1.2. Parce ce qu'ils effectuent les demandes d'aides financières

« Ouais Voilà, remplir la paperasse. » (E1I6)

« Remplir les papiers, ouais. » (E1I7)

« Les papiers pour le Conseil Général, tout ça, les demandes d'APA... Ça aussi, ça permet de gagner du temps. » (E1I6)

3.2.1.3. Parce qu'ils interviennent régulièrement au domicile des patients, et sont donc plus réactifs dans la prise en charge

« pour moi ce qui est le plus proche » (E2P2)

« puisqu'elles sont en contact direct des les patients et c'est elles qui parfois... Moi, c'est des infirmières, qui m'appellent pour me dire : « voilà je suis allée à domicile et cette personne, elle nécessite de soins ». » (E2P2)

3.2.2. Aucune catégorie de professionnel de santé en libéral n'est exclue au sein de la maison de santé pluridisciplinaire

« Donc, moi je pense que chacun a sa place. Même un diététicien, je veux dire, alors c'est peut-être pas paramédical ou médical, mais dans la prise en charge des patients diabétiques, et ben, dans le réseau y'a les podologues, y'a les médecins généralistes, ben y'a aussi, y'a des endocrinos, et puis, et puis, y'a l'éducation aussi, par les diététiciennes, les manières de manger, de s'alimenter, comment... »

3.2.2.1. La collaboration avec les médecins est aussi importante, surtout les généralistes, puis les dentistes et les gynécologues

« Avec quels professionnels ? Pour moi ce qui est le plus proche : c'est kiné, ostéo, médecin généraliste pourquoi pas, médecin du sport pourquoi pas. » (E2P2)

« Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure. » (E2P1)

« Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure. » (E2P2)

« Pour nous, les sages-femmes c'est aussi, les médecins généralistes, et les gynécos. » (E2P4)

3.2.2.2. Les kinésithérapeutes, les podologues, les sages-femmes sont des aussi des partenaires pour travailler en MSP

« Kiné. » (E1I7)

« Kiné, ouais. » (E1I6)

« Oh, non, podologue, sage-femme » (E1I7)

« Podologue, ouais » (E1I3)

« Podologue ouais. » (E1I4)

« Ouais, podologue c'est intéressant. » (E1I7)

« Pour nous, les sages-femmes [...] Mais pourquoi pas kiné aussi. » (E2P4)

3.2.2.3. Les professionnels, ayant une activité majoritairement au domicile, peuvent faire des vacations dans la MSP

« Une forme de... Parce que y'être toute la journée... Nous, on fait pas mal de domicile, donc, c'est vrai que, nous le cabinet, on n'y est pas, après, je ne sais pas, faut voir, voilà sous quelle forme financièrement est-il plus intéressant pour nous de dire, bon ben, voir ponctuellement, qu'est-ce qui est libre ? » (E2P6)

3.2.2.4. Les jeunes étudiants ne sont pas exclus mais plutôt sollicités, surtout ceux en fin de formation initiale

« Prendre un interne en, que cela soit en stage prat ou en SASPAS, ben moi, j'aimerais bien le faire » (E1I6)

3.2.2.4.1. Parce qu'ils permettent de reconsidérer sa prise en charge habituelle et d'actualiser les pratiques

« Parce que d'une part c'est te remettre en question, de voir des jeunes arriver. [...] Enfin moi, je pense qu'on a tout à y gagner » (E1I6)

« Nous, on prend les étudiantes, les étudiants y'a de plus en plus d'hommes sages-femmes. Les étudiants, non, non, au contraire, je trouve ça très intéressant parce que cela nous permet, nous aussi de nous remettre en cause, quand on est sorti de l'école y'a vingt ans. Ben ça évolue. Je trouve qu'en libéral, comme on est un petit peu en dehors de, je dirais, de tout ce qui peut se dire, des protocoles hospitaliers, enfin donc, je pense que les étudiants, nous permettent aussi, ben d'être un peu aussi à la hauteur. Moi je trouve ça très intéressant. » (E2P6)

« et d'avoir de nouveaux points de vues, les nouvelles études, nous, on n'a pas pris le temps de lire telle ou telle chose, de voir aussi que, les enseignements, les enseignements évoluent, changent » (E2P1)

« Nous aussi on est sollicité et au contraire. Non, c'est très intéressant, enrichissant d'apporter sa connaissance » (E2P1)

3.2.2.4.2. Parce qu'ils permettent de participer à des projets de recherche

« Bon puis c'est intéressant aussi parce que c'est vrai parfois, on aide aussi à des sujets de mémoire, ben comme vous, donc on élabore, enfin elles élaborent des tests. Nous, y'a

beaucoup de femmes, enfin y'a des hommes maintenant en orthophonie. Donc c'est intéressant, oui. C'est sûr. » (E2P4)

3.2.2.4.3. Parce qu'ils sont l'occasion d'échanger et partager la pratique professionnelle
« et puis aussi de faire partager, parce qu'il y a également des médecins, des internes qui nous appellent pour venir une ou deux journées et ça c'est aussi très intéressant de, ben de communiquer, ben de voir nous sur le terrain, nous, ce qu'on peut faire, sur quoi on peut intervenir. Et là encore on échange quoi, entre professionnels. C'est très enrichissant. » (E2P1)

3.2.2.4.4. Parce qu'ils sont les professionnels de demain

3.2.2.4.4.1. Ce sont des potentiels remplaçants

« Euh, et puis après, ben, si tu veux, question organisationnelle, trouver des remplaçants plus facilement, ben t'as un pied déjà avec les étudiants. Tu vas avoir un pied dans la fac entre guillemets, tu, t'as des contacts avec eux, tu... » (E1I6)

3.2.2.4.4.2. Ils vont constituer la relève

« Etre un peu aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant d'avoir des internes, et tout ça. En se disant, ben, ça ne va pas être éternel. Donc cela va permettre aussi qu'il y ait des jeunes qui viennent, qui voient comment cela se passe et, qu'ils aient peut-être envie de nous rejoindre. Et, je pense que c'est aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant quoi. » (E1I3)

3.2.2.4.4.3. Parce qu'ils permettent de se faire reconnaître en tant que professionnel à part entière

« Nous aussi, on a un médecin qui nous a sollicité, un jeune médecin là, qui va venir passer une semaine avec nous, fin août, moi j'étais très surprise et j'ai trouvé ça super. » (E2P6)

« Ouais, c'est bien. » (E2P1)

« C'est bien qu'un médecin accepte, enfin accepte de demander à une sage-femme, qu'on lui explique des choses, c'est ouf ! Ça fait du bien de voir que, que l'on est reconnue. » (E2P6)

« C'est vrai. » (E2P5)

3.2.2.4.4.4. Même s'il faut du temps à leur consacrer

« Ah moi, j'en ai eu des stagiaires. J'ai abandonné maintenant. » (E2P4)

« Moi j'ai un peu abandonné là ces dernières années, parce que je trouve que si on veut bien le faire ça demande beaucoup de temps. » (E2P4)

« Parce qu'effectivement on voit le patient, on explique un peu pendant que le patient est là, mais on ne peut pas, s'étendre trop. Il faut reprendre après, enfin si le stagiaire est intéressé, c'est sûr, mais faut reprendre après, à la fin de journée, dire voilà : « on a fait ça parce que, qu'est-ce que tu en penses ? », etc. Donc il faut compter au moins encore une heure après... Mais c'est bien. » (E2P4)

« Nous, on a l'avantage du transport entre chaque patiente, donc... » (E2P6)

« On peut papoter entre deux patientes. » (E2P5)

3.2.2.4.4.5. Cependant en début de formation, leurs intérêts au sein de la MSP sont souvent limités

« Les externes après, enfin, pour la découverte de stage de la médecine générale, Je pense que c'est un peu plus, enfin, peut-être que tu as un peu moins de contrepartie, quoi. Enfin, c'est plus, ça va plus, dans un sens que dans l'autre. » (E1I6)

3.2.2.5. Le travail avec d'autres spécialistes, comme le cardiologue, le pneumologue, le rhumatologue et l'endocrinologue, est apprécié dans la MSP, sans pour autant ressembler à une miniclinique

« Moi, j'aimerais bien un cardio... » (E1I4)

« Oui, un spé. » (E1I5)

« J'allais le dire... » (E1I2)

« Un cardio pas loin. » (E1I5)

« Un p'tit cardiologue comme ça... » (E1I4)

« ouais, faut pas rêver ! » (E1I5)
« Ouais, parce que y'a pas grand-chose. Tu regardes autour de [...]. T'en as sur [...], après euh...T'as quoi... [...]... [...]... [...], y'en a un, j'crois aussi ? » (E1I6)
« Peut être » (E1I4).
« Après tous les petits bourgs, enfin les communes plus petites... » (E1I6)
« Ben, [...], y'en a un aussi ? » (E1I7)
« y'en en un aussi. » (E1I6)
« Pour bien faire cardio, pneumo, rhumato ! » (E1I6)
« Endoc ! » (E1I7)

3.2.2.5.1. Leur intervention au sein de la MSP est hypothétique

« Tu crois qu'il aurait des spécialistes qui seraient d'accord pour faire ça ? » (E1I5)
« Hum, moi je pense. Enfin, je suis peut-être naïf mais...Je... » (E1I2)
« J'ose espérer. » (E1I3)
« Ne serait-ce que les débutants, tu vois, les jeunes qui ont fini leur clinicat, qui veulent faire du libéral, qui en sont, qui sont au point où, nous, on en est maintenant, peut-être ? » (E1I4)
« Ou même t'en as à l'hôpital qui veulent faire un peu de libéral. Je pense ouais, qu'il y aurait des gens qui pourraient être intéressés. » (E1I4)

3.2.2.5.2. Pourtant le regroupement permettrait une prise en charge coordonnée plus efficace

« C'est vrai que tous les cardio, qui sont seuls dans leur cabinet, c'est vrai que, ce serait aussi simple pour eux de se regrouper aussi. On va finir pas monter une petite clinique, mais euh... » (E1I7)
« Ouais mais, pour eux, ce serait aussi bien de se regrouper avec un généraliste, parce que ce serait aussi bien et ce serait plus rapide. » (E1I7)

3.2.2.5.3. Leur présence dans la MSP pourrait se faire sous forme de vacation

« Sur [...], y'a ça. Y'a les ORL de [...] qui viennent sur [...], reprendre... » (E1I7)
« En ville ? » (E1I6)
« Je crois ouais, je crois que c'est en ville, reprendre le cabinet de l'ancien ORL qui est parti. Donc, ils tournent un petit peu, je crois, je crois qu'il y a docteur [...] qui y va et, je ne sais plus qui d'autres. » (E1I7)

3.2.3. Il est préférable de commencer un travail de collaboration avec des anciens collègues

« Le mieux, c'est déjà avec qui on a travaillé, pour voir si on s'entend avec eux ou pas. » (E1I6)

3.2.3.1. Le nombre de professionnels dans la MSP est difficilement chiffrable

« Tu veux dire que toi, dans ta maison de santé, tu veux plusieurs généralistes ? » (E1I4)
« Euh, ouais, je, ouais je verrais bien. » (E1I2)
« Trois, ce serait bien » (E1I4)
« Faut pas être trop nombreux aussi » (E1I3)
« Enfin, je ne m'imaginais pas dans une maison de santé, avec dix généralistes, trois kinés, trois infirmières, un cardio, un pédiatre, un machin... » (E1I4)
« Pour moi, je pense qu'il faut que cela reste quand même à taille humaine, c'est-à-dire : cinq, six. Enfin je vois mal une maison avec dix ou douze praticiens, quoi. » (E2P4)
« [...], ils sont nombreux. » (E2P6)
« Ah ils sont très nombreux ? » (E2P4)
« Ah ouais, je crois qu'ils sont cinq généralistes maintenant, plus une psychologue, une diététicienne, y'a deux kinés, une, un podologue, une orthophoniste, une orthophoniste, voire deux... » (E2P6)
« Deux. » (E2P4)
« Deux orthophonistes, il me semble, je pense qu'ils sont assez nombreux, qu'ils sont une bonne petite quinzaine, j'aurais dit là comme ça. » (E2P6)
« Ah ! Une douzaine. Mais, euh, enfin, là je parle en tant que patiente. Moi, je trouve que cela à l'air, cela ne fait pas le gros truc, quoi. Ça fait pas gros, enfin oui. L'avantage en tant que patient, c'est qu'effectivement d'avoir plusieurs médecins généralistes, c'est que en cas d'urgence, y'en toujours un. » (E2P6)
« Toujours un disponible. » (E2P4)
« Ils sont, en plus en réseau dans leur truc, donc c'est pas mal. Maintenant, je trouve que cela ne fait pas usine pour autant. Je ne trouve pas moi, personnellement, je ne trouve pas. Ça ne me

choque pas, en tout cas. Et je pense qu'il doit y avoir comme ça des échanges comme ça de bureaux, j'ai l'impression, ça peut être aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait douze bureaux quand même. » (E2P6)

« Je crois que mes collègues ne fonctionnent pas à temps complet donc, donc partagent... » (E2P4)

3.2.3.2. Mais ils ne doivent pas être trop nombreux, car la gestion de l'intendance et de l'administration deviendrait difficile à gérer

« enfin moi, je sais que l'hôpital, il est hors de question que je travaille là-bas. Je n'ai pas envie de me retrouver dans une grosse structure avec quinze professionnels, devoir gérer ça comme, comme une mini-entreprise, d'avoir, ça veut dire des réunions aussi pour organiser tout ça. Ça veut dire que, ben que, soit il faut qu'on embauche une personne pour la gestion, ou soit qu'on le fait nous même. Ça veut dire prendre des décisions par rapport au bâtiment, enfin c'est quand même... C'est, enfin, oui, c'est une entreprise, quoi. Donc, moi je n'ai pas envie non plus de me retrouver gros truc, où j'ai l'impression d'être dans un centre. Ouais, une miniclinique, ou un mini-hôpital, quoi. Je n'ai vraiment pas envie de ça quoi. » (E1I3)

« C'est vrai aussi que plus on est, plus c'est peut-être difficile à gérer, d'un autre point. » (E2P4)

3.3. Le travail dans la MSP inclus aussi la collaboration les réseaux de santé

« Ça peut être la clinique, les spécialistes, enfin voilà. Après des choses hors médicales, je ne vois pas, forcément » (E1I7)

« Les réseaux de géronto, de soins palliatifs... » (E1I5)

« Ouais, tout ça » (E1I7)

« Ouais, tout ce qui est réseau, quoi. » (E1I5)

« avec tout ce qui peut nous, aider » (E1I7)

3.4. L'organisation de travail global au sein de la MSP serait peu différente du regroupement simple de professionnels mais présente une collaboration plus étroite

3.4.1. Avec une liberté d'exercice pour chacun des professionnels

« Moi, je ne pense pas que, foncièrement, cela change. [...] Mais du coup, (Rires). Mais du coup, enfin moi, non, je ne pense pas que pour le coup, cela changera ma journée. » (E1I4)

« Pour ma part ce serait chacun quand même indépendant » (E2P1)

« Mais après on reste en libéral, et là c'est plus, un travail indépendant » (E2P1)

« Mais chacun gardant sa propre clientèle, indépendance, clientèle. » (E2P4)

3.4.2. La MSP met à disposition d'un espace commun à partager, mais dont on pourrait prévoir toutes les configurations selon les besoins

« je veux dire que tout est envisageable » (E2P2)

3.4.2.1. Cependant deux besoins structurels ressortent : une salle commune pour les échanges de pratiques et un accueil central

3.4.2.1.1. La nécessité d'une salle commune dans la MSP, pour des échanges et des bureaux de travail autour, est soulignée pour la pratique quotidienne

« Je pense qu'il faut une grande salle commune avec un... » (E1I7)

« non mais, un truc, mais vraiment comme une grande salle commune, un peu comme à l'internat où on puisse se retrouver, tout le monde. » (E1I7)

« Ouais, que si on se croisait dans une salle commune, de détente, où là, on échangerait encore plus facilement. C'est certain. » (E2P1)

« mais avec une zone au moins commune peut-être le secrétariat et une zone commune de détente pour s'échanger. » (E2P1)

« mais avec plus des zones communes d'échanges. » (E2P1)

« Et puis après en arrière, en arrière-plan, ben voilà, une salle, pourquoi pas une salle de réunion » (E2P2)

3.4.2.1.2. Pour se détendre

« Ouais, une salle de pause. » (E1I5)

« Ouais voilà. » (E1I7)

« La salle de pause, c'est bien pour ça. » (E1I6)

« La salle de pause, oui c'est vrai, ça peut être pas mal. » (E1I7)

« Une salle de pause en commun. » (E1I6)

3.4.2.1.3. En essayant de s'aménager des temps de pause sans pour autant en abuser

« Encore faut-il, qu'on puisse des pauses dans la journée. » (E1I7)

« Faut les prendre ! » (E1I3)

« Faut les demander. Là où je suis actuellement, on s'accorde, même s'il y a des personnes qui attendent... C'est sans rendez-vous. S'il y a des personnes qui attendent, on se donne un petit quart d'heure, comme ça, on essaie de se retrouver autour d'un café. » (E1I6)

« Peut-être que sans rendez-vous, c'est plus facile pour faire des pauses, sans rendez-vous, c'est sans rendez-vous. En rendez-vous, (aspiration) c'est toujours un peu gênant quand tu arrives avec trois quart d'heure en retard... « J'étais en pause, euh... ». » (E1I7)

« Oui voilà. » (E1I6)

« J'étais en pause. Euh... » (E1I7)

« Bien sûr, faut pas abuser. On ne fait pas ça quand, y'a plein de monde dans la salle d'attente, quoi. Même s'il y a des rendez-vous, on peut faire des créneaux de pause prévus, quoi. » (E1I6)

« Hum, ouais, faut essayer. » (E1I7)

3.4.2.1.4. Pour les temps d'échanges, de collaboration et de mises en commun des compétences sont à mettre en place

« C'est juste qu'en plus, j'aurais par exemple une réunion en plus, une réunion toutes les deux semaines, une réunion par mois traitant des patients qu'on voit ensemble, qu'on suit tous ou qui nous posent soucis, enfin. » (E1I4)

« Un staff quoi ? » (E1I5)

« Ouais exactement. » (E1I4)

« Une synthèse. » (E1I5)

« Une sorte de staff pour certains patients. Oui, voilà. » (E1I4)

« Après la majorité du temps, la journée, finalement on est un peu tout seul, quoi. Enfin, on est dans notre bureau. C'est vrai que, c'est plus pour des petits moments. Cela permettrait de gagner cinq minutes, puisqu'on croise, tiens, un tel ou un tel dans le couloir, et on en parle. » (E1I7)

« Non, mais je pense, en plus c'est aussi dans des trucs non formels, dans des temps non formels, qu'ils peuvent aussi s'échanger des choses importantes, sur leur fonctionnement, sur une prise en charge, Voilà quoi. » (E1I2)

3.4.2.1.5. Ainsi qu'un espace central d'accueil avec un secrétariat partagé qui oriente les patients et en périphérie les bureaux de travail

« Une secrétaire au milieu. » (E1I5)

« Une secrétaire... » (E1I4)

« Une secrétaire, hum » (E1I5)

« Sans compter qu'il pourrait être, je ne sais pas, un secrétariat » (E2P2)

« Et ben, voilà, y'a une secrétaire, les patients, ils la connaissent, c'est la référente voilà et puis au final, ça se passe... » (E2P2)

« On rejoint ce que l'on disait tout à l'heure, un secrétariat commun, un côté administratif commun » (E2P4)

« Ben un peu comme ici en fait » (E2P3)

« Oui comme ici, une sorte de sphère, ou je ne sais pas une sphère avec un, un accueil central, et des pièces tout autour, je pense, je ne sais pas moi. » (E2P1)

« mais, avec en même temps un îlot central, quelques choses d'articulés autour de... Moi je la vois comme ça. » (E2P2)

« Ben ici, c'est ce qu'il y a. Il y a une salle d'attente, vous avez une petite salle d'urgence, et puis, les bureaux sont en éventail autour apparemment, hein ? » (E2P4)

3.4.2.2. La structure peut présenter des salles privées comme des salles d'attente pour chaque patientèle des professionnels

« Moi, j'aurais fait quelque chose de carrée, alors je vois ça très cubique. Avec des pièces de consultation qui soient de surfaces identiques pour chacun des, identiques, enfin adaptées à chaque profession. Mais, qu'on ne passe pas du huit mètres carrés aux cinquante mètres carrés. Pourquoi pas une salle d'attente qui soit attenante, à ces pièces-là et qui ne soit pas forcément commune, que

les patients par exemple, de certains praticiens soient, enfin soient dans une pièce attenante à la salle de consultation de la personne qu'ils vont voir. » (E2P2)

3.4.2.3. Une salle de garde serait éventuellement pensée

« Pourquoi pas, même s'il y a des professions qui, qui sont de garde, enfin des professionnels de garde, comme les médecins, pourquoi pas, avoir une salle de repos, aussi, [...] » (E2P2)

3.4.2.4. Une cuisine

« une petite cuisine. » (E2P2)

3.4.2.5. Les locaux d'examen peuvent aussi être partagés entre les professionnels dans la semaine

« Parce qu'on peut aussi être plusieurs professionnels dans une même pièce puis et s'organiser, enfin après il existe des cabinets comme ça, où par exemple, les infirmières l'utilisent de tel, de tel jour à tel jour, et puis un autre moment cela peut être une autre profession, si au niveau du matériel cela ne pose pas de soucis. Moi, je vois par exemple un suivi de, de grossesse, à part une table d'examen... » (E2P6)

« Qui peut être la même que la nôtre. » (E2P1)

« Qui peut être la même, voilà c'est ça, c'est... Autant pour la rééducation périnéale, on a besoin plus de matériels. Mais des consultations prénatales, des consultations d'allaitement... » (E2P6)

« Oui, postnatales. » (E2P5)

« ...Des consultations postnatales, on n'a pas besoin d'un, on peut partager aussi, un local, donc cela peut être aussi sous forme de... Pourquoi pas. » (E2P6)

« Dans ce cas-là, un local d'examen, parce qu'on a quand même chacun, son petit bazar... » (E2P4)

« Oui, oui bien sûr. » (E2P6)

« Donc un local d'examen. » (E2P4)

« Et peut-être aussi qu'effectivement y'a un roulement, comme vous le disiez. Peut-être que certains médecins sont en visite pendant que les autres sont en consultation, des choses comme ça ? » (E2P4)

« Chacun a son cabinet. » (E2P4)

« Chacun a son cabinet, c'est les autres... » (E2P6)

« Entre la diététicienne et la psychologue, je crois que y'a quelque chose comme ça. » (E2P6)

3.4.2.6. Lors de la cessation de l'activité

3.4.2.6.1. Les locaux peuvent être cédés à d'autres professionnels de discipline différente

« Non, mais même si, si les autres praticiens restent, et qu'il y a une personne qui part en retraite. Si elle n'arrive pas à céder, elle peut toujours louer à, mais à une autre... » (E2P2)

« Oui, elle trouvera quelqu'un d'autre, à s'installer. » (E2P5)

« Même à un autre professionnel de santé, pourquoi pas. » (E2P2)

3.4.2.6.2. Car il serait difficile de revendre au particulier, puisque la configuration de la structure est particulière pour le travail des professionnels, sauf si la structure comprend une structure habitable

« Avec, avec le, le, aussi la perspective de savoir si on part en retraite, de savoir si on arrive à recéder sa part ou si on se retrouve comme actuellement, à ne pas pouvoir vendre sa part, son cabinet. Y'a des cabinets qui ferment, personne ne suit derrière. Si c'est un magnifique cabinet, on a investi et autre, on se retrouve, voilà le bec dans l'eau. » (E2P3)

« Ben ça reste quand même un bien immobilier, non ? Comme tout bien immobilier, il a une valeur. » (E2P5)

« Il a une valeur, oui d'accord. Mais si c'est un, si c'est une maison pluridisciplinaire, on ne va pas mettre un appartement dans une pièce. » (E2P5)

« C'est sûr. Moi, j'exerce dans un appartement, donc si y'a personne qui reprend la suite, ben l'appartement, ben on le loue, on le vend, il redevient appartement. C'est pas un problème. Tandis qu'ici, c'est quand même une structure particulière, donc il faut retrouver... Bon alors l'acquéreur qui transformerait, pourrait en faire... » (E2P4)

« Oui mais là, après... » (E2P2)

« Nous, on a acheté une maison d'habitation qu'on a transformée en cabinet qui peut éventuellement redevenir maison d'habitation. Je pense qu'après c'est au départ quoi, prendre quelque chose qui soit habitation, soit... Y'a moyens de concilier les deux. » (E2P5)

3.4.2.7. C'est un exercice qui trouve successeur plus facilement

« Au Faou, y'a trois médecins généralistes dont deux qui sont proches de la retraite et, y'a une maison de santé pluridisciplinaire aussi qui, se créée, enfin, qui est en train de se créer. Donc les médecins, les deux médecins généralistes proches de la retraite vont travailler quelques années là, et ils ont déjà trouvé leurs, les suivants, quoi. Donc, ils acceptent de changer pour leurs dernières années » (E1I5)

« Je pense qu'effectivement toute façon les médecins, enfin la majorité, veulent pas forcément qu'on rachète la patientèle, mais au moins, donner un nom de personne à aller voir après, enfin quelqu'un qui reprend la patientèle. Donc de toute façon s'ils se rendent compte, enfin s'ils savent que cela permet de, d'avoir quelqu'un qui reprendra plus facilement, je pense qu'effectivement... » (E1I7)

3.4.2.8. Les moyens matériels et humains sont aussi partagés, permettant une diminution des charges individuelles

« En plus, ça permet de mutualiser aussi les moyens, enfin. Je veux dire, pour être à plusieurs pour avoir, je ne sais pas, un espace, pour avoir du matériel. Je parle par exemple, pour un regroupement de médecins. Enfin c'est vrai, que c'est intéressant, bah, pour s'acheter du matériel, pour faire, ben voilà des gestes, et avoir quelque chose d'un peu plus technique, ben voilà quoi. Dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant » (E1I5)

« Pour des questions de gestion aussi, de secrétariat, des, des questions d'intendance aussi, tout simplement, de secrétariat, d'allègement des charges, pourquoi pas, plutôt d'avoir chacun son petit secrétariat téléphonique. » (E2P2)

« Financièrement, ça a certainement des avantages, parce qu'on a moins de charges mais, après... » (E2P4)

3.4.2.9. Un accès facile, pour tout usager de soin est à prévoir

« Puis c'est dans l'ère du temps, toute façon maintenant les gens, enfin, ils ont besoin de se faciliter la vie, et, ils iront plus facilement dans un endroit où y'a tout, que d'aller courir à droite chez l'un, à gauche chez l'autre. C'est des questions de facilité pour eux. » (E2P2)

« Voilà. » (E2P2)

« ...Moi je parlais de la mixité, qu'il y ait plusieurs professions. Le fait d'avoir sur place plusieurs professions différentes. Euh, voilà question de facilité quoi, je vais chez mon médecin, je vais chez mon kiné, c'est la même adresse, je ne m'embête pas. Euh même moi, j'ai travaillé dans des groupements comme ça, des, des femmes, qui prenaient rendez-vous, alors, leur enfant était en kiné, en kiné, et pendant ce temps-là, elles prenaient rendez-vous, ben chez la pédicure quoi. Clairement voilà, ils faisaient d'une pierre deux coup, parce que ça tombait à pouvoir s'arranger comme ça, mais voilà. » (E2P2)

« parce que c'est une solution toujours, une solution de facilité quoi. » (E2P2)

3.4.2.9.1. L'accès handicapé doit être envisagé

« Puis y'a un côté accès qui est vachement important aussi, très important. » (E2P2)

« Ça, c'est vrai. » (E2P4)

« Pour certains d'entre nous, avec, avec les lois-là, pour l'adaptation pour personnes handicapées, il y a beaucoup de personnes qui vont se retrouver, ouais, un peu le bec dans l'eau, quoi. » (E2P2)

3.4.2.9.2. Le stationnement doit être facile

« Et puis même, y'a aussi le problème du stationnement, c'est ce qu'on disait avec [...], place du Centre, c'est galère, dans les résidences du centre, c'est pas mieux. Les gens râlent. » (E2P4)

« C'est certain, on comprend » (E2P1)

« On ne peut pas stationner. En plus le jeudi, je ne travaille pas, ben vous c'est sans doute... » (E2P4)

« Moi, je fais mes domiciles les jeudis. » (E2P1)

« Moi, je ne travaille plus parce que les gens me disent : « ah, non pas le jeudi, non pas le jeudi, y'a le marché, on ne pourra pas stationner ». » (E2P4)

« Bah bien sûr. On a récupéré trois places handicapées quand même, sur la place du Centre, on s'est battu un peu avec la pharmacie et donc on a trois belles places, sur la dizaine qui reste, c'est pas mal. C'est certain que nous l'accès, c'est pas génial... » (E2P1)

3.4.2.10. Un agrandissement éventuel de la structure dans l'avenir doit être possible

« Par contre, il faut prévoir pour l'avenir, parce que souvent les projets, c'est répondre aux besoins du moment, mais il faut essayer de prévoir pour l'extension, enfin ne pas être comme l'hôpital... Construire son truc, et puis paf, oh, c'est trop tard ! » (E117)

« Et puis voilà, on parlait de spécialistes tout à l'heure. C'est vrai que pour l'instant, ils n'ont pas besoin de venir en dehors des villes. Mais peut-être que bientôt ils pourront venir un peu en périphérie, pour, pour gagner correctement leur vie. Donc, faudrait aussi prévoir de quoi accueillir des gens en plus, et tout ça. Enfin, ça se prépare. » (E117)

3.4.3. La nécessité de mettre une place un règlement déterminant le cadre de vie et de travail du personnel

« Je crois qu'effectivement y' a intérêt à poser des, un peu des règles de bonnes conduites pour chacun, pour que ça se passe bien quoi » (E113)

3.4.3.1. Parce qu'il y a plusieurs voies possibles de prise en charge, en solitaire ou commune

« puisqu'on n'a quand même pas besoin non plus, tout le temps besoin des autres pour la prise en charge. Y'a quand même plein de choses qu'on peut faire tout seul, voilà. Après les infirmières, oui, on en a besoin un plus régulièrement que les kinés. Bon mais, cela ne mérite pas forcément non plus, qu'à chaque fois, qu'on en discute. Voilà, y'a plein de choses qu'on peut surveiller et ce sera plus rapide pour le patient. C'est, je ne sais pas, si on en voit un dans la journée qui nous pose problème en moyenne. On n'a pas besoin des autres, et tout ça, et c'est déjà pas mal. » (E117)

« Y'a des choses qu'on peut tout faire tout seul. » (E116)

« Ouais, on peut quasiment tout faire » (E117)

« Oui mais au sein d'un regroupement, vous offrez encore plus de, vous offrez... De groupement de mêmes professions, je parle ... Vous offrez encore plus de choix. » (E2P2)

« Oui, de mêmes professions. » (E2P3)

3.4.3.2. Parce que des conflits sont inévitables dans leurs relations, les professionnels doivent s'accorder entre eux en établissant un cadre d'exercice commun

« Je pense que y'a, faut voir effectivement ça, ce sont les inconvénients relationnels, et machin » (E117)

« Encore faut-il que, parce que c'est vrai, quelques fois que le kiné du village et tout ça... On n'aime pas sa pratique donc... » (E117)

« Faut pas rêver, c'est pareil. Faut arriver à trouver tous les acteurs qu'on bien aime dans la maison » (E117)

3.4.3.2.1. Pour ne pas créer de relation asymétrique, de supériorité, de hiérarchie

« pour que y'ait pas une certaine hiérarchie qui se crée. Et que, qu'on n'ait pas l'impression que, ce soit, soit le médecin qui dicte tout à l'infirmière, soit l'infirmière qui complètement en réaction contre le médecin, fait complètement l'opposé » (E113)

3.4.3.2.2. Pour établir les objectifs qui seront communs aux professionnels

« si tu ne t'entends pas avec tes collègues, (Rires). Ça peut vite devenir négatif. Tu construis quelque chose, tu t'engages et puis, tu te rends compte que ça ne marche pas. T'imagines que tes collègues ou médecins ou autres, ils ne développent pas la même ambition que toi, je ne sais pas ça... Je, ouais... » (E115)

3.4.3.2.3. Parce que la recherche du bénéfice financier ne doit pas être une priorité

« Ouais, mais, bon pour, y'a des gens qui voient aussi le regroupement médical comme la facilité d'avoir des patients, de développer une plus grande patientèle, parce que c'est ça aussi. Faut pas, faut pas se leurrer. Et puis... » (E2P2)

« On en a parlé tout à l'heure, et c'est vrai, y'a des personnes qui rejoignent des, des maisons de santé parce que, parce qu'elles bénéficient de, de l'impact des patients de, de, pour ma part par exemple, du kiné, qui va être à la porte d'à côté, donc voilà, ou, du médecin » (E2P2)

« Dans la semaine. Je laisse, j'ai un délai de cinq jours et j'attends cinq jours. Enfin j'attends une semaine finalement, je les reçois la semaine suivante, mais je ne fais pas ça dans le, toute de suite. » (E2P2)

« Et, je ne le ferais pas non plus s'il y avait... » (E2P2)

« On revient au supermarché. » (E2P4)

« C'est aussi du risque dans ces cas-là, de gens qui vont passer du kiné, à l'orthophoniste, à la pédicure, alors de midi à, ou de deux heures à quinze heures trente, alors une demie heure chez l'un, une demie heure chez l'autre... Ça fait un peu... Moi je sais que j'évite, par exemple quand on travaille, quand on a des clients, des patients communs, [...] on essaie, nous... » (E2P4)

« D'avoir un temps de pose, et... De ne pas enchaîner. » (E2P1)

« De ne pas dire [...] : « vient, j'arrive tout de suite après ». Si [...] y va le lundi, j'essaie d'y aller le mardi. » (E2P4)

« Mais le risque c'est que, s'il y avait une demande, une demande des gens qui ne sont pas au courant que, qu'il vaut mieux patienter, que tout se stabilise, quand ils ont vu l'ostéo. » (E2P4)

3.4.3.2.4. Du fait de la mise en commun des compétences et de la confrontation des pratiques professionnelles

« Ou, alors se dire, peut-être se confronter aussi aux, ça veut dire aussi que les autres paramédicaux ont quand même un minimum de regard sur ce que tu fais, donc se confronter, [...] C'est pas forcément facile non plus. Finalement quand t'es tout seul dans ton cabinet, tu peux faire ceux que tu veux, quoi » (E1I3)

« ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... » (E1I3)

3.4.3.2.5. Il est bien évident que cela passe aussi par des concessions

« C'est sûr, il faut accepter de faire des concessions. De toute façon, même qu'on ne soit pas en groupe ou même dans les groupes médicaux. » (E1I7)

« Ah mais oui, il faut, c'est pareil. » (E1I7)

« ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... » (E1I3)

3.4.3.3. Parce que l'évolution de la pratique doit se faire aussi par la formation continue et le partage de d'exercice

« Et il faut qu'ils aient le même élan de, enfin, il faut que tout le monde aille dans le même sens quoi. » (E2P2)

« Etre dans la formation, se donner le temps de se former, d'évoluer en fonction de ce qui, ce qui se fait, ce qui se développe, des nouvelles, nouvelles pratiques. Je crois que, je crois que, qu'il ne faut pas que, il ne faut pas avoir deux pôles quoi. Quelqu'un qui reste campé sur ses positions, les autres qui essaient d'avancer, je ne pense pas que ce soit, je ne crois pas que ce soit bon dans un fonctionnement de groupe quoi. » (E2P2)

3.4.3.3.1. Les traitements changent et évoluent avec les connaissances

« Parce que, au bout d'un moment la communication et l'échange, elles vont être bloquées, puisqu'on n'a pas... » (E2P2)

« Non, mais moi, par exemple, je lis des certaines choses qui se passent, qui se passent en kiné, parce que moi... Oui mais, c'est voilà. Mais si je suis amenée à travailler avec, avec des kinés, et que, que je veux, je veux discuter de cette approche-là, et que je tombe en face de quelqu'un qui, qui non, a appris de cette façon-là, et ne veut pas s'ouvrir. C'est voilà, au bout d'un moment la communication, elle est rompue. » (E2P2)

3.4.3.3.2. Le partage des pratiques professionnelles fait évoluer sa propre pratique

« Puis, même enfin, c'est d'être en groupe, c'est déjà beaucoup, moi je trouve, même si on exerce la même, la même profession, parce que, enfin je ne sais pas en kiné, mais nous par exemple en podolo, on a beau avoir tous le même diplôme, mais suivant les villes et les instituts dans lesquels on a été formé, ben on ne pratique pas la même podologie quoi. Et, de, moi j'ai fait beaucoup de remplacements et au cours de mes remplacements j'ai agrémenté ce que l'on m'a appris. J'ai pris d'autres formations à droite à gauche pour faire aujourd'hui. Et je sais que, ben peut-être dans trois ou quatre ans, j'aurais encore rencontré d'autres personnes, et j'aurais encore fait évoluer mon, ma prise en charge et, je pense que c'est important. » (E2P2)

3.4.3.4. Parce qu'il faut gérer les locaux et l'intendance, alors que les projets peuvent être divergents lorsqu'il existe un écart générationnel entre les professionnels :

« Après se pose le problème, des, des différences d'âges, par exemple entre, entre les propriétaires. J'ai déjà vu ça quand j'étais remplaçante. Quand, quand certains sont en fin de carrière par exemple et qui ont envie juste de, de lever un peu le pied, de finir tranquillement sur la pente douce, et que,

qu'il y a des jeunes qui, qui au contraire ont envie d'investir, de refaire les locaux, de... Moi tout ça, ça me paraît ingérable. » (E2P3)

« Ah mais ce n'est pas parce que je suis en fin de carrière, que je n'ai pas envie d'avoir un bureau bien peint et... Non, ça c'est deux genres de choses différentes, oui. » (E2P4)

« J'ai déjà vu des choses comme ça, quand même. » (E2P3)

« Non, moi je trouve qu'à chaque fois, cela remet un peu de peps, justement de changer... » (E2P4)

« Ouais, après ça dépend des caractères de chacun, quoi. Ben peut-être sous forme d'une assemblée, je ne sais pas moi, comme on peut avoir des copropriétés. » (E2P1)

« Mais comme on peut savoir aussi que les copropriétés cela peut être bien, bien lourd à gérer. » (E2P3)

« Parce que c'est pareil, financièrement c'est déductible des frais professionnels à partir du moment où on fait des travaux, donc pourquoi ? » (E2P4)

« Oui, ça fait moins de... » (E2P1)

« Moi ça ne me bloquerait pas. Ben si c'était à deux mois de mon départ, peut-être je dirais bon ben, peut-être je dirais : « écoutez faites ça, quand je ne serais plus là », mais bon. » (E2P4)

3.4.3.5. Parce qu'il faut définir les limites du secret partagé

3.4.3.5.1. Certaines informations médicales orales peuvent être préjudiciables sur la relation praticien-malade :

« Je pense aussi qu'il faut faire attention au secret professionnel. Il ne veut peut être pas forcément aussi, qu'on dise tout ce qu'on veut à l'infirmière qui s'occupe de lui. » (E1I1)

« Oui, on peut partager tout ce qu'on sait sur un patient, moi, ça m'est égal. Mais, vis à vis du patient, je pense que, effectivement comme le disait [...], ils ne vont pas nous, ils ne vont pas dire la même chose à leur médecin généraliste qu'à leur infirmière. Ils n'ont pas envie qu'on sache forcément, les, les choses qu'ils ont dit aux autres, donc que... » (E1I3)

« Je ne sais pas, je n'ai pas d'avis tranché là-dessus, parce que quand on regarde à l'hôpital... Je veux dire le kiné, les infirmières, ils ont le dossier. » (E1I5)

3.4.3.5.2. La relation praticien - malade peut se trouver modifiée

« Le patient a confiance en nous, peut-être qu'il ne va dire la même chose au médecin et à l'infirmière. » (E1I1)

« Et puis elle, elle n'a pas envie de savoir non plus, que... Je pense que c'est surtout ça en fait » (E1I3)

« Oui voilà. » (E1I6)

« Ils n'ont pas le choix à l'hôpital, alors que là, ils nous choisissent quand même. » (E1I3)

« Ouais, mais tu vois, je ne vois pas... Mais t'as pas tord, oui, par le choix du patient mais l'hôpital, je ne vois pas où cela puisse être délétère en fait, je ne sais pas. » (E1I5)

« Ben c'est peut-être aussi plus anonyme à l'hôpital que dans une MSP, tu vois... » (E1I2)

« C'est vrai. » (E1I3)

3.4.3.5.3. De même que l'accès des données du dossier médical sur support informatique est à déterminer

« C'est délicat quand même que les dossiers soient en commun avec... » (E1I6)

« Mais, pas toutes les parties en tout cas. » (E1I5)

« Avec les kinés, les choses comme ça, si... Il en a un peu près rien à faire du dernier frottis de la dame qu'il voit pour une lombalgie, quoi, enfin... » (E1I6)

3.4.4. La collaboration doit être mise en avant dans le projet professionnel

« Ouais un travail d'équipe. »

« Deux cents pour cent, ah oui. »

« Moi, je pense que c'est dans l'intérêt de tout, de tous à mon avis. » (E2P2)

« Voilà, pourquoi pas aussi, je pense que l'on a chacun à gagner de se, de se regrouper quoi. » (E2P2)

3.4.4.1. Par la coordination des soins, avec présence sur place des compétences des professionnels de santé

« Ouais mais du coup, moi je trouve, qu'il n'y a pas d'intérêt à faire une maison de santé pluridisciplinaire, j'dis, indépendamment de ce que tu viens de dire. Mais euh si le patient quand il vient, il n'a pas l'impression que tout est, qu'il a accès à tout, beaucoup plus facilement, que comme tu disais, qu'on l'oriente vers la mairie qui lui donnera la liste des assistantes sociales etc.

Enfin moi, je trouve que, ce serait, qu'il faudrait pour que ce soit presque une efficience du, du, du soin, quoi, que, quand le patient vient chez nous, à la limite qu'il se dise que, « ah ben, c'est bien là-bas, parce que je sais que, qu'ils vont communiquer entre eux... » (E1I2)

« oui, oui. » (E1I3)

« ...Ils vont avoir accès... ». Enfin voilà... Enfin sinon, je ne vois pas en fait l'intérêt » (E1I2)

« C'est bien sûr, tout le monde est regroupé dans le même coin » (E1I7)

« C'est vrai que c'est pas mal, si y'a une assistante sociale dans les murs, cela permet de ne pas dire aux gens : « ben vous allez à la mairie, puis vous verrez une assistante sociale dans les trois mois », parce que ce sont des choses qui nous parlent mais, dont on est bien incompetent sur les papiers. Donc, si cela peut être expédié par quelqu'un d'autre, ce serait pas mal. » (E1I7)

« Moi je ne suis pas, enfin je veux dire que, pour notre formation, bon, elle est, très centrée sur l'hôpital, quand même enfin, pendant l'internat. Euh, j'trouve que l'exercice à l'hôpital [...] c'est quand même un exercice plus facile dans le sens où je ne sais pas, tu veux des examens, tu veux un avis, tu veux, où t'as l'infirmière, t'as l'aide soignante, t'as le kiné, t'as tout sous le coude. Et, c'est vrai, que cela représente quand même une facilité d'exercice, tant sur la rapidité, sur les moyens. Donc, c'est vrai la maison médicale ça, je trouve que cela représente une alternative. Ben effectivement, pour exercer en ambulatoire, faire ce vers quoi, ben nous, on s'oriente : c'est la médecine générale. Donc sortir de cette structure hospitalière, et puis ben, en ayant ben, pas de la même manière, et pas certainement pas autant, mais à un certain niveau des aides comparables, quoi. Enfin d'avoir, d'avoir un certain, ouais, un certain accès à des moyens humains et des techniques. En ce sens-là, cela permet, c'est un peu une manière d'avoir les avantages de l'hôpital » (E1I5)

« On pourra éventuellement, aller dans le bureau de l'infirmière ou dans le cabinet du kiné... » (E1I6)

« que ça aille plus vite et que ce soit plus, normalement plus efficace et mieux coordonné. » (E1I7)

« C'est vrai que, théoriquement si cela se passe bien, ce sera plus rapide pour le patient. » (E1I7)

« C'est sûr que, qu'est-ce que ce serait intéressant, de, de retrouver sous le même toit différents corps de métiers pour avoir, différents points de vue sur différents systèmes, pour que la personne, elle ressorte... » (E2P1)

« Bien sûr. » (E2P4)

« Beaucoup mieux, et puis vue sous différents angles. C'est certain. » (E2P1)

3.4.4.2. Leur proximité permet une transmission des données médicales plus aisément

« Mais c'est quand même plus difficile comme communication entre paramédicaux que si c'était regroupé au sein... » (E2P4)

« Parce que parfois on a l'intention, on dit : « ah ! Il faut que j'appelle pour demander », et puis le temps passe, on fait ça, etc. [...] Alors que si on était dans le même local, c'est pratique, si on se croise c'est facile, ben à propos... » (E2P4)

« Ah oui, ce serait super... » (E2P1)

3.4.4.3. Ainsi qu'un dossier médical partagé facilement accessible

« avec, des dossiers patients qui soient communs à l'ensemble les professions qui soient là, et que l'on ne soit pas là obligé d'aller les réclamer. » (E2P2)

« un fichier peut être commun » (E2P4)

3.4.4.4. Par l'orientation du patient vers d'autres praticiens si les compétences sont limitées

« Oui, puis on a toujours des préférences aussi dans... Enfin, je pense que c'est comme nous, vous avez un... » (E2P4)

« Et puis c'est vrai, après on se dirige vers la voie qui nous convient nous, quoi. Puis l'on va se former et puis, on est bon dans un certain domaine et, d'où l'intérêt d'être plusieurs pour échanger, passer la main et autres. » (E2P1)

« Oh ! Et encore, moi je trouve que si on est avec des personnes avec des points de vues différents, certaines qui vont avancer sur des nouvelles techniques et d'autre qui vont être un peu plus campées pour x raisons sur, sur d'autres choses qui ne souhaitent pas forcément évoluer, si elles sont intelligentes et que tout le monde communique, je pense que cela peut fonctionner. » (E2P1)

« Oui moi, je pense, oui. » (E2P5)

« A partir du moment où y'a communication. » (E2P4)

« Oui, voilà, hum, je pense que c'est ça. » (E2P1)

« Ouais parce que c'est ça ! Du moment qu'il y a communication. » (E2P6)

« Même s'il y a désaccord » (E2P4)

« Ouais. Parce qu'on ne va pas tous se former dans la même, pathologie. Je ne vais pas me former en podologie moi et pourtant, on pourrait travailler ensemble. Tu vois ? » (E2P6)

« Une facilité d'échanges. » (E2P5)

« Et savoir que si y'a des thérapeutes qui on envie de monter ce genre de structure, je crois qu'ils sont tournés vers l'échange et le dialogue et... Et qu'à priori, ce genre de problème évoqué, une fois, que c'est bon, je pense cela peut être vite réglé. » (E2P1)

« Ah oui, on sinon je n'en vois aucun intérêt. » (E2P1)

« Le contact, l'échange, la communication entre les différents professionnels, donc, donc, oui, oui, plutôt que deux fois oui. » (E2P1)

« C'est ça, moi aussi qui m'a manqué un petit peu sur Lannion. Bon, ben j'ai trouvé une équipe de kiné, pour moi c'était important qu'on soit, euh plusieurs au moins, au niveau kiné. Mais ouais, après, ça on est, on est vraiment dans la même profession, mais après, à moi de téléphoner d'envoyer des patients. » (E2P1)

3.4.4.5. Par la présence de consultation de spécialistes au sein de la structure

« Mais, pour être passée en Centre Bretagne en stage, c'est vrai que, quand les gens, ils doivent aller, ils doivent faire cinquante bornes pour aller voir le spécialiste, ce serait un confort. » (E1I3)

« Et puis même pourquoi pas avoir des gens, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé, mais euh, même avoir des consultations ponctuelles par exemples. Enfin, des spécialistes qui viendraient une journée, ou euh... » (E1I3)

« Ouais, ouais. » (E1I6)

« Ah ça, c'est pas bête ça ! » (E1I7)

« par exemple qu'une journée par semaine, je sais que, qu'on a un cardio dans les murs... » (E1I3)

« Ouais, un bureau pour recevoir les intervenants. » (E1I6)

« Le lendemain, c'est, enfin, c'est vrai que, ce serait euh... Quand on est près des villes y'aurait peut-être pas d'intérêt » (E1I3)

3.4.4.6. Cette collaboration nécessite de définir chacune des compétences pour chaque praticien

« On a intérêt de bien de se connaître pour, ouais, pour que cela marche, quoi » (E1I3)

« Peut-être déjà bien de déterminer le rôle de chacun. Enfin l'activité et les compétences de chacun, de chaque professionnel, pour essayer peut-être, de ne pas, empiéter les uns sur les autres. Euh moi je pense, clairement, l'histoire de la rééducation périnéale, toujours cette petite guerre entre les kinés et les sages-femmes. Voilà si, on venait à travailler avec des kinés, je pense qu'il faudrait d'emblée que les choses soient simplement dites, et clairement exposées, enfin pour éviter tout conflit par la suite de dire, enfin voilà. Je n'ai rien contre les kinés, j'aime bien les kinés, donc... » (E2P5)

« tout en sachant que nous avons des compétences, mais qui sont limitées, mais que, en cas de pathologie, il est évident la sage-femme ne doit pas garder une patiente avec une pathologie et travaillera, enfin en équipe avec les médecins ou obstétriciens. Moi, il me semble pour que cela fonctionne bien, il faut que chacun sache ce que l'autre peut faire ou a le droit de faire et que... » (E2P6)

« C'est pour ça que cela doit être bien défini au départ. » (E2P4)

« Que cela doit être bien défini, parce que voilà, entre nous on peut se marcher sur les pieds... » (E2P6)

« Avec tous les statuts, avec, au départ dans la mise place de, de la collaboration, de voilà, c'est de la mise sur table... »

« Donc que c'est pour ça que voilà. » (E2P6)

« Des fois on a le droit de faire, des fois on n'a pas le droit de faire. »

3.4.4.7. Parce que certaines professions de santé ont les mêmes compétences, ce qui est source de conflits

« Vous, c'est finalement, votre profession qui, qui enfin empiète, qui se recoupe le plus avec celle des médecins... » (E2P4)

« Parce que nous, un médecin ne va pas aller faire de la kiné ou encore moins l'orthophonie. » (E2P4)

« Bah, c'est bien pour ça qu'on est « profession médicale à responsabilités limitées ». » (E2P5)

« C'est difficile. » (E2P4)

« On est le cul entre deux chaises ! On n'est pas paramédicale, mais on est médicale à responsabilités limitées. » (E2P6)

« Oui, oui. C'est vrai que ce n'est pas facile comme position. » (E2P4)

3.4.4.7.1. L'arrêt de la prise en charge de la rééducation abdomino-périnéale par les sages-femmes, avec la reprise de cette activité par les kinésithérapeutes est un exemple

« Nous au départ, quand j'ai commencé en deux mille six, on avait le droit de faire de la rééducation abdominale postnatale. Puis un jour, on n'a plus eu le droit, bon ben, voilà. C'est-à-dire que nous, nous avons respecté les règles, on a dit, tans pis on n'a plus le droit de le faire, pourquoi ? Je ne sais pas ? Et puis on adresse toutes nos patientes à qui on fait de la rééducation périnéale, ben après on leur dit, « votre ordonnance non, vous allez voir un kiné ». Alors qu'on aurait très bien pu dans notre cabinet, continuer notre petit truc toute, notre petite sauce. » (E2P6)

« Comme vous faisiez avant. » (E2P1)

« Comme on le faisait avant. Mais bon voilà, au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, ben il faut, il faut que tout le monde soit clean par rapport à ça. Et la rééducation périnéale, c'est quand même aussi du domaine de la sage-femme, profession sage-femme. » (E2P6)

« Pour ma part, reprenez la, votre rééducation périnéale, abdominale, reprenez-la ! » (E2P1)

« Comme ça peut-être qu'on passera d'un délai de un mois à trois semaines. » (E2P1)

« Mais exactement, c'est ce que l'on déplore, un peu ça. » (E2P6)

« Et pourquoi vous l'a-t-on enlevée ? » (E2P4)

« On ne sait pas. » (E2P6)

« C'est comme ça, chez nous, ça arrive. » (E2P5)

« C'est plutôt curieux de faire une marche arrière. » (E2P4)

« Ah complètement, et puis on n'a pas compris. On a reçu un petit papier de la sécu disant, dorénavant les rééducations abdominales... » (E2P6)

« C'était sur les termes. C'était la sage-femme peut faire la rééducation uro-périnéale... » (E2P5)

« Mais pas... » (E2P6)

« périnéo-abdominale, c'est-à-dire abdominale non, périnéo-abdominale oui. Ça revient à... Voilà, et ça après le mot « abdominale » a disparu et... » (E2P5)

« Périnéale ? » (E2P6)

« Non, « abdominale » disparu et il nous est resté « péri », « périnée » donc... » (E2P5)

« En sachant qu'on parlait de la rémunération tout à l'heure. Donc nous on a récupéré la rééducation abdominale. C'est celle qui est le moins bien côté au niveau kiné, donc c'est vrai que, quand on voit arriver ce genre de prescription, ben on, forcément on répond à la demande mais voilà, mais faut savoir que... » (E2P1)

« Sans plaisir... » (E2P4)

« Nous ça, ne nous intéressait pas qu'elle vous soit enlevée quoi, ben ouais. » (E2P1)

« Non, mais c'est l'occasion de... » (E2P1)

« C'est l'occasion des explications, ouais. Et puis nous, on n'a pas compris. » (E2P6)

« Et puis nous non plus. » (E2P1)

« C'est comme ça. » (E2P6)

3.4.4.8. Cette collaboration peut être aussi sous forme de délégation de tâches

« Non, mais voilà, par exemple, avec les gynécos et nous, ben ce serait un peu du même ordre ou avec les médecins généralistes, la consultation prénatale. Si la patiente va bien et que le médecin obstétricien ou généraliste est complètement débordé et qu'il finit à vingt-et-une heure le soir, et que la sage-femme peut faire des consultations prénatales. Ben bon, pourquoi pas se répartir le travail » (E2P6)

3.4.4.8.1. Cependant, la délégation d'actes techniques ou le transfert de compétence apporte des modifications dans le rythme de travail

« Y'a une chose aussi, est-ce que le fait que, par exemple quand y'a une infirmière à côté, pour tout ce qui est ablation de points de suture, nettoyage de plaie, vaccinations, même parfois par délégation, du coup nous, ben, on perdrait un peu ce côté technique. C'est aussi des petits gestes de rien du tout, mais c'est vrai que ça casse (ouais) avec le reste, après une consultation de renouvellement d'ordonnance, d'éducation ou quelque chose comme ça. Faire un vaccin comme ça, c'est vrai bien, c'est un petit peu technique. (Hum) Est-ce que... Ou enlever des points ou quelque chose comme ça. Et dans ce cas-là, peut-être que le patient voit qu'il n'y a pas de place pour voir le médecin, il va voir l'infirmière, et, du coup, ça ferait qu'on ferait moins de gestes techniques. » (E1I6)

3.4.4.8.1.1. Le rythme de travail peut changer du rythme habituel avec moins de temps mort

« C'est vrai que ça repose des fois l'esprit parce que... » (E1I7)

« Bah, là, t'as pas besoin de réfléchir » (E1I5)

3.4.4.9. Cette collaboration permet aussi un roulement dans la permanence de soins, un tour de garde est indispensable dans une MSP

« Oui, mais dans l'éventualité où l'on travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, moi, c'est comme ça que je verrais les choses, quoi, au même titre que... » (E1I2)

« Oh ben oui, si tu es dans une maison, une maison pluridisciplinaire et que tu ne peux pas mettre ça en place, sincèrement, je ne vois pas l'intérêt quoi. » (E1I3)

3.4.4.9.1. Pour concilier des horaires convenables et un temps personnel

« Mais après pour le fonctionnement aussi, moi je me disais, ça pourrait permettre à certains médecins de terminer à des heures honorables, comme tu disais dix-neuf heures par exemple. Et puis qu'il y aurait un roulement avec un qui fait que, si éventuellement ça intéresse certains médecins de faire des roulements avec un qui termine beaucoup plus tard ce soir-là, une fois par semaine, une fois tous les quinze jours, qui permet, qui permet de voir les gens qui ont des horaires, ben voilà. » (E1I2)

3.4.5. Il faut définir le statut juridique de la MSP

« Si c'est difficile, je suis plutôt pour une constitution d'une, d'une SCI, SCM. C'est plus intéressant, je pense, au niveau financier. » (E2P5)

« Je pense que de toute façon dans le cas, où ils sont propriétaires, c'est même, c'est un système d'associés quoi, vous avez des parts par rapport à, enfin voilà, je pense que si trois quart des personnes veulent refaire une salle d'attente et que cette personne-là, je pense qu'il y a possibilité aussi, il doit y avoir des pourcentages, il doit avoir des parts. Si vous avez, ouais, soixante-dix pour cent de parts qui veulent faire la salle d'attente, ben l'autre avec ses trente pour cent, bon ben... »

« Ben je pense au départ, il y a un contrat entre les différents associés et tout est stipulé dedans. » (E2P4)

« Après c'est... » (E2P2)

« Oui, quand on fait une société, y'a un contrat, donc... » (E2P5)

« Effectivement y'a un contrat, si y'a la majorité... » (E2P4)

3.4.5.1. Même s'il existe des interrogations sur les statuts juridiques

« Ouais, peut-être. Je ne connais pas trop la société, c'est vrai que... » (E2P1)

« Après, ça il faut se renseigner, parce que c'est délicat. » (E2P2)

3.4.6. L'exercice même au sein de la MSP permet un travail de qualité

« On aurait l'impression de mieux réussir son travail, de mieux... » (E1I7)

« Mais bon, ça vaut que cela vaut sûrement le coup, à prendre, en termes de qualité de travail, qu'on peut demander » (E1I7)

3.4.6.1. Par une meilleure connaissance de la pratique des autres professionnels

« Parce que bon c'est vrai, on prescrit, on peut appeler et tout ça... Mais ben du coup là, on voit la personne quand on l'a en face. On se dit, enfin quand on a l'infirmière ou le kiné en face de soi, on, on sait vraiment ce qu'il a fait. Et puis même par exemple le kiné, il nous peut montrer ce qu'il fait donc on sera mieux expliquer aux patients : « ben tenez, ce sera, ce sera ce genre de chose qu'on pourra faire avec l'infirmière ». Cela permet de discuter notamment par exemple, des pansements, des choses un peu qu'elle utilise, ça peut être utile. » (E1I7)

3.4.6.2. Par la satisfaction d'une prise en charge globale

« Donc ça aide ouais, de dire qu'on fait un peu mieux notre métier qui est vraiment une prise en charge globale, et notamment, sur le plan social » (E1I7)

3.4.6.3. Par une meilleure collaboration

« Après, c'est vrai que, dans le cadre des maisons pluridisciplinaires, moi je sais que, là où je suis passée, chez le prat, y'avait pas d'infirmières, y'avait deux kinés dans le même bâtiment que les deux médecins. Et c'est vrai que du coup, cela permettait aussi que directement les médecins, ils croisaient le kiné, parce que y' avait une secrétaire en commun donc... Ils se croisaient dans le couloir et parlaient de monsieur un tel et puis le problème était réglé. Y'avait pas besoin de prendre

le téléphone, enfin... Puis le contact se faisait facilement, parce qu'ils le connaissaient, y' avait la proximité... » (E1I6)
« donc y'a même plus, forcément besoin de prendre le téléphone dans ce cas-là » (E1I7)
« Ça permet de raccourcir encore les distances de communication » (E1I7)
« Non, et si c'est pour qu'on soit tous dans nos bureaux et qu'on ne communique pas. Euh, là effectivement, j'en vois pas l'intérêt quoi. » (E1I3)

3.4.7. La MSP pourrait répondre aux enjeux économiques des dépenses santé

3.4.7.1. En réduisant le coût de transport

« Et puis pour la Sécurité Sociale, cela pourrait être pas mal aussi. » (E1I3)
« Au niveau des transports ? » (E1I6)
« Pour payer les transports et tout ça. Je pense qu'à un moment... » (E1I3)
« Ouais, à la rigueur, s'ils payaient leurs transports jusque-là. » (E1I7)
« Là, y' aurait juste à... » (E1I3)
« Une journée de consultations. » (E1I5)
« Là, terminer, c'est terminé ! » (E1I5)
« C'est bon, on peut ouvrir un hôpital de jour » (E1I3)

3.5. Toutes les possibilités d'aides sont les bienvenues

« mais, sûrement toute aide est la bienvenue » (E1I7)
« Ben, si on peut être aidée, ben bien sûr. » (E2P1)

3.5.1. Parce que la MSP est un grand projet nécessitant des fonds financiers et du temps pour sa réalisation

« Ouais, tout seul c'est lourd. » (E1I5)
« Ben c'est pas un faux projet, quoi. » (E1I3)
« Y'en a qui trouveront, c'est trop cher, ça ne sert à rien, après. Après, voilà. » E1 E7

3.5.1.1. Même s'il est difficile d'en donner une estimation

« Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait » (E1I7)

3.5.1.2. Le projet demande du temps pour être monté

« Cela ne se fait pas du jour au lendemain » (E1I7)
« Après, je pense que ce qui rebute peut-être certains médecins, c'est plus l'organisation, enfin, le fait de le monter la MSP, parce que effectivement c'est un gros projet, quoi. Mais ça je peux comprendre tout à fait, quand t'as que cinq ans à faire, t'as pas envie de te lancer dans un gros truc, où le temps de mener ton projet à, à son terme, tu partiras en retraite, quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça l'obstacle actuellement quoi. » (E1I3)

3.5.2. Parce que l'exercice en MSP présente des aléas

« Bon, c'est un risque à prendre. » (E1I7)
« On n'est pas sûr que cela marche derrière » (E1I7)

3.5.3. Parce que seul, c'est difficile de monter un tel projet

« Sûrement, après plus je me dis, que peut-être que tout seul on n'a pas le courage. » (E1I7)
« Ouais, je pense quand même, qu'il faut une aide, puisque tout seul, faut vraiment vouloir. [...], on sait que tout seul ou en groupe, ça marche bien. » (E1I7)
« Après, c'est sur que faire soi-même son projet, pour la monter, ça prend du temps. C'est encore mieux si on arrivait dans une, qui est déjà toute faite, et qui tend les bras... » (E1I7)

3.5.4. L'investissement financier personnel est envisageable de façon variable

« Oui après, je pense que cela dépend vraiment des médecins » (E1I3)

3.5.4.1. Le financement personnel peut être réalisé en fonction de l'intérêt fiscal

« Après je ne sais pas, au niveau fiscal, ce qui pourrait être intéressant. Il faut essayer de faire le plus intéressant. » (E1I7)
« Et puis en termes de financement ben, peut-être qu'on peut mettre des billes dedans, peut-être que cela peut faire partie de la mairie. Ça, ça dépend vraiment des gens... » (E1I7)

« Je pense que ça peut être valable de mettre des billes dedans comme dans une clinique et tout ça. » (E117)

3.5.4.2. Pouvant se faire secondairement

« Après on rachète au fur et à mesure, Voilà. Après... » (E117)

« Et puis après bon, si on veut prendre des parts dedans, on pourra. » (E117)

3.5.4.3. Le financement personnel peut se faire au prorata de l'espace utilisé et au temps de travail

« Mais c'est voir au niveau de la superficie, si on a des salles qui nous sont destinées, ben peut-être essayer de voir le coût global, et diviser en fonction de la superficie au sol, et l'espace commun le diviser en fonction du nombre de personnes. Ça me paraît logique, de fonctionner comme ça parce que s'il y en a qui travaillent à mi-temps, d'autres à plein temps, ben on peut recommencer à diviser, ouais, non, pour moi ce serait en fonction de la superficie au sol. » (E2P1)

« Euh ben, si. » (E2P1)

« Oui, dans ce cas la oui, dans ce cas-là on est propriétaire, parce que... » (E2P4)

« Ah oui, je n'avais pas pensé. » (E2P1)

« C'est qu'il y a aussi possibilité de location. » (E2P4)

« Ouais, ça ferait... Oui, faudrait voir les charges. Oui mais là en même temps, je suis en location, actuellement donc... » (E2P1)

« C'est ce qui arrive dans certaines villes, parce que c'est vrai que certaines villes créent une maison médicale entre guillemets et/ou paramédicale et loue aux praticiens. » (E2P4)

« Ben oui, c'est ce que... Là, je loue en même temps les locaux, ou alors pareil, diviser la location au prorata de, de la surface utilisée. » (E2P1)

3.5.4.4. L'investissement financier des professionnels en fin de carrière ne doit pas être excessif

« Même sur les dernières années, mais dans ce cas, il faudrait que financièrement cela leur coûte peu ou pas grand-chose. » (E117)

« Parce que c'est sûr que, après, faut pas non plus qu'ils déboursent cinq mille euros à faire un an dans un nouveau, dans un nouveau bâtiment. Ça ne vaut pas le coup, quoi. » (E117)

« Non, et est-ce que ça, ça a vraiment un intérêt que eux aussi ils s'investissent dans l'organisation, dans tout ça, alors que, alors qu'ils ne vont pas rester, et qu'il va peut-être en avoir d'autres qui vont arriver, avec d'autres idées et que, cela n'a peut-être pas d'intérêt non plus quoi ? » (E113)

« C'est vrai » (E117)

3.5.5. L'avis des professionnels de santé doit être concerté pour la construction de la MSP

« Après on donne nos avis, chacun comme on veut que son bureau soit fait et tout ça doit être fait, la disposition ». (E117)

« Oui, mais moi je vois, c'est... Oui, ils n'ont pas peur de monter des groupements avec des bureaux du mètre carré. » (E2P2)

« Ça c'est sûr que... » (E2P1)

« Mais ils ne trouvent personne. » (E2P2)

« C'est trop vite. » (E2P6)

« Non, même un médecin... » (E2P4)

« Mais oui ! » (E2P2)

« Même un médecin, pour avoir son cabinet, sa place dans une MSP... » (E2P4)

3.5.5.1. Parce que sans leur avis de terrain et d'expérience, la MSP ne peut être fonctionnelle pour la pratique quotidienne

« Ouais justement, comme cela peut être fait par quelqu'un qui n'a aucune idée de savoir comment va être, comment l'exercice va-t-il être fait. Cela peut être complètement antifonctionnel comme, comme endroit. Donc je me dis, enfin, voilà, si c'est pour que ce soit quelqu'un dans son bureau qui imagine : « ah, ce serait bien que la secrétaire était au centre de tous les autres », peut-être que ce serait bien, mais peut-être qu'à l'utilisation, ce ne serait peut-être pas intéressant en fait, parce que... » (E112)

« Moi aussi sous réserve de l'espace qui est, enfin j'ai besoin d'une certaine surface de travail. J'ai eu par exemple des, par exemple, pourquoi, je n'ai pas racheté un cabinet de groupe, parce que moi, le seul cabinet que j'ai vu en groupe, bah c'était une pièce de douze mètres carrés, et que c'est clairement pas possible, enfin pour ma part de travailler dans douze mètres carrés. Pour moi, ce serait la seule, hormis avec les personnes, avec lesquelles bien sûr je rentre, je rentre dans la maison, mais c'est ce qui ce serait vraiment l'espace de travail, quoi. » (E2P2)

« C'est vrai que, moi j'ai quitté une association... » (E2P4)

« C'est important. » (E2P2)

« Bon je m'entendais bien, parce que c'était un délire, quand j'avais une rééducation pour la voix, et puis pour des trucs pour lesquels les patients s'allongent, il fallait que je pousse le bureau, que, enfin c'était vraiment... C'était trop petit, c'était pas faisable quoi. Mais ça, je pense que, dans la mesure où c'est construit... Puis en général ce qui se construit actuellement, quand même respecte des normes justement. » (E2P4)

« Dans les milieux, comme Lannion où y'a encore un peu de place, oui. Après dans des grandes villes, c'est compliqué, quoi. » (E2P2)

« Ouais, c'est plus compliqué pour certains... » (E2P1)

3.5.6. La politique de santé actuelle propose des aides financières

« Après voilà, les pouvoirs publics sont vraiment dans le ... » (E1I3)

« Sont vraiment sur ce créneau là. Alors je pense qu'il y a moyens après, d'avoir des subventions, des aides et tout ça...Mais... » (E1I3)

3.5.6.1. L'aide de la municipalité est à solliciter

« Faut qu'ils soient mis à disposition par la municipalité ou euh... » (E1I6)

« Ça, c'est claire ! » (E1I2)

« Ça, c'est parfait... » (E1I4)

« Ben, non je crois qu'ils ont fonctionné comme ça, la maison médicale de [...]. Je crois que c'est la maison qui a mis à disposition un terrain, plus, plus a construit avec l'accord des différents thérapeutes, a construit le bâtiment, et après c'est sous forme de location aujourd'hui. Et ça a bien fonctionné, euh je ne sais pas, si ça a bien fonctionné, mais les locaux d'extérieur et d'intérieur, c'est plutôt sympa. Après, je ne sais pas, comment cela se passe aujourd'hui. Mais ouais, c'était, moi je trouvais que c'était plutôt une bonne idée, que la Mairie participe à ce projet-là. » (E2P1)

« Là apparemment, c'est pareil sur [...]. C'est le maire qui met à disposition le terrain, qui avec les professions qui sont susceptibles d'y venir, à envisager justement la forme etc. Et après ce sera loué à chacun. » (E2P4)

3.5.6.2. Parce que l'espace pour construire la structure est à trouver

« Ouais, parce que qu'il faudrait quelque chose de grand comme bâtiment. » (E1I6)

« Ouais, ce serait tellement grand, ce serait peut-être plus la municipalité (E1I7)

3.5.6.3. Parce qu'une des missions de la municipalité est le développement de la commune

« Et puis, je trouve que, enfin, ce n'est pas pour nous décharger d'un problème ou quoi que ce soit, ce n'est pas du tout dans ce sens-là. Mais par exemple une part de la municipalité ou des collectivités locales euh enfin, c'est important. Dans le sens où je veux dire, admettons, y'a une maison médicale, enfin qui se crée, dans une ville ou dans un village, ça crée une dynamique. Je veux dire quand on est dans cette optique-là, de zone enfin, désertée entre guillemets sur le plan médical, enfin y'a, y'a quand même un certain nombre d'avantages pour tout le monde à, enfin voilà à mettre un projet comme ça, à mettre en place. » (E1I5)

3.5.6.4. Parce que la municipalité pourrait rassembler le projet

« Surtout, il faudrait quelqu'un pour unifier le tout. Chacun s'occupe de sa partie, et s'assure que... Mais après quelqu'un, un acteur, qui soit là pour unifier la, la mise en place de tout ça quoi. Alors souvent c'est vrai, le plus pratique serait la mairie » (E1I7)

« Et, y'aura quelqu'un en plus, derrière, pour gérer tout ça donc. » (E1I7)

3.5.6.5. Cette aide engage la discussion et la négociation avec les élus locaux

« Après je ne sais pas comment financièrement, c'est faisable, est-ce qu'on va voir la Mairie ? « Écoutez vous construisez, on s'installe là, on loue... ». » (E1I7)

« Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait » (E1I7)

3.5.6.6. Les aides financières publiques ne sont pas pérennes et sont actuellement des opportunités à saisir

« Peut-être qu'il faut effectivement, qu'il y ait, se dire un peu que voilà c'est une promotion, on peut l'avoir maintenant, peut-être que dans quelques années ce ne sera plus faisable, ouais en profiter... » (E1I7)

3.5.7. Les aides d'experts et d'entrepreneur

« Ah oui, je pense qu'il faut qu'il y ait un entrepreneur, ça c'est sûr. » (E1I3)

« Je pense qu'il existe une, je ne sais plus où est-ce que j'avais vu ça. Je crois que c'était à un congrès à [...], au [...], là où y'avait... Une, je ne sais plus du tout, c'est fou, mais y'avait une entreprise qui faisait juste ça. » (E1I5)

« Une entreprise ? » (E1I3)

« Oui, voilà, c'est ça, qui proposait des services ben, pour la maison médicale justement. Je ne sais plus comment ça s'appelle. Mais, je sais que cela existe, ouais. » (E1I5)

« Enfin, ouais de l'aide sinon, ce ne serait pas... » E1 C

« Un architecte... » (E1I3)

3.5.7.1. Pour réunir et synthétiser les projets

« Mais, peut-être que ce serait bien, de passer par un, quelqu'un d'extérieur pour tout ce qui est de la réalisation pratique. » (E1I7)

3.5.8. Un leader est nécessaire dans la création de la MSP

« Ouais, je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un derrière pour pousser probablement financièrement, et en tout cas au niveau de l'organisation pratique » (E1I7)

3.5.9. Cependant des interrogations se posent sur le financement de la MSP

« Par qui ? J'ai un peu peur. » (E2P1)

3.6. Les réserves de l'exercice dans la MSP

3.6.1. Concernant le patient

3.6.1.1. Cette organisation paraît présenter un défaut pour les patients dans le libre choix du praticien

« Est-ce que, il y a aussi un défaut de liberté, dans ces endroits où les gens vont se dire, bon, ben, si t'es en cabinet pluridisciplinaire, enfin dans ta maison, où t'as l'infirmière, le kiné, des gens, est-ce qu'ils ne vont pas se sentir obligés de se tourner vers ce professionnel-là, alors qu'ils n'ont pas de bonne relation ? Y'a ça, qui peut être embêtant pour certains. » (E1I4)

3.6.1.1.1. Du fait de consulter seulement les professionnels de la structure

« Les gens, ils vont sortir, vont voir la plaque de, vont chez la gynéco, ils voient la plaque de la sage-femme, bon je vais aller faire mon accouchement à côté de ma gynéco. » (E2P2)

3.6.1.1.2. Du fait que la structure sous-tend la transmission de l'information médicale entre les professionnels de santé

« Et puis en plus de ça, ils partent du principe que vous travaillez avec les gens avec qui vous partagez, votre espace de travail, quoi, donc ils ne se posent pas la question. » (E2P2)

3.6.1.2. Bien qu'en réalité le patient a son libre choix du praticien

« Et puis même vos patients, ils ont des préférences, je pense. Voilà, parce que, pour les patients aussi, d'avoir le choix de son praticien, c'est quand même, la chose, la plus, la plus importante. » (E2P2)

« Mais là, à la limite, bon, ils vont là où ils veulent. » (E2P4)

« Oui mais, justement ils ont le choix. » (E2P3)

« Oui, ils ont, le choix » (E2P4)

« Moi je ne sais pas moi, ce n'est pas parce que j'accrocherais avec le kiné, par exemple, que j'accrocherais avec une autre profession paramédicale, donc que je pourrais très bien aller voir quelqu'un d'autre ailleurs. Je ne pense pas que, cela m'influence quoi. » (E2P4)

« Je ne pense pas non plus. Non. » (E2P5)

« Si j'ai eu de bons échos ou si la personne, je ne sais pas, moi... » (E2P4)

3.6.1.3. Le manque de suivi personnalisé et global par un seul praticien

« Mais bon, c'est vrai, ce sera : « tu peux venir entre deux consultations »... Et au lieu de ça, ben, on n'ira pas chez le patient, voir, « tiens bah non, le pansement est fait, je ne regarde pas, j'attendrai la prochaine fois, vous ne recommencer pas » (E1I7)

« Moi, je ne suis pas certaine parce que, mais bon. J'ai une patiente qui est venue, qui venait de [...]. Donc moi, je suis sur [...], donc j'étais un peu surprise mais bon, c'est comme ça... Et son critère, c'était, elle voulait être avec quelqu'un qui travaille seul. C'était son critère, parce qu'elle ne veut pas, passer de... » (E2P3)

« Passer de l'un à l'autre. » (E2P6)

« Avoir plusieurs kinés et donc elle a cherché dans la liste clairement une femme qui travaille seule, voilà. Donc y'a aussi des gens, quelques uns comme ça, sans doute. » (E2P3)

« Pour nous, euh, pas forcément. On aura peut-être besoin de voir moins, le patient, peut-être qu'il viendra un peu moins. L'infirmière, qui est à coté, elle dira : « écoutez, y'a peut-être pas besoin de voir le médecin pour ça ». (E1I7)

3.6.2. Concernant les professionnels de santé

3.6.2.1. La vraie valeur ajoutée de la MSP par rapport à un regroupement est difficile à estimer

« Je ne sais pas si cela apporterait plus qu'un, qu'un regroupement juste de médecins généralistes. Puisque, finalement, va falloir qu'on les fasse nos consultations, va quand même falloir voir les médecins, euh non les patients. Si on est 2 médecins, dans une maison pluridisciplinaire on aura les mêmes contraintes que, si on est à 2 médecins, juste tous les 2 ou... Et, on en aura plus que, si on est à 4, sans paramédicaux, quoi. Donc, je ne sais pas si cela va tellement nous apporter plus au niveau organisationnel. Cela va être effectivement plus simple, par rapport aux relations avec les paramédicaux. Mais est-ce que cela va être plus simple pour notre organisation ? J'n'en suis pas sûre. » (E1I3)

« Mais ça, limite, tu peux le faire même en étant pas dans une maison pluridisciplinaire, dans un cabinet de cinq médecins tu peux très bien mettre aussi... » (E1I3)

3.6.2.1.1. Les contraintes de gestion d'intendance peuvent être chronophages et difficiles

« Après y'a, y'a tout l'aspect gestion, c'est ce qu'on a dit aussi .C'est vrai que, faut être d'accord pour les investissements, faut, ben faut accepter aussi de venir se réunir régulièrement pour décider de : « ben, qu'est-ce qu'on... Tiens, voilà, y'a tel problème dans tel local, est-ce qu'on fait les travaux, est-ce qu'on ne les fait pas ? ». C'est sûr que, ce sont des cas qu'on n'y pense pas forcément. Là c'est pas, là on n'est pas trois à prendre la décision, on est sept, huit. Euh, chacun, pas forcément les mêmes moyens financiers, enfin, y'a tout cet aspect-là, qui effectivement il n'est pas forcément facile, quoi » (E1I3)

3.6.2.1.2. Le temps passé pour des avis entre les consultations est imprévisible

« Mais bon, je pense que, non, cela ne peut pas faire gagner énormément de temps au médecin... » (E1I7)

« Non. » (E1I3)

« Ni à l'infirmière, ni au kiné. » (E1I7)

« Non, parce que ça, ce sont des réactions qu'on pourra avoir aussi même s'ils ne sont pas là. »

« On peut gagner du temps dans ce sens-là. » (E1I3)

« Pour voir la plaie, le pansement » (E1I6)

« Voire peut-être même perdre du temps parfois » (E1I7)

« Ouais aussi » (E1I6)

« Parce que : « est-ce que tu peux venir voir entre deux consultes ? » » (E1I7)

« C'est bien possible » (E1I3)

« Ouais, ça va peut-être... » (E1I7)

3.6.2.1.3. La coopération dans les soins n'est pas encore rémunérée

« Ouais, ou alors que la proximité géographique ferait que tu irais assister l'infirmière dans un geste technique. Euh, je ne sais pas, moi j'imaginai aussi ça dans l'autre sens, en fait, elle fait un pansement du coup tu peux aider. Sur des points de suture, tu n'es pas sûr, enfin elle n'est pas sûre de les enlever ou pas, et bien tu vas. Au contraire, je me disais que ça peut, comme tu disais, ça coupe, le fait d'en avoir en consultation. J'ai l'impression que, si t'es à coté... Mais je ne sais pas comment, c'est réalisable, mais. Si t'es à coté, et, de temps en temps, tu peux justement aller dans le bureau de l'infirmière, ou dans le bureau de la sage-femme, et voir, je ne sais pas moi, un examen. Et ben, ça peut aussi te donner cette petite bouffée d'oxygène. » (E1I2)

« Ouais mais, tu ne peux, je pense que tu ne pourrais pas faire ça énormément. Ce serait qu'à l'occasion parce que... » (E1I6)

« Ouais, c'est pour ça que je disais que, je ne sais pas comment c'était réalisable. » (E112)
 « Ça, ça marche seulement quand t'as une activité salariale, salariée comme à l'hôpital quoi. Parce que voilà, t'es pas un peu dans l'acte, tu ne peux pas vraiment, je ne sais pas comment tu... » (E116)
 « Tu ne peux pas passer ta journée à donner juste des avis gratuits. » (E117)
 « C'est sûr, c'est sûr... » (E112)
 « Et, on ne peut pas coter non plus deux, deux actes,... » (E117)
 « bah oui » (E116)
 « un infirmier et un médecin pour faire des points de sutures... » (E117)
 « Ah zut ! » (E112)
 « Pour travailler » (E117)
 « Il faudra trouver une autre façon de gagner ta vie ! » (E113)
 « Après faudra qu'on devienne plus technique, à la limite avec des trucs plus compliqués, plus compliqués pour le spécialiste. » (E117)

3.6.3. Ces réserves incitent à chercher des retours d'expérience pour tirer les leçons qui pourraient se révéler bénéfiques avant de se lancer dans un tel projet

« Par contre, on parle beaucoup justement des MSP, que, on s'imagine beaucoup, de, fonctionnant dedans, avec pleins d'idéaux comme ça... Mais je n'arrive pas en dehors des quelques points qu'on a soulevés, parce que là, on se dit : « oh, ce serait bien qu'il y ait une assistante sociale, l'infirmier, qu'il y ait ceci cela... ». Mais en dehors des points de difficultés des relations humaines, et puis même peut-être de secret, les choses qui sont dites à un corps de métier et autres, euh, je n'arrive pas à avoir d'éclairage sur tout ce qui pourrait être négatif justement. J'n'entends pas beaucoup de gens qui nous disent : « Non, mais attendez, c'est, c'est, ça va être infernal de vivre dans une – désolé pour les bruits de parasites – euh, ça va être infernal de vivre, d'exercer dans une maison... ». Parce que j'aimerais bien, avoir l'autre point de vue des gens qui... » (E112)
 « Les arguments négatifs ? » (E116)
 « Ouais, les arguments négatifs. On n'y vient, on n'y pense pas comme ça, mais bon. » (E112)
 « Oui peut-être, c'est parce que on est un peu naïf, on commence. Enfin, va commencer. Je ne sais pas. » (E116)
 « Parce qu'il y a bien des MSP qui sont montées et qui n'ont pas marché, je suppose. Pour des vraies raisons... » (E114)
 « Ouais, mais alors, c'était peut-être pas les mêmes mentalités, euh, les mêmes, les mêmes façons d'exercer, je ne sais pas... » (E112)
 « Ah, non je ne sais pas, moi non plus. » (E112)

Grille d'analyse du 3^e entretien

1. EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL ACTUEL

1.1. Un exercice libéral est satisfaisant

« c'est vraiment agréable » (E3MG2)

« Après dix ans d'installation dans le privé, je me sens à l'aise, j'aime bien mon métier, j'aime bien travailler donc, où je travaille actuellement » (E3PN)

« Moi je suis très content, de mon exercice en groupe, du partage qu'on a, chez nous. J'ai réduit mon activité depuis disons, mes ennuis de santé. J'ai la belle vie, je trouve, une vie très agréable au groupe. » (E3MG2)

« Je ne suis pas mécontente d'être installée en libéral. » (E3MG1)

« Je pense que, au niveau de l'activité, il y a une activité formidable. C'est... Au niveau boulot, c'est... Vraiment c'est très, très agréable. » (E3MG2)

1.1.1. Par le partage de la pratique professionnelle

« Et la particularité, c'est que l'on est relativement interchangeable » (E3MG2)

« On, on discute beaucoup entre nous » (E3MG2)

1.1.2. La possibilité de se remplacer mutuellement

« On travaillait, enfin chacun avait sa clientèle, mais, on se remplaçait mutuellement en cas d'absence et pendant les vacances. » (E3MG3)

1.1.3. Avec un secrétariat

« J'ai gardé ma secrétaire, parce que là, je ne me voyais pas du tout, revenir complètement en arrière » (E3MG3)

1.1.3.1. La possibilité d'aménagement du planning

« j'ai un secrétariat téléphonique, cela me permet quand même, une certaine, un certain aménagement de ses temps de travail. » (E3GN)

1.1.3.2. Qui permet de gérer les demandes des patients

« Et, j'ai pris le choix de prendre une secrétaire, parce que quand il n'y a pas de médecin, c'est pour que le cabinet ne ferme pas quand je ne suis pas là. C'est-à-dire que, le malade trouve toujours quelqu'un, qui répond à leurs questions quand il appelle le cabinet. Le cabinet est ouvert pratiquement toute l'année, sauf le week-end, même si je suis absent, il y a toujours quelqu'un qui répond aux questions et qui peut faire la part des choses avec les patients, puis contacter les médecins, de l'hôpital avec qui je travaille pour récupérer par exemple un, une urgence, ou, un décompensation, une décompensation, ou un malade qui ne va pas bien. Puis à ce moment-là, il va régler le problème du patient donc, après faut voir dans le planning, le revoir après quand je suis de retour. C'est un bon système, je trouve, qui marche. » (E3PN)

1.1.3.3. Qui permet le fonctionnement quotidien

« Ce qui, ce qui me frappe, c'est que, en fait, je suis débarrassé de beaucoup de tâches administratives au groupe, par les secrétaires. On a un secrétariat au groupe qui est formidable : qui gère tout, les commandes, le matériel, qui quand y'a une femme de ménage qui est malade, elles se débrouillent... Bon, tout, qui gère les, les remplacements, les demandes de remplacement, les commandes de matériels... Ça on ne gère rien du tout, les fiches de paie, on ne gère rien. On ne s'occupe de rien, on s'occupe du travail » (E3MG2)

« Euh, (soupir) ben, je suis d'accord avec [...] dans le sens, que ça a été le motif pour lequel, moi aussi j'ai gardé une secrétaire. C'est que non, elle n'est pas à temps plein, je, je l'ai gardée seize heures par semaine. Cela me permet, moi de me libérer effectivement, de toutes les tâches, que j'ai pu faire, justement quand je faisais des remplacements, et quand j'avais remplacé les médecins qui étaient seuls sans secrétaire, typiquement le rangement d'examen, scanner les, les comptes-rendus, la commande de matériels, la prise des rendez-vous, euh, la prise des ordonnances demandées. Bon, elle me les donne à faire, c'est reclassé à son bureau, donc les patients viennent, viennent chercher sur, si possible sur les heures de rendez-vous. » (E3MG3)

« Donc tout ça, plus oui, effectivement plus tout ce qui est commande, elle, elle fait le ménage également, donc, moi, je n'ai pas à le faire. Donc, j'ai une secrétaire géniale, super sympa, qui en plus, que depuis que je suis seule, maintenant, prend ses vacances en même temps que les miennes. Ce qui fait que, cela me permet, moi, de ne pas travailler sans secrétaire et de ne pas avoir besoin financièrement de, de payer une, une remplaçante, une secrétaire, pendant ces absences. Donc à ce niveau-là, on s'arrange très, très bien. » (E3MG3)

1.1.4. Par la liberté dans la pratique

« Euh, et puis j'aime bien être libre de choix, libre de décision » (E3PN)

1.1.5. une liberté dans l'emploi du temps

« Alors, moi, (raclement de gorge) en tant que remplaçante (raclement de gorge), bon j'ai l'avantage de gérer un peu plus, mon emploi du temps. Bon, j'ai des semaines de remplacement qui sont très chargées, après je peux me ménager une semaine, de temps à autre, sans remplacement. » (E3MG4)

« Moi l'avantage que j'ai eu, c'est que comme nous avons travaillé, en fait, j'ai travaillé à deux. Quand mon collègue, en fait, est parti en retraite, bon ben forcément, beaucoup de ses patients, se sont tournés vers moi, du coup, n'ont pas été exigeants sur les horaires parce que j'ai mis, des points très, très clairs dès le départ. Donc, y'a des petites affiches, un peu partout dans le cabinet, avec typiquement, pour les ordonnances, venir sur les horaires de la secrétaire, euh, la prise de rendez-vous, si possible, pendant les heures de la secrétaire... » (E3MG3)

1.1.6. Le cadre de travail est satisfaisant

« où je travaille actuellement » (E3PN)

1.1.7. Par la facilité de l'exercice avec la proximité d'un service d'urgence

« A Lannion, en tout cas, on a toujours, pour les urgences, la possibilité effectivement de, de passer la main à l'hôpital général. » (E3MG1)

« Au Centre Bretagne, cela doit être différent, mais on est encore plus être maître de, du jeu là, sans doute un petit peu seul. » (E3MG1)

1.1.8. Car la relation est privilégiée avec le patient

« C'est vrai quand on est en libéral, on sent le contact avec le patient, on sait que c'est nous, ce n'est pas le chef de service, ce n'est pas, un autre médecin. C'est le médecin qui suit le malade. Quand le malade vient chez un médecin, vient voir le médecin en libéral, il vient voir ce médecin-là. Il y a une confiance quand même qui est partagée entre les deux, êtres humains, or, à l'hôpital il ne choisit pas le médecin qui va le prendre en charge. Cela reste anonyme, cela reste par hasard, donc, la confiance n'est pas vraiment, il n'y a pas d'échange de confiance. Et, il vient à l'hôpital, il ne sait pas qui il vient voir, il ne sait pas dans quel service il va tomber, donc c'est pas une relation à mon avis, de confiance, comme avec le médecin qu'il vient voir dans le cabinet, et qu'il choisit tel médecin, ou tel médecin, voilà. Donc, je ne voulais pas m'installer à l'hôpital. » (E3PN)

« j'aime bien le rapport avec les malades » (E3PN)

1.2. Avec une préférence pour l'exercice de groupe

« Euh, pour avoir connu, les deux modes d'exercice, le mode d'exercice à deux, est quand même plus confortable que l'exercice seul. » (E3MG3)

« C'est vrai que, ce n'est pas la même chose. » (E3MG3)

1.2.1. Particulièrement à deux, pour optimiser le temps de travail

« Euh, voilà. Moi je trouve que, travailler à deux, je trouve que c'est, c'est très sympa, quand on s'entend bien. Euh... Et puis, effectivement travailler plus en binôme, c'est-à-dire augmenter finalement la clientèle, mais tout en gardant un, un, du temps libre, et assurer finalement comme le disait [...], un temps, un temps complet éventuellement à plusieurs, euh, voilà. » (E3MG3)

« Pour avoir connu en fait, pour avoir connu les deux, c'est vrai que, être au minimum deux, c'est quand même, c'est quand même, un confort d'exercice, un confort, euh, d'absence, aussi d'imprévu, comme cela peut arriver. Le gamin est malade... Moi ça m'est arrivé, quand mes enfants étaient plus petits, mon mari était parti en déplacement. Bon, ben, j'appelais mon collègue, et je lui disais « excuse moi, mais là, je vais venir travailler ce matin, je vais tout rassembler ce matin. Cet après-midi, je n'ai pas le choix ». Donc, alors que seul, ben, c'est plus difficile, parce que là, comme on a la secrétaire, il faut téléphoner au patient pour annuler le rendez-vous pour le mettre, le mettre plus tard, quoi. Mais faut-il bien s'entendre. » (E3MG3)

1.3. En exercice seul

1.3.1. Par choix

« Je travaille seule, effectivement » (E3MG1)

1.3.2. Par manque de médecins ou départ de son associé à la retraite

« Tout seul, puisqu'il n'y a pas d'associé, malheureusement. » (E3PN)

« Et depuis voilà, je suis tout seul comme pneumologue ici, en libéral. » (E3PN)

« Et puis, donc, moi, mon collègue est parti en retraite et n'a pas eu de successeur, donc depuis le premier juillet deux mille dix, je travaille seule. » (E3MG3)

1.3.3. Il faut s'arranger avec les autres confrères pour la continuité de la permanence de soins

« J'arrive à m'arranger, avec d'autres confrères, en fait, et consœurs, de Lannion, pour assurer, les urgences, de ma clientèle, quand je suis absente » (E3MG3)

1.4. Mais démarches administratives freinent l'épanouissement professionnel des MG

« Ce qui me révolte actuellement, c'est le système de santé actuel. La lourdeur du système où rien n'est fait pour, pour faciliter notre travail. J'ai été très surpris d'apprendre, qu'il y avait cent vingt mille, personnes, qui travaillent à la Sécurité Sociale en France. C'est plus que le nombre de médecins, c'est-à-dire caisse Sécurité Sociale plus, caisse de retraite et, moi, je souhaiterais une réforme complète du système, qu'il nous facilite, plus le travail plutôt de ne nous empoisonner la vie. Je trouve que, les caisses nous empoisonnent la vie très souvent. Je ne vais pas m'étendre parce que... Et souvent quand, je vais voir le médecin conseil, ou quand je leur écris, ou quand je les ai au téléphone, je n'ai jamais de réponse pour les patients. Enfin, avec les administratifs, c'est plus ou moins bien. » (E3MG2)

« Ça, c'est bien. Euh, l'exercice, est sans doute, gêné par toute, toute l'adminis... Enfin, la paperasserie, on ne voit pas la Sécurité Sociale comme une ennemie mais, c'est, c'est des tracasseries. Donc, c'est vrai, pour calculer le temps passé autour des patients, par rapport au temps de travail, on doit être à, bon, cinquante pour cent d'exercice et puis le reste, le reste en paperasse. Donc, j'estimerai ça, comme ça pour moi. Cela, cela m'ennuie. » (E3MG1)

« Je suis effectivement d'accord, dans le sens où, en plus de ça, on a effectivement, beaucoup plus de démarches administratives à faire. » (E3MG3)

« bon, bien sûr on a du travail administratif, avec les caisses mais on n'a pas les cinquante pour cent de boulot, de tâches non médicales et je crois que, c'est dommage. Je crois que, c'est très, très bien de déléguer des tâches non médicales à d'autres, pour ne garder que du temps médical, qui est vachement gratifiant, je trouve. » (E3MG2)

1.4.1. Bien que les m'elles peuvent être aidées en partie par la secrétaire

« Et, encore moi, justement, j'ai une secrétaire qui me permet de m'alléger sur certaines tâches, que je ne fais pas. Euh, je ne sais pas effectivement, comment peut faire un médecin, seul, sans secrétaire, euh, voilà. » (E3MG3)

1.5. Il existe une incertitude doute sur l'avenir professionnel, sur les installations en médecine générale

« Ben, (soupir) honnêtement, moi, je suis un peu dans le flou. Euh, je dirais ce qui me tracasse le plus, c'est, qu'est-ce que va être l'avenir ? » (E3MG3)

« Et bah, voilà. Je ne sais pas ce que cela va donner. » (E3MG3)

« Donc, non. Oui, c'est, c'est un peu un flou. J'aurais tendance à résumer en disant, que je ne sais pas à quelle sauce on va être mangé ? » (E3MG3)

« et que, ben, est-ce qu'il y a quelque chose qui se cache là-dessous, et que pour l'instant, rien, rien ne veut être dit ? Je ne sais pas. » (E3MG3)

1.5.1. Parce que les effectifs diminuent en libéral, la charge de travail a augmenté en médecine générale

« On a malheureusement perdu quatre collègues généralistes, à Lannion, enfin, dans le grand Lannion, récemment. Donc, on a quand même, un surcroît de travail, qu'on le veuille ou pas. » (E3MG1)

« Est-ce qu'on a pitié des patients qui viennent pleurer de façon pathétique, « docteur, je n'ai plus de docteur », ou « est-ce que vous pouvez, est-ce que vous m'acceptez ? » (Rires). . C'est, vraiment pathétique, certaines, certaines situations. Donc on a beaucoup plus de, de, d'affluence... » (E3MG1)

« Ce qu'on voit, c'est, qu'il y a de moins en moins de médecins installés en libéral, euh, que le nombre de patients, le, enfin que le nombre de patients ne va pas diminuer » (E3MG3)

« Moi, la sensation que je vois, c'est que, à l'heure actuelle, il y a plus de médecins à vouloir, à vouloir dévisser sa plaque que, à vouloir s'installer. Donc, pourquoi ? » (E3MG3)

« Je crains de perdre encore mes collègues. » (E3MG1)

« Le paradoxe, c'est que les médecins qui passent, qui partent à la retraite, y'en a même pas un pour les remplacer, y'en a même pas la moitié d'un. (E3GN)

Mais, oui c'est ça. » (E3MG3)

« Un sur dix, ou même pas. » (E3MG2)

« Mais je pense que, c'est ça qui me fait peur, c'est-à-dire, aussi, c'est la surcharge de, de travail. Et puis, je pense, aussi plus, enfin ça, c'est peut-être plus... » (E3MG3)

1.5.1.1. Et il peut avoir des imprévus, avec des départs prématurés

« Euh, on avait fait un compte, je crois. Ceux qui sont partis, n'étaient pas ceux qui étaient escomptés finalement. Donc, bizarre ! » (E3MG1)

« Mais oui, y'en a trois qui sont partis, qui n'auraient pas dû. Enfin, ceux qui n'avaient pas prévu ça, sur un moyen et long termes. » (E3MG1)

« Moi je me dis aussi, mon mari travaille à [...], il peut être muté. Est-ce que, en étant muté, je ne sais où, si c'est lui, qui décide, est-ce que, est-ce que moi, à ce moment-là, je prendrais la décision de dire, « ben, tans pis, moi je reste là », j'en sais rien, mais... » (E3MG3)

1.5.2. Certains MG se sont adaptés dans leur pratique

1.5.2.1. Les consultations par téléphone ne suffisaient plus

« Je régulais, aussi à la fin, quand je voyais que mes journées s'allongeaient de trop, je, certaines choses, c'était réglé par téléphone. C'était des consultations par téléphone. Euh, c'était très fréquent. Il paraît que dans certains pays, c'est, c'est, c'est autorisé, c'est régulé, c'est facturé sa consultation par téléphone, si j'ai bien compris en Allemagne. Euh, mais pour moi, ça me mangeait pas mal de temps finalement. » (E3MG1)

1.5.2.2. Un secrétariat téléphonique

« Jusqu'à présent, je répondais au téléphone, et c'est vrai, que je régulais certainement mon activité. C'est-à-dire, quelqu'un qui me disait qu'il s'était, qu'il avait le poignet de travers, ben, je ne lui laissais pas perdre du temps. S'il avait une douleur dans la poitrine, je ne lui laissais pas non plus, perdre du temps. » (E3MG1)

« Là, je n'en pouvais plus, donc j'ai, j'ai pris la solution d'une secrétaire téléphonique. C'est pas mal. » (E3MG1)

1.5.2.3. La difficulté est que la secrétaire soit apte à repérer les urgences

« Et ça, j'ai bien peur que la secrétaire, même si elle très, expérimentée, elle ne verra pas toutes, toutes ces urgences-là. J'espère qu'on ne perdra pas trop de temps pour les patients. » (E3MG1)

1.5.2.4. Ce changement a pour l'instant comme conséquence une augmentation de l'activité globale

« Mais je m'aperçois que j'augmente mon activité. C'était pas le but du jeu. C'était pas le but de, de ma, de ma, de ma... » (E3MG1)

1.5.2.4.1. Mais nécessite une phase d'adaptation

« Ça ne fait pas longtemps, ça fait un mois. Bon, j'ai des, y'a des, y'a des petites adaptations. Mais, on arrive. (E3MG1)

Je ne sais pas. Parce que certains patients gardaient l'habitude des consultations par téléphone, alors dérangent la secrétaire, me dérangent moi ensuite. Donc pour l'instant, c'est, y'a une petite période d'adaptation là. Pour l'instant, je n'ai pas trop de... » (E3MG1)

« Mais bon, je ne me couche pas plus tôt, je ne comprends pas comment je me débrouille. Pour l'instant je ne me couche pas plus tôt. » (E3MG1)

1.5.2.4.2. Il y a quand même moins d'appel directement au médecin

« Bon, ben, quand même, j'avais calculé que j'avais, entre trente et cinquante appels par jour. » (E3MG1)

« Donc, je ne les ai plus, quoi. Là, j'en ai une vingtaine. J'en ai une vingtaine. » (E3MG1)

1.5.3. Peu d'installation locale sont effectuée, à cause de certains aspects qui font repousser l'installation des jeunes médecins en libéral

« Mais, mais ce flou, puis qu'il y a par rapport à la médecine générale. C'est-à-dire que, y'en a aussi, pas mal, qui doivent avoir peur d'investir, actuellement pour... » (E3MG3)

« Et, je pense aussi que, y'a ça, qui fait aussi que, qu'il y a peu de gens à s'installer sur Lannion, hein... » (E3MG3)

1.5.3.1. La jeune génération souhaite pour la plupart exercer en groupe

« Euh, c'est vrai que la plupart des jeunes qui passent, des jeunes internes et externes qui passent n'envisagent pas l'exercice isolé. L'exercice libéral est... » (E3MG1)

« Non, les autres, c'est surtout pour une histoire de temps libre, je pense. » (E3MG1)

1.5.3.1.1. Parce que pas assez de temps pour la vie personnelle

« Ils voient surtout le temps libre, je pense. » (E3MG1)

1.5.3.1.2. Même s'ils sont très minimes à vouloir exercer seul

« Mais je me souviens d'un interne qui, qui se voyait bien commencer comme ça. Gérer tout pour un début, créer son cabinet et puis gérer tout de, d'emblée. Mais c'était le seul sur quelques uns que j'ai eu. » (E3MG1)

1.5.3.2. Parce qu'il y a peu d'aide de la part des pouvoirs publics

« On s'attaque quand même pas mal... Je trouve aussi que, les pouvoirs publics s'attaquent pas mal à la médecine libérale » (E3MG3)

1.5.3.3. Parce que le bassin de l'emploi sur le secteur n'est pas favorable

« Et s'installer, parce que là le pôle de l'emploi sur Lannion, c'est plutôt l'inverse, quoi. C'est-à-dire que, les gens partent plus, qu'ils n'arrivent, donc. » (E3MG3)

1.5.3.4. Parce que l'investissement financier est trop important

« Investir à l'heure actuelle, avec un gros capital, je pense que, les jeunes, doivent avoir peur. Moi déjà, quand je me suis installée en deux mille quatre, mon objectif, quand j'ai cessé mes remplacements, c'était que, je ne, je ne voulais pas justement, me lancer dans un, dans un emprunt important. » (E3MG3)

« Non. Ah, non, non, car certainement si y'avait la collaboration, je ne me serais certainement pas installée. Moi, je voulais, m'installer, parce que j'en, j'en avais marre de faire, de faire des remplacements. A l'époque, ben, c'était des remplacements, ben, aussi, on travaillait toutes les vacances scolaires, fallait pas... Donc ce qui faisait que la dernière année pour mes enfants, tant qu'ils étaient petits et que leur présence n'était pas obligatoire à cent pour cent en maternelle, ça allait. Mais à un moment donné, je me suis dit, je vais avoir un choix à faire. Donc c'est vrai que, les deux dernières années, je me libérais du temps pendant les vacances scolaires pour, pour en profiter. Puis à un moment, je me suis dit, bon, faut peut-être pas non plus continuer des remplacements toute, toute ma vie. Et donc, je me suis, j'ai commencé effectivement à, à chercher, mais bon, l'objectif, n'était pas justement, non plus d'investir dans un, quelque chose d'énorme, qui, qui me demande aussi, parce que moi, c'était ça mon critère, qui me demande de travailler à fond, ce que je ne voulais pas. » (E3MG3)

1.5.3.5. Parce que la mobilité professionnelle du conjoint compte dans l'installation

« C'est vrai que, la mobilité professionnelle du conjoint, joue aussi énormément, enfin peut freiner, à l'installation. » (E3MG4)

1.5.3.5.1. Cette mobilité oriente la profession de médecine générale vers le salariat

« Certainement, et c'est aussi la contrepartie, enfin, c'est sans doute, le signe aussi que, la médecine générale libérale va devenir enfin, salariée, quelque part ? » (E3MG1)

1.5.4. Les avantages du salariat finalement peuvent être un bon compromis pour exercer la médecine plus adaptable avec la mobilité du conjoint

« C'est vrai que, la mobilité professionnelle du conjoint, joue aussi énormément, enfin peut freiner, à l'installation. Ça, c'est sûr. Mais il y a tellement de postes, enfin actuellement, il y a tellement de postes salariés, ouverts aux généralistes, y'a plein d'autres alternatifs, qui font que le libéral, c'est peut-être ce qui attire le moins, donc ça reste le dernier... Ouais. » (E3MG4)

1.5.4.1. Si cette tendance du salariat se développe, c'est peut-être lié au l'appauvrissement de la profession

« Euh, d'un point de vue économique, quand on en parle à un comptable, par exemple, pour, pour lui, c'est normal, que, un chef d'entreprise, parce qu'après tout, un médecin, c'est aussi un chef d'entreprise, viennent mettre dans son outil d'exercice, y compris de l'immobilier. Et là, c'est l'inverse, de qui se passe, donc, on, je me demande, si ce n'est pas un signe d'appauvrissement, de paupérisation de la profession, que les médecins ne soient pas capables de, de se payer leur, leur immobilier, restent toujours, comment, locataires, quelque part. C'est certainement un gage de mobilité, mais enfin. Moi, cela me gênerait de passer une partie de ma carrière professionnelle, à payer du loyer sans, sans avoir rien au bout. » (E3MG1)

« C'est la contrepartie de la mobilité. » (E3MG2)

« Moi, je ne suis pas trop d'accord avec toi, parce que je pense que, aussi c'est le contexte, qui n'est pas le même. » (E3MG3)

1.5.4.2. Ou plutôt lié au monde du travail, qui demande d'être mobile

« C'est-à-dire que, dans, le, le monde du travail, euh, se base, quand même beaucoup maintenant sur la mobilité, et que maintenant, ben, euh, mon mari, te dirait, maintenant, envisager, pour un salarié, de faire toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise, c'est terminé, ça. Donc forcément, les conjoints étant mobiles... » (E3MG3)

1.5.5. Alors on essaie de s'investir dans la formation initiale des jeunes recrues

« Donc, les années qui viennent, j'attends, j'attends de, la relève. C'est un peu dans ce sens, que je reçois les internes, et des externes, en espérant attirer quelques uns, en garder, quelques uns dans mes filets. » (E3MG1)

1.6. Une confiance dans le marché futur de l'emploi

« Moi, ben, je vois, par exemple, quand je suis, quand moi, je me suis installée en fait, ça a été une création puisque, ben, le médecin qui était là, était parti, depuis presque un an, donc, j'ai, j'n'ai pas eu de rachat de clientèle à faire. Et c'est vrai, que moi, mon collègue, était, lui, installé là depuis très, très longtemps. Dès, que je me suis installée, moi, en fait, les, les frais, ont été, ont été divisés par deux. C'est-à-dire que, il n'y a jamais eu, ben... Bon, ce qui me paraît logique, au moins, comme ça, au moins est très clair et, il ne peut pas avoir de, de désaccord. En sachant que, enfin, quand on voit finalement, euh, euh, la pénurie médicale, qui s'annonce, je pense que, qu'il n'y a pas de soucis à avoir. C'est à dire, à mon avis, moi, je n'ai jamais, été déficitaire et pourtant, j'ai créé ma clientèle. Enfin, j'ai créé, sans la créer, puisqu'en fait, y'a des gens, qui étaient suivis là, qui sont revenus quand ils ont su, qu'il y avait un nouveau médecin, plus effectivement une partie, certainement de patients qui est allée chez le, qui est allée chez mon collègue, en attendant éventuellement, qu'il y ait quelqu'un qui arrive... Là, là, je vois, actuellement, j'ai, y'a des gens qui de temps en temps, appellent pour savoir si, si y'a un successeur qui succède, qui est en prévision, ou qui s'installe. Ben, sur Lannion, c'est... Enfin, à ce niveau-là, y'a pas de soucis, donc... Moi, je pense qu'effectivement, je, je suis d'accord, dans le sens où, où on va certainement aller sur... » (E3MG3)

1.6.1. Parce que ce sont des femmes médecins en générale, qui ne travaillent pas autant qu'un vieux médecin

« De toute façon, c'est aussi ça, à mon avis qui explique aussi la pénurie. C'est-à-dire que, moi, je suis sortie en, en, de l'internat en quatre-vingt-quinze. En quatre-vingt-quinze, on était quand même, déjà soixante pour cent de filles, dans notre promo. Soixante pour cent de filles, et, les filles ne font pas un temps, euh, un temps complet. C'est-à-dire que, en majorité, on a toute, une journée dans la semaine, et plus ça va, finalement on en discute avec les jeunes, le but, il n'est pas, de ... » (E3MG3)

« De se tuer à la tâche » (E3GN)

« Voilà, ben de se tuer à la tâche. Et, ce qui d'ailleurs, irait à contresens, par rapport finalement, au changement de la société, parce que la société, va, plus dans une société de loisirs, donc ça serait surprenant que, en parallèle, les, en professions médicales que ce soit l'inverse, et que, qu'il y ait, complètement un écart. Et que, oui, effectivement, je pense, qu'à l'heure actuelle, un médecin actuellement qui part en retraite, c'est pratiquement deux médecins sur, sur ce poste-là. Parce que les mentalités ont changé » (E3MG3)

1.6.2. Parce que comme le conjoint travaille, c'est la femme qui consacre traditionnellement du temps aux enfants

« parce que, maintenant les conjoints, enfin... » (E3MG3)

« Les deux travaillent déjà. » (E3MG4)

« Les deux travaillent, donc y'a à assurer... Moi, pour avoir discuté effectivement, des, des médecins qui, qui partent en retraite et qui, qui assuraient, pas d'heures... C'est, c'est fini, ça. On n'en aura plus. » (E3MG3)

1.7. Le système de santé non pérenne

« Par contre, je pense que l'exercice libéral, en tant que tel, est peut-être condamné à terme. Peut-être que notre système de santé est condamné, et qu'il faut le réformer entièrement. Par exemple, avec, avec un système, un seul système de sécurité sociale, au lieu d'avoir une multitude de caisses différentes, et puis, peut-être que le paiement à l'acte, (soupir), tel qu'il est actuellement a vécu. J'n'en sais rien... Mais ça ce n'est pas important. Ce qui est le plus important, c'est le fait, la façon de travailler, en groupe vis-à-vis de nos patients et avec nos secrétaires. » (E3MG2)

1.7.1. Parce que l'installation aujourd'hui n'évolue pas avec la mobilité du marché de l'emploi comme dans les autres secteurs

« Ce qui pose problème, c'est l'installation, le mot « installation », en lui-même, pour, le côté figé, pensant voilà : on y vit là, et puis on ne bouge plus. » (E3MG2)

« Faut imaginer, je pense, effectivement d'autres structures qui permettent aux médecins, d'arriver, d'y faire quelques années à un endroit, puis éventuellement de repartir, si le conjoint s'en va, sans que, qu'il y ait un préjudice, qu'il y ait un préjudice pour les patients, ou pour la structure. Actuellement, c'est ça le problème. C'est que, quelqu'un met des billes dans un cabinet, puis quelques années après, le conjoint, s'en va, euh, ça pose problème. Et, je crois que les structures ne sont plus adaptées, il faut qu'on, change de structures, qu'on change de système, je pense, en France, pour permettre justement la mobilité des médecins, tout en gardant un exercice, de médecine générale, qui a sa place, et qui ne sera peut-être plus un exercice, tout à fait, aussi libéral, avec des avantages et des inconvénients. Je pense que le système, on est au bout du système, à mon avis. » (E3MG2)

1.7.1.1. Même si toutes les professions ne sont pas mobiles

« Mais tous les conjoints ne sont pas mobiles. Bon, j'en ai, j'en ai un, qui, qui est bien ancré donc, je ne peux pas dire qu'il va changer, de région toute de suite. » (E3MG1)

1.8. C'est une découverte de la médecine libérale pour certains spécialistes

« Donc moi, c'est une expérience récente, je suis encore dans la découverte. (Raclement de gorge) J'ai un cadre, un cadre de travail qui est quand même... » (E3GN)

1.8.1. Qui est satisfaisante

« Donc, pour moi, mon, mon statut d'aujourd'hui, me convient tout à fait. Cela correspond tout à fait à ce que, à ce que j'espérais. » (E3GN)

« Mais là, le, le créneau dans lequel je suis, pour le moment je m'y retrouve, en quelque sorte, donc c'est... » (E3GN)

1.8.2. Parce que la pratique libérale répond mieux aux attentes des médecins

« certain nombre de choses » (E3GN)

1.8.2.1. Elle respecte les besoins des patients

« Mais, je, je, enfin je privilégie, quand même, dans la mesure du possible, de consacrer au patient, du temps, parce que ben, c'était, pour moi c'était ça, l'hôpital. C'était, que y'avait du temps, et que du temps, et que quelqu'un qui avait besoin qu'on passe du temps, ben, il fallait pouvoir le lui donner. » (E3GN)

1.8.2.2. La pratique hospitalière ne répond plus à son rôle de service d'intérêt général

« Du fait du, du climat qui règne dans les hôpitaux maintenant, de, l'absence de priorité du service public enfin » (E3GN)

« Le changement de mentalité de l'hôpital, en tant que machine, pour laquelle le, le service public n'est plus vraiment, le, le premier, le premier motif, de travail, donc c'est... Enfin, c'est ma façon de voir, bien sûr. Euh, et je ne parle pas de l'hôpital de Lannion, je parle de l'hôpital, en général, quoi. » (E3GN)

« Donc, je, je ne, par rapport à, à l'hôpital, moi ce qui me, ce qui m'a, donc le plus, le plus frappé, c'est le changement. Donc, dans, dans les mentalités, où quand, j'ai choisit, moi d'être hospitalier, c'était dans un but de, de faire partie d'une équipe, d'avoir des projets communs, d'avoir un certain nombre de choses partagées, d'avoir, donc, de travailler dans le service public parce que je trouvais que, que, que le critère «service public», voulait pour moi, dire quelque chose. » (E3GN)

1.8.2.3. mais qui est soumise aux objectifs des administrateurs

« Et puis maintenant, qu'il y a la tarification à l'activité, on est tenu à avoir, un certain rythme, même si on peut le justifier par certains, aspects. C'est-à-dire que, c'est vrai qu'il y avait probablement, des modes d'activité qui, on va dire, n'étaient pas du tout rentables. Mais, moi, je considère que le service public, il, il a quand même son, son, son aspect d'ouverture à tout le monde, enfin, et normalement le temps à consacrer, aux soins. » (E3GN)

« Et, que tout ça s'est évaporé, petit à petit, pour tomber dans les individualismes et, dans l'espèce de, de, d'absence de sens collectif. Alors, moi, je parle dans, dans ma chapelle, je ne parle pas, je ne sais pas comment dans les autres spécialités ce que cela donne, mais enfin, en ayant discuté avec plusieurs collègues, d'autres spécialités, la, la façon de voir le travail, la façon de voir l'équipe, dans les hôpitaux, elle a, elle a beaucoup, beaucoup, beaucoup changé. Y'a, y'a pas de, je pense que, le que regard que, les médecins hospitaliers qui ont aujourd'hui, sur leur travail, ceux qui sont arrivés récemment, n'aient pas du tout le même regard que celui qu'on avait y'a trente ans. C'est normal qu'il y ait une évolution. Mais, elle est quelques fois, difficile, à accepter, parce que, ben,

elle, elle ne, ne correspond pas forcément, à, à un fonctionnement qu'on avait, puis-je penser, satisfaisant. Y'a le, le fait de la tarification à l'activité, ça je l'ai déjà dit, c'est un truc... Qu'on se repasse ça, je n'en vois pas l'intérêt, c'est un truc que... Ce n'est pas un établissement libéral, c'est autre chose, donc... » (E3GN)

« Le changement de mentalité. La mentalité effectivement il y a, quand j'ai commencé à Lannion, la mentalité à l'époque était extra. On travaillait vraiment, y'avait une ambiance, tout ça, mais ça date, de quatre-vingt-onze. Et au fur et à mesure, ça, la mentalité a changé, comme les temps ont changé, que ce soit entre les soignants, l'administration, les aides-soignantes, les infirmières, les surveillants qui étaient très, très proches de, de ces personnels, maintenant, cela devient un travail... » (E3PN)

« Administratif. » (E3GN)

« Administratif, de calculs avec, avec donc, le PC, mais, pas un travail humain comme avant. Ça, c'est beaucoup... Il n'y a plus d'échange, par exemple de remplacement de personnel, c'est les, c'est les gens qui sont là qui se remplacent entre eux, il n'y a, il n'apporte pas... Par exemple, une infirmière qui s'absente, ce sont les collègues qui vont la remplacer. Donc y'a une surcharge au travail importante, qui, qui diminue beaucoup la qualité de travail. Les médecins, c'est pareil, sauf, si vraiment, y'a, y'a un manque très important. Le médecin ne peut pas voir, un nombre de patients immense, y'a quand même une capacité, que médecins, infirmières... Le travail a diminué en qualité, et puis, ça affecte beaucoup la mentalité et puis, les relations entre, les, les équipes soignantes. C'est valable, pour par exemple, les maisons médicales, à mon avis, s'il n'y a pas de moyens pour assurer l'absence d'un collègue ou, une secrétaire, ou... C'est comme ça. » (E3PN)

1.8.3. Avec une coopération avec le service hospitalier

« Oui, parce que j'ai été antérieurement, temps plein à l'hôpital ici. J'ai remplacé quelqu'un, donc j'ai succédé à une gynéco, qui, avait un pied à l'hôpital aussi. Moi, j'ai gardé un pied à l'hôpital. Je, je reste quand même donc, parce que le, le correspondant, c'est quand même l'hôpital. Quand on est gynéco à Lannion, y'a la clinique mais, quand on était hospitalier, on a quand même, un réseau qui passe, souvent plus par l'hôpital que la clinique, donc. » (E3GN)

« mais, j'ai encore un très bon contact avec l'hôpital, je ne suis pas du tout parti fâché avec la structure. » (E3GN)

« Le, le, par rapport au, à l'exercice de groupe au, ou le travail en équipe, j'ai encore un petit peu de ça. » (E3GN)

« Enfin, les structures qui permettent des échanges moi, je ne peux pas fonctionner sans. Je ne pourrais pas être gynéco, tout court, dans, dans mon cabinet. Ça, je ne pourrais, je ne pense pas, que j'aurais choisi ça. » (E3GN)

1.8.3.1. Qui est un atout pour la pratique libérale

« Euh, donc, je, je pense que j'ai un exercice privilégié, parce que j'ai, j'ai ce réseau à l'hôpital. Je vais participer aux réunions du service, je vais, donc, je... » (E3GN)

1.8.3.2. Qui n'est pas tellement différente de la pratique hospitalière (dans le travail médical)

« Ça ne, ça ne m'a pas beaucoup, changé, en fait de laisser l'hôpital. » (E3GN)

1.8.3.3. Bien qu'elle soit limitée dans les gestes techniques finalement délégués au le service hospitalier

« Sauf qu'il faut que je délègue. Bon, parce que je ne peux pas assurer les gestes techniques, je ne peux plus assumer un certain nombre de choses, donc je suis obligé de les déléguer, (E3GN)

« Alors après, bon pour les urgences, c'est pareil. C'est, c'est, c'est vite déléguer, les urgences, les, les patientes, elles savent, quoi, où s'adresser. » (E3GN)

1.8.4. Parce qu'il y a moins de contraintes de travail, avec une liberté dans le travail

« C'est-à-dire, c'est modulable, j'n'ai plus de garde, j'n'suis plus appelé la nuit. Le téléphone, c'est un truc, c'est un truc... Je regarde mon téléphone autrement. D'ailleurs, j'suis venu sans téléphone. Aujourd'hui je n'ai plus de téléphone. » (E3GN)

1.8.4.1. Par rapport à la carrière hospitalière

« de la lourdeur du parcours professionnel (E3GN)

« La lourdeur d'exercice hospitalier en matière d'astreintes, de gardes, l'absence de temps de récupération, notamment après les, les gardes travaillées. » (E3GN)

1.8.4.2. Par la possibilité de réduire son activité en fin de carrière

« Euh, si jamais, on a l'occasion de pouvoir partager un cabinet, cela permet aussi de se délester petit à petit, et de ne pas cesser une activité comme ça tout à coup, par exemple quand on part à la retraite, ce qui est une opportunité, une échéance à venir, forcément. Donc voilà, cela me paraissait assez intéressant. » (E3GN)

1.8.5. sans la sensation de poids administratifs

« J'n'ai pas, j'n'ai pas cette sensation de, de poids administratif » (E3GN)

1.8.5.1. Du fait des compétences limitées en matière administrative

« mais bon, je ne, je ne pense pas qu'on ait, comment dire, qu'on ait le même versant, en matière de, d'interlocuteur administratif. Moi, je n'ai pas besoin, et eux, n'ont pas trop besoin non plus, sans doute, de me, de me dire des choses, ou de m'imposer des choses. Donc moi je suis dans un cadre de spécialité, j'ai un, comment dire, un exercice relativement limité, je... » (E3GN)

1.8.5.2. Et de l'aide du conjoint pour certaines tâches administratives

« Bon, sur le plan administratif, moi, je suis beaucoup aidé par, mon, mon épouse, qui assume des tâches diverses et variées. » (E3GN)

« Parce qu'elle fait du secrétariat. Elle fait de la compta derrière donc... Et elle est, elle est, elle est ma salariée, d'accord. » (E3GN)

« Ça, ça allège quand même sacrément le... Je vois tout ce qui est, bon, au départ j'ai été très surpris par le, toute la logistique, qu'il y a à gérer derrière, parce qu'à l'hôpital, on demande une boîte de matériel, elle arrive. (Rires). . Là, je ne peux pas demander une boîte de matériel, faut que j'aille la chercher. (Rires). Donc, non, non, mais y'a tout, tout ce qu'on doit faire dans, pour maintenir le, le cabinet fonctionnel. Moi je n'avais aucune idée de ce que c'était comme, comme charges ! Mais, c'est intéressant. C'est très intéressant de regarder un autre aspect du fonctionnement. Parce que cela ouvre quand même des perspectives, sur ce que font, sur comment fonctionnent les autres, qu'est-ce qu'ils ont comme charges... A l'hôpital, on ne se rend plus compte de rien, on est complètement assisté, mine de rien, on a toute la logistique derrière soi, et on vit avec très bien. Bien entendu, c'est dans le grand confort. Mais, quand on la quitte, on s'aperçoit, hein, que... » (E3GN)

1.8.6. Même si la charge de travail médical reste importante

« C'est-à-dire que par rapport à l'hôpital, j'ai des journées, on va dire de « fou ». » (E3GN)

1.8.6.1. Car il manque manifestement des médecins spécialistes

« Oui, c'n'est, c'n'est pas pareil. Moi je, enfin, j'ai, j'ai du mal encore, à me, à me faire une idée de, de la place que j'occupe parce que, y'avait, enfin, on va dire, y'a une pénurie, en matière gynécologique sur Lannion depuis... Depuis trois ans, y'a donc, à l'hôpital, y'a, un, deux, trois, quatre, postes qui ne sont pas occupés. Moi, donc, je compte mon poste qui n'est pas occupé, puisque moi, j'ai pris la place d'une collègue qui est en libéral et, y'a un collègue en libéral qui s'est arrêté. Donc ça fait cinq, cinq temps pleins de gynécologue, qui ne sont pas affectés aujourd'hui, un en libéral et quatre à l'hôpital. Avec des remplaçants à l'hôpital, enfin comment ça s'appelle, la continuité des soins est assurée. Mais pour autant, la, la répartition, des, des, enfin des patientes, ne peut, ne peut pas se faire. Moi, je suis obligé de, de limiter les, les inscriptions maintenant. Enfin mon, mon périmètre est, est bouclé, en quelque sorte » (E3GN)

« l'activité qui monte, peut-être parce qu'il n'y pas de deuxième. » (E3PN)

1.8.6.2. Pour des cas particuliers, les médecins se doivent quand même de les prendre en charge

« sauf pour les femmes enceintes, où je ne trouverais pas, logique de dire que je ne peux pas. Parce que une femme enceinte, c'est quand même quelqu'un, on ne peut pas dire : « revenez dans trois mois, ou dans six mois ». C'n'est pas possible. Donc, y'a une espèce de priorité là, incontournable. Donc il faut la voir cette dame-là. » (E3GN)

1.9. Le paiement à l'acte est la représentation de la rémunération des médecins qui reste satisfaisante

« Moi, je travaille, beaucoup à l'acte, parce que, nous, en pneumologie, mais je pense qu'en gynéco, c'est pareil. Tous les examens sont, sont cotés à l'acte, que ce soit les gaz du sang, les EFR, les apnées du sommeil, les pléthysmos, la fibroscopie, les tests de provocation... Tout ça, c'est à l'acte. Euh, il y a une consultation, qui s'appelle CS, c'est quarante, ou je ne sais plus quoi, une consultation donc, qui est payée un peu plus chère qu'une consultation normale, mais, c'est pour faire une fois. C'est vrai que, notre activité, bon, ben c'est de là, tu veux comprendre pourquoi un malade, il est essoufflé, il faut le faire souffler, pour

voir un peu, et faire les gaz du sang ; un malade qui a du mal à marcher, parce qu'il, il fait deux mètres... Donc l'acte, dans le métier de pneumologue, fait partie un petit peu de notre rémunération. Donc, moi je pense, que c'est bien, soit l'acte, soit le temps passé avec le patient, car on passe beaucoup de temps avec les patients. Je ne sais pas ce qu'il cache quelque chose, mais, je trouve que c'est un bon système. » (E3PN)

« Moi, j'ai été salarié pendant, x temps, là, je suis payé à l'acte. Euh... Enfin, ouais, ça c'est... J'ai du mal à, j'ai du mal à imaginer, comment ça pourrait fonctionner autrement. Mais je n'ai pas, je n'ai pas, un recul non plus, je n'ai pas une réflexion sur, sur le statut du paiement à l'acte, bien long, donc, je ne, je ne sais pas, qu'est-ce qui, qu'est-ce qu'il aurait comme alternatif ? A savoir si je pourrais être salarié ? Je ne, je ne... Le libéral, pour moi ça, c'était vraiment associé au paiement à l'acte. Mais cela ne me dérange pas, d'être payé à l'acte, alors, pas du tout. Je, je, au début, j'oubliais de faire payer les gens, parce que, ben, je n'avais pas l'habitude, mais après quand on se goure, il faut courir après. On se dit quand même que la réalité, enfin que la réalité s'impose, donc... Mais, mais, je, je, j'n'ai pas d'avis, vraiment sur le paiement à l'acte. » (E3GN)

« C'est le système, en fait. C'est le système de soins, qui, qui l'impose, et on n'a pas de choix. »

E3PN

« On n'a pas de choix. A l'hôpital, c'est l'hôpital, parce que tout est, on est payé en forfait. Pour le médecin qui travaille à l'hôpital, c'est, c'est un salaire, c'est un forfait pour lequel tu travailles. Au cabinet, non, ce n'est pas un forfait, c'est, par acte. Donc c'est le système qui est comme ça. » (E3PN)

« Ouais, c'est même un système, on va dire, qui a un côté honnête. C'est-à-dire que, ben, si on travaille, on est payé, si on ne travaille pas, on n'est pas payé, c'est... Mais, mais il a sûrement ses travers. Je ne me suis pas, je ne me suis pas du tout penché sur, sur l'aspect, de la rémunération parce que je n'ai aucun... On reçoit les profils là, de la sécu, enfin, faut regarder ça, savoir si je suis... » (E3GN)

« Le SNIR, c'est l'activité, cela donne une idée sur ton activité. » (E3PN)

« Par rapport à la moyenne ? » (E3GN)

« A la fois l'acte remboursé, puis par rapport à la moyenne, et aussi le, le coût de ton ordonnance sur l'année. Donc, qu'est-ce que tu coûtes à la caisse pour l'année ? Et ça s'appelle SNIR, mais, bon c'est juste pour toi, pour te renseigner. Il n'y a aucun effet, en fait il n'y a aucun, aucun, comment dirais-je, aucun retentissement sur tes activités. Cela ne va pas te dire, travaille pas trop, travaille moins, etc. » (E3PN)

« Oui, donc, à quoi... » (E3GN)

« Rien, c'est juste pour te dire. » (E3GN)

« A quoi ça rime ? De t'envoyer un profil, si, si c'est, après c'est toi qui choisis de... » (E3GN)

Peut-être pour te freiner un peu plus. Pour te freiner un petit peu, si tu vois par exemple, ta consultation, elle devient trop chère à la sécu, ou ton ordonnance, il est vraiment, trop cher à la sécu... » (E3PN)

« Par exemple, les, les médicaments de la, du traitement de l'infertilité, dans les coûts, c'est des médicaments excessivement chers. Alors si t'es un gynéco qui en fait, ben, tu vas coûter cher, si t'es un gynéco qui n'en fait pas, tu vas coûter moins cher. » (E3GN)

1.10. Cependant le coût réel de la santé, ASMR reste à estimer

« Le problème, c'est l'inefficacité du système ! » (E3MG2)

« C'est vachement intéressant quand même, comme, comme conclusion ! Mais qu'est-ce qu'on... » (E3GN)

« Ce qu'il faudrait, c'est au service rendu à la limite. » (E3MG2)

« Oui. Donc ... » (E3GN)

« C'est-à-dire que, le SNIR, qui nous dit, ben « vous avez coûté tant », mais qu'est-ce que cela a apporté. C'est vrai, en fait on ne parle jamais, d'apport à une population. Et c'est ça le problème. Donc, il faudrait savoir de quoi on parle, c'est-à-dire que, si, nous pour le même prix, on a soigné x patients d'une population x, actuellement, il n'y a pas de moyens de savoir exactement, si notre population soignée, est représentative de, d'une partie de la population de Lannion, pour moi ou d'une autre ville. Et, ce qui est intéressant, c'est de savoir quel, quel coût... » (E3MG2)

« D'évaluer le coût d'efficacité. » (E3GN)

« Pour la santé, mais l'efficacité, combien on a, on a... Actuellement, ce n'est pas fait. Et ce n'est pas possible, parce que, les patients peuvent être amenés à consulter un, ou un autre médecin, etc., et pas forcément dans la même structure. Si les patients venaient, tout le temps dans la même structure, on pourrait faire des comparaisons, de façon efficace. Savoir, si plus, une structure est plus efficace qu'une autre. » (E3MG2)

« Oui, il n'y a pas d'études pour ça. Enfin, je te dirais par exemple, je te dis, pour l'apnée du sommeil, la sécu, elle te dit « oh ! Qu'est-ce que cela peut être cher, qu'est-ce que cela peut être cher... » » (E3PN)

« Mais, non, s'ils ne sont pas malades. S'ils ne font pas d'accident. » (E3MG2)

« Oui, voilà, qu'ils n'ont pas de problème cardiaque, qu'ils ne tombent pas dans, un AVC, ou qu'ils sont plus actifs dans leur travail. Ils ne font jamais des études, sur quel est le, le bénéfice du traitement d'apnée du sommeil, par rapport aux gens actifs par exemple. Non, ce qui les intéresse, c'est le coût du traitement, le coût de l'acte lui-même, et après on s'en fout, si le malade, il est mieux, il est moins hospitalisé, il

s'endort moins devant son ordinateur, il n'a pas fait d'accident de voiture... Et tout ça c'est un coût, pour la société aussi. Ils ne font pas d'études. Pourtant, j'ai dit dix fois, vingt fois... (Rires). Ils sont dans leurs bureaux... » (E3PN)

2. PROJECTION FUTURE

2.1. Les MG installés ne veulent pas augmenter le temps professionnel

« et que, moi je n'ai pas particulièrement, l'envie de travailler plus que, ce que je ne travaille maintenant. » (E3MG3)

« J'ai envie de concilier une vie privée et une vie professionnelle, qui fasse que les clous ne débordent pas sur l'autre. Ce n'est que comme ça, que je vais pouvoir m'épanouir dans l'exercice de ma profession. » (E3MG3)

2.2. Les jeunes médecins veulent s'installer en libéral sous conditions

« Moi, mon, mon projet professionnel à terme, c'est de m'installer. » (E3MG4)

« Moi, ça va être une installation éventuellement. » (E3MG4)

« Et sinon, je continue les remplacements. » (E3MG4)

2.2.1. Ces conditions concernent l'organisation du temps de travail pour assurer la permanence de soins et la vie personnelle

« Et, en libéral, quoi, mais, euh, en gérant mon temps de travail. C'est la principale contrainte, que je vois, et, qui ferait que je ne m'installerais pas toute seule, c'est sûr. Et, que, pour pouvoir maintenir une permanence de soins, forcément, avec laquelle je suis complètement d'accord » (E3MG4)

2.2.1.1. En cabinet de groupe

« Mais en, ben du coup en s'arrangeant à plusieurs pour pouvoir... Globalement moi, je, je me projette plus, à m'installer peut-être à deux » (E3MG4)

« Ou alors, je verrais à être à plusieurs, être vraiment un cabinet de groupe plus, avec plus, en plus grand nombre, et puis pouvoir, s'arranger en étant accord, voilà. » (E3MG4)

« Et puis, voilà... Donc, c'est sûr que ce serait un cabinet de groupe, (E3MG4)

Et puis après, euh, ce serait donc, une installation, oui, dans un cabinet de groupe. » (E3MG4)

2.2.1.2. En réalisant un mi-temps à deux praticiens

« à faire un temps plein, huit heures - vingt heures, à deux, en faisant, en travaillant six heures par jour, chacun. » (E3MG4)

« C'est ça, ce que je verrais » (E3MG4)

« Un temps partiel, oui. Oui, oui. » (E3MG4)

2.2.1.3. Avec partage des charges qui peut être au prorata de l'activité ou divisé entre le nombre d'associés

« Oui, mais t'as... » (E3GN)

« Oui, y'a un exercice avant, c'est ça, que vous voulez dire ? » (E3MG4)

« Quand, quand tu t'installes t'as, t'as, en principe, t'as, t'as des dépenses d'installation ? C'est-à-dire... Je ne sais pas ? » (E3GN)

« Mais, les frais d'investissement peuvent être moindres. » (E3MG3)

« C'est ça, les frais d'investissement... Tu prends un prêt ! » (E3MG4)

« En fait, par exemple, moi j'en connais, finalement, qui font un temps plein à deux, mais n'ont pas chacun leur bureau, donc ont des frais d'installation au départ, ont été divisés par deux. » (E3MG3)

« Ou ça diminue, ça peut se diminuer quoi. » (E3GN)

« les frais ont été divisés par deux et donc, sont finalement assumés à deux. » (E3MG3)

« Par contre les frais de fonctionnement dans le groupe sont les mêmes. » (E3MG2)

« Oui, c'est ça. » (E3MG3)

« Oui. D'accord. » (E3GN)

« On ne peut pas diviser les frais de fonctionnement. » (E3MG2)

« Ça, ça dépend du contrat, hein. Puisque, moi j'ai deux collègues, qui font, qui, qui, les ont fractionnés, au prorata de l'activité en fait, mais c'est, c'est revu avec les contrats de la... » (E3MG4)

« Du cabinet, quoi. » (E3GN)

« Du cabinet. Oui voilà, du groupe. Cela peut se faire en tout cas. » (E3MG4)

« Hum, hum. » (E3GN)

« Oui, mais y'a des contraintes, y'a des contraintes importantes, administratives. C'est-à-dire que, si par exemple, on prévoit une tarification, des frais de groupe, en fonction de l'activité, cela peut être considéré par l'administration fiscale, comme des reversements d'honoraires... » (E3MG2)

« Ah ouais ! » (E3GN)

« Passibles de TVA. Donc cela veut dire que, qu'il ne faut surtout pas, donc surtout pas en parler, parce que, si on en parle à l'administration, un jour, elle va nous tombée dessus. Boom ! C'est ce que nous a dit l'expert-comptable. » (E3MG2)

« Ah, oui d'accord ! » (E3GN)

« C'était une des raisons pour laquelle nous, on a abandonné, le... » (E3MG2)

« Les statuts de ton groupe. » (E3GN)

« Oui, les statuts ont été modifiés, donc on a tous les mêmes... » I3MG

« Les mêmes contraintes. » (E3GN)

« Les mêmes frais de fonctionnement pour éviter, ce genre, d'écueil. » (E3MG2)

« Je n'ai pas compris, le... » (E3MG4)

« Auparavant, au groupe, on avait une part fixe... » (E3MG2)

« Hum, hum. » (E3MG4)

« Considérant même quand je ne suis pas là, il faut chauffer le groupe, les secrétaires, etc. Une part mobile, c'est-à-dire que, si je travaille moins que les autres, je vais consommer moins de matériels, moins de etc. Et donc, il y avait une part fixe, et une part proportionnelle à l'activité, et, et, y'a dix, quinze ans, ça a été abandonné, tout est fixe. C'est-à-dire, on est six, c'est divisé en six, point barre. Parce que, le fait qu'on ait des, différences entre les associés, peuvent être considérées, par l'administration fiscale, comme des reversions d'honoraires entre, entre chaque médecin... » (E3MG2)

« Ah d'accord. » (E3MG4)

« Et à ce moment-là, passibles de TVA. » (E3MG2)

« Hum. » (E3MG4)

2.2.1.4. Avec secrétariat

« avec un secrétariat, pour avoir remplacé différents types de médecins, c'est vrai que là, là l'exercice solitaire, sans secrétaire, en, oui en pleine campagne, c'est... Y'a encore plus de, de contraintes à gérer quoi. » (E3MG4)

2.2.2. A coté d'un hôpital

« Non, pas, pas. Euh, plutôt, pas trop, loin, c'est sûr, je dirais, à une demie heure maximum d'un hôpital. C'est sûr que, c'est un confort, enfin, ou un critère qui compte aussi, quoi » (E3MG4)

2.2.3. Que le conjoint soit stable professionnellement

« Sachant que là, là, après moi, m'installer, c'est surtout soumis à ce que mon conjoint soit fixé dans son travail. Ce qui n'est pas le cas, et puis... » (E3MG4)

« Si, le, le facteur principal, c'est mon conjoint, et puis s'il est fixé d'ici là. » (E3MG4)

2.2.4. A côté du domicile

« Et puis, après, oui, le, le temps de trajet par rapport, au, au domicile quoi. » (E3MG4)

2.3. Le médecin généraliste en groupe n'envisage pas de modification de l'activité qui est déjà satisfaisante

« Moi dans les trois à cinq ans, je n'envisage pas de changement pour moi-même. C'est-à-dire que je vais rester, je pense, dans le même groupe » (E3MG2)

« Et donc, j'envisage tout à fait de rester comme ça. » (E3MG2)

« Comme moi, je suis vachement content de mon exercice, je n'ai pas envie de, changer, voilà. Et mes collègues, mes jeunes collègues, c'est pareil, au groupe, sont assez réticentes d'envisager un autre, système de fonctionnement parce que, elles trouvent que l'exercice au groupe est agréable, et n'ont pas envie de changer. » (E3MG2)

sauf exception

« à moins que, je ne sais pas, qu'il y ait un truc vraiment extraordinaire qui se passe à Lannion. » (E3MG2)

2.4. Les médecins généralistes envisagent plutôt de privilégier un travail en collaboration

« Euh... Voilà. Euh, je ne me vois pas du tout, aller, enfin continuer à travailler seule. Euh, enfin, moi je suis ouverte à toutes les propositions » (E3MG3)

2.4.1. Pas forcément dans un grand groupe, a cause des conflits

« C'est vrai que, je, un grand groupe ne m'attire pas non plus que ça, parce que, moi j'ai un peu l'impression, que plus on est nombreux, et plus les désaccords peuvent être fréquents. Donc, c'est bien de travailler en groupe, quand on s'entend bien. Un groupe où chacun est individuel, ça va clacher donc, ce n'est pas la peine. » (E3MG3)

« Mais, euh, certainement pas seule, dix, je ne sais, à voir... Mais, mais pas seule, non. » (E3MG3)

2.4.2. Sans forcément rassembler tout le monde

« C'est-à-dire des médecins, euh, qui gardent, finalement, enfin, qui ont une mentalité de travailler seul, euh, je ne suis pas sûre que, qu'un groupe puisse fonctionner comme ça. Voilà. » (E3MG3)

2.4.3. Parce que la collaboration à plusieurs reste une expérience inconnue

« Maintenant à quatre, je ne sais pas, j'n'en ai aucune idée. Y'a de grandes polycliniques, comme à [...], par exemple, il y a, deux grandes polycliniques, à [...] et, l'autre... [...], où il y a sept, huit pneumologues dans chaque clinique, qui s'entendent bien, mais c'est immense. Ils ont beaucoup de malades. Mais Lannion, ce n'est pas, en fait c'est [...], ce n'est pas Lannion. Mais faut s'entendre. » (E3PN)

2.4.4. Une nouvelle forme de collaboration

2.4.4.1. Une collaboration inter-cabinet

« Euh, bon, moi, je serais effectivement plus partante pour, les petits, les petits cabinets finalement dispersés, un peu comme c'est là, à l'heure actuelle, mais que, ben les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls. Et puis, moi, j'ai toujours dit, on n'est pas forcément obligé de travailler à deux portes à côté. Ça peut être aussi, déjà s'arranger entre nous, pour, pour essayer de, de gérer. C'est-à-dire que si, y'en a un, un jour, qui est complètement débordé. Moi, cela ne me dérange pas, si la journée, elle est plus calme de, de voir des patients à, qui ne sont pas forcément, suivis au cabinet. » (E3MG3)

« Euh, voilà. Après, ben, est-ce que c'est un groupe, à faire, à un endroit particulier, ou est-ce que c'est apprendre, éventuellement à travailler ensemble, mais sans être forcément, sur le même lieu ? » (E3MG3)

« Donc, est-ce que ce n'est pas plutôt, prévoir des antennes ? Je ne sais pas. » (E3MG3)

« Ben oui, ça peut, ça peut ne pas être forcément pour moi, une grande structure, avec quinze, vingt médecins installés sur le même, au même endroit. Cela peut être pourquoi pas, effectivement, des antennes, quoi ? Avec, ben, les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls, et les médecins qui veulent se regrouper... » (E3MG3)

« Il y a des groupes qui s'entraident aussi mutuellement » (E3MG3)

2.4.4.2. En adéquation avec les attentes des jeunes

« Je ne sais pas, si les, ce qu'attendent vraiment les jeunes, est-ce que c'est vraiment la grosse structure ? Est-ce que... ? Parce que, y'a, à mon avis, y'a différentes solutions entre la grosse structure, avec une vingtaine de médecins, et puis, le médecin qui est isolé de son côté, donc... Je ne sais pas. » (E3MG3)

2.4.4.3. Alliant une activité salariat

« Salariés du groupe » (E3GN)

« Et qui, puisque, à priori aussi, le statut salarié attire » (E3MG3)

« Hein, aussi, pourquoi pas ? Et moi, je n'y serais pas opposée, enfin, pourquoi pas... » (E3MG3)

« Ça existe, c'est les SCP. C'est les sortes de SCP. » (E3MG2)

« Des SEL. » (E3MG1)

« Moi, c'est ce que je disais, y'a un moment donné, hein. C'est peut-être, pourquoi pas finalement, avoir l'autorisation dans des groupes, par exemple d'avoir des jeunes médecins, qui vont être salariés du groupe... » (E3MG3)

2.4.4.3.1. Pour inciter les jeunes

« Et puis, ben surtout, puisque, à priori, si c'est ce qui attirent les jeunes, ben, c'est peut-être effectivement la seule solution pour, inciter des jeunes à venir travailler, dans des groupes. Probablement, en groupe, aussi, certainement plus de facilité, peut-être pour mettre en place, justement des statuts différents du statut libéral, qu'on peut connaître, avec pourquoi pas,

comme je le disais tout à l'heure, les médecins libéraux et puis, des jeunes salariés, salariés du groupe, pourquoi pas ? » (E3MG3)

2.5. Les autres spécialistes n'envisagent pas de modification de leur activité par fatalisme car il manque d'effectifs médicaux

« Je pense que, que la pénurie, actuellement des médecins, que cela soit, généralistes ou spécialistes, ben, on n'a pas de choix, il faut continuer, comme on fait actuellement. » (E3PN)

« Donc, faut que je travaille tout seul, pour le moment encore. En espérant que, lorsque je partirai à la retraite que je trouverais quelqu'un. (Rires). . S'il n'y a personne, Lannion sera sans pneumologie en libéral. » 3 PN

2.5.1. Mais s'organiser seul pour assurer les soins

« Effectivement il faut mettre de, pas de limite à l'activité, mais aussi donc, pour les consultations, organiser bien les consultations, pour que ce ne soit pas débordé, bien prendre, du repos, pour ne pas être surmené, non plus. Mais, moi, par exemple, personnellement, je ne rêve pas trop, à trouver un autre pneumologue si, dans les cinq ans qui viennent... » (E3PN)

2.5.2. Parce que le libéral n'attire pas

« Pour beaucoup de raisons, d'abord, il n'y en a pas beaucoup. Deuxième chose, il y a beaucoup de places dans les hôpitaux, trente cinq heures, qui seront biens payées. Je ne vois pas la raison pourquoi, ils vont venir travailler en libéral, et il y a des risques. Il y a un capital à apporter, beaucoup de contraintes. Or, à l'hôpital, il y a la sécurité, qu'il ne paie. Il y a l'informatique, qu'il ne paie pas. Il a tout le matériel pour les explorations fonctionnelles, qu'il ne paie rien, pour faire du privé, pour faire un minimum dans le privé. A l'hôpital, donc l'hôpital va toucher peut-être vingt pour cent de l'acte, le reste c'est pour lui. Donc c'est vrai, qu'il y a une sélection très importante, dans le libéral, euh, dans le public, qui n'existe pas dans le libéral, actuellement. Bon, avant c'était bien parce que, le médecin pouvait à la fin de l'exercice, habituellement revendre sa clientèle. C'est quelque chose actuellement de plus en plus loin. Donc cela devient quand même très difficile d'être en libéral, vu le manque de, de remplaçant, ou le manque des associés. Euh, les matériels sont de plus en plus chers. Et, y'a de plus en plus de matériels. Tous les jours, y'a quelque chose qui sort pour le diagnostic, pour le traitement et tout ça... Donc, il faut toujours être au top, pour pouvoir répondre au, aux besoins des médecins, des collègues en fait qui, qui envoient le malade. Ne pas envoyer, le malade trop souvent à l'hôpital, parce que le malade quand il vient nous voir, ce n'est pas pour aller à l'hôpital. Essayer de gérer dans le cabinet, quand on est tout seul, c'est quand même très difficile. » (E3PN)

« Mais bon, sur Lannion, actuellement je ne sais pas, qui, sera intéressé de venir à Lannion, pour s'installer en ville, comme pneumologue ? » (E3PN)

2.5.3. même si l'envie de partager la pratique est bien présente

« J'aimerais bien de temps en temps montrer, une radio à un collègue à moi, qui est pneumologue, pour demander : « qu'est-ce que t'en pense ? ». Je suis obligé d'aller à l'hôpital puis demander, au radiologue... Donc c'est vrai, c'est beaucoup plus facile, de travailler à deux. » (E3PN)

« Mais c'est vrai que j'aimerais bien avoir un deuxième pneumologue avec moi, parce que c'est quand même beaucoup, beaucoup d'activités. » (E3PN)

2.5.4. L'orientation hospitalière n'est pas envisagée en raison des contraintes

« A l'hôpital, ils sont déjà débordés. A l'hôpital, ils sont trois pneumologues, à quatre-vingts pour cent. Mais, pour l'activité à l'hôpital, quand même, c'est très, très prenant : le service, les consultations, les examens, les fibros, les bureaux et tout ça... C'est quand même un travail très, très fatiguant à l'hôpital. Mais bon, c'est une mentalité différente. Je ne sais pas si [...] a constaté, mais ce n'est pas la même, pour moi ce n'est pas du tout la même chose, c'est totalement différent. » (E3PN)

2.6. Une retraite avec un transfert de compétences aux sages-femmes

« Moi, je suis venu plus, presque plus en curieux, qu'en demandeur, parce que, je, je suis sur la fin, de mon exercice, moi donc je n'ai pas forcément, de grand projet à, à échéance de dix ans ou de quinze ans. Non, sûrement pas. » (E3GN)

« Moi, moi, sur ma perspective à trois à cinq ans. Ça va être... Dans cinq ans, je suis à la retraite, en principe, donc... Je n'ai pas, de grandes, de grandes perspectives. J'avais pensé à un temps plus, comment, modérer, mon, mon arrêt, mon activité, de façon peut-être moins brutale. Parce que, moi, j'aime bien mon

boulot et, donc, aussi, enfin moi, j'y prends plaisir. Et, et, donc je m'étais dit, ben voilà, peut-être, un petit mi-temps, et puis éventuellement, puisqu'on parlait beaucoup de, des sages-femmes, qui allaient devenir plus ou moins gynéco. Je ne sais pas où ça en est, mais, peut-être à ce moment-là, s'associer avec une... » (E3GN)

« Une sage-femme, et puis faire tourner un cabinet, comme ça, pourquoi pas ? Et moi, cela me permettrait de me mettre un peu sur, sur la touche, sur la touche. Parce que, si je dois penser à être, à avoir quelqu'un pour la suite. Non, y'aura personne, faut pas rêver. Déjà, la collègue, elle a été, j'ai été une véritable bouée de sauvetage, pour elle. Elle a été, la tenue, enfin, le maintien des dossiers et tout ça... (Rires). Hop ! Partir sans, sans, le cœur léger, quoi, en quelque sorte. Donc, c'est, c'est bien pour elle, mais, je ne, je ne pourrais pas faire ça, je ne pourrais, pas. Je ne pense pas que j'aurais, un ou une gynéco, qui, qui serait susceptible de venir exercer. Aujourd'hui, les gynécologues, qui s'installent, ils ont besoin d'une infrastructure technique, à leur portée, ils ont... Enfin, c'est, c'est, c'est un autre, un autre profil de, d'exercice, tout à fait. Donc la gynécologue de ville, elle va mourir de sa belle mort, par la disparition des, des gynécologues, aussi bien, médical, que gynécobobstétricien, sans activité, hospitalière ou, sans activité chirurgicale. C'est, c'est fini. Donc, je n'ai, moi, je n'ai pas d'espoir, d'être, remplacé. Et, donc oui, à cinq ans, je serai, j'aurai, fermé le cabinet, assurément. Sauf, sauf, sauf, imprévu, mais sinon... » (E3GN)

3. MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE LOCALE

3.1. La MSP n'est pas envisagée à Lannion par les médecins généralistes

3.1.1. la motivation doit venir des jeunes installés

« Donc, mais... Donc, on en avait parlé, entre nous, au groupe, et en dehors du groupe, je me dis que s'il y avait un groupe qui se créait à Lannion, pourquoi pas, mais, dans ce cas-là, on suivrait le mouvement. Mais, je vous ai dit, que je n'avais pas forcément, l'intention de, d'impulser le mouvement et puis, je me disais que, maintenant, au bout de trente ans d'exercice, je ne vais pas, ce n'est pas à moi d'impulser le mouvement. C'est plutôt aux jeunes, pour les années futures (éternuement). » (E3MG1)

3.1.2. Parce qu'à l'échelle d'un exercice en ville, la structure serait alors démesurée

« Donc pour moi, en fait l'éventualité d'un, la création d'un grand groupe multidisciplinaire, on en parle depuis très longtemps, et m'a toujours laissé un peu septique, dans le sens que je pense que, c'est assez difficile d'imaginer, dans une ville comme Lannion, vingt mille habitants, de réunir tous les spécialistes et tous les généralistes ensemble. Cela me paraît une machine infernale. (Rires). . Bon, moi je pense que « small is beautiful », que dans une petite, dans un petit bourg, regrouper tout le monde, c'est formidable, que, mais dès qu'on dépasse une dizaine de personnes, cela devient compliqué, au point de vue organisation. » (E3MG2)

3.1.3. Parce que la localisation spatiale serait difficile à définir

« Euh, un grand groupe, sur Lannion, euh, j'ai un petit peu de mal à l'envisager. Ne serait-ce que déjà, sur le plan géographique. C'est-à-dire, où est-ce qu'il devra se situer ? » (E3MG3)
« Parce que je pense que, notamment sur Lannion, je ne sais pas comment ça pourrait être mis en place ? Certainement, mais je pense qu'il y aura des études à faire mais, c'est assez étendu, avec quand même, pas mal de gens qui n'ont pas forcément, toujours des moyens de locomotion. » (E3MG3)

3.1.4. Parce que cela ne regrouperait pas tous les médecins, certains veulent pratiquer seuls

« Maintenant, y'a aussi des médecins qui préfèrent travailler, de façon isolée. (E3MG3)
Oui, mais, c'est pas, c'est pas... Mais comme je le disais tout à l'heure, c'est-à-dire que, y'aura de toute façon, des médecins qui préfèrent travailler aussi seuls, parce qu'ils ont une personnalité pour travailler seuls. Et ça, après tout, c'est, c'est tout à fait, louable aussi hein. C'est pas... » (E3MG3)

3.1.5. Parce que les supports informatiques actuels ne sont pas adaptés

« Alors, cela impose qu'on doit changer complètement, les structures de soins, c'est-à-dire, par exemple, d'avoir un, un fichier commun, avec des dossiers... » (E3MG2)
« Partagés. » (E3GN)
« Partagés dans, inter, interspécialités. Ce qui n'existe pas, il y a, je ne sais pas combien de sortes de logiciels médicaux en France, qui ne sont pas compatibles entre eux. Enfin, c'est, c'est du n'importe quoi, c'est du grand n'importe quoi. Donc, je pense qu'il y a, que actuellement, il n'y a pas les structures, pour ça, et je rêve qu'il y ait un seul type de fichier, de dossier médical, que le patient,

lorsqu'il vienne, pas qu'il transporte le dossier, qu'on puisse envoyer le dossier à l'autre bout de la France facilement. Je trouve que c'est un peu compliqué, actuellement. » (E3MG2)
« Un système informatique. Facile, bon, je ne sais pas, ça existe ? Non ? » (E3MG1)
« Je pense qu'on s'adapte. Il faut... » (E3MG2)
« Un réseau, qu'on peut... » (E3PN)
« Ce qu'il faut, c'est qu'il soit communiquant, actuellement ce n'est pas communiquant. Il n'y a rien de communiquant. Quand on souhaite recevoir Apicrypt, c'est compliqué, les laboratoires, c'est compliqué. Quand on reçoit les résultats Apicrypt, quand ils sont retranscrits dans le dossier, c'est illisible. » (E3MG2)
« Ah, c'est intéressant. J'me demandais, si je n'allais pas commencer à m'intéresser à ça, mais... » (E3GN)

3.1.6. Parce que la gestion d'une grande structure est difficile

« Ben les désavantages, ben c'est sûr que, si c'est plus y'a de monde dans l'équipe et plus, y'a une lourdeur à gérer, y'a les projets, que tout le monde soit d'accord, et puis... Ça peut être un désavantage » (E3MG4)

3.1.7. À cause de la crainte d'une hiérarchie

« Si, c'était une maison pluridisciplinaire, j'ai peur que ça transpose l'organisation de l'hôpital en effet, et la hiérarchie de l'hôpital, donc, les docteurs en haut, enfin les spés en haut, les généralistes, les infirmières, les aides-soignantes, la secrétaire, bref... » (E3MG1)
« Oui, mais en, j'imagine, dans une structure multidisciplinaire, ça va être, ça puisse être mieux, à conditions, que ce ne soit pas justement, comme tu le disais [...], les cardios à l'étage, les généralistes à un autre étage, et puis que, y'a un plancher étanche entre les deux, et que, y'ait vraiment, un travail plus coopératif. » (E3MG2)

3.1.8. À cause la crainte d'une coopération préférentielle

« Et puis, j'ai peur aussi d'une dichotomie, parce que, si on a, parce que si un kiné reçoit un patient qui ne lui semble pas bien, il va l'envoyer au docteur qui est à côté, que plutôt de renvoyer au docteur qui a prescrit. Ça m'est arrivé récemment, ça m'est, ça m'est un peu désagréable. Donc, y'a une dichotomie, quand, quand c'est comme ça. Mais, bon ! Si c'est dans l'intérêt du patient, pourquoi pas ? » (E3MG1)

3.1.9. Parce que la structure doit aussi évoluée avec l'évolution des médecins

« Et, faut pas oublier que les gens peuvent évoluer. » (E3MG2)
« Oui aussi, tout à fait. » (E3MG4)
« Les gens peuvent évoluer, peuvent changer, et donc, ça c'est un problème. Ça veut dire qu'il faut que la structure puisse être, puisse, finalement absorber des gens qui, qui ont changé, sans que ça perturbe le fonctionnement du groupe. » (E3MG2)
« Il faut une espèce de, de communauté d'attentes. C'est, c'est, c'est difficile à réaliser une communauté d'attentes, parce que chacun n'attend pas la même chose de la structure, et donc, chacun va essayer d'en, d'en soutirer, le plus possible pour ses attentes et pas forcément pour celles des autres, hein. Donc, c'est, c'est... » (E3GN)
« C'est une grosse difficulté, je pense. » (E3MG4)

3.2. Malgré certains avantages

3.2.1. Pour les malades, une facilité d'accès à toutes les spécialités

« Le malade aussi, repère aussi facilement le groupe, parce qu'il se dit qu'il y a tout le monde là. Bon, à mon avis, il va avoir plus de patients qui vont venir, quand on regroupé que quand on est chacun dans son coin. Le groupe médical, c'est là où y'a tout le monde, tout le monde, là, y'a l'ophtalmo, il y a le médecin de ville, il y a le cardio, y'a le chirurgien, pourquoi pas ? Ça ne va pas être sous forme de maison médicale, mais plutôt sous forme de polyclinique, à ce moment-là, sur Lannion, sûrement, à mon avis, avoir par exemple, on prend dix médecins généralistes, deux, trois pneumologues, deux, trois cardios, des dentistes, pourquoi pas ? Des kinés, ça fait comme un tout petit hôpital, il fonctionne, pourquoi pas... N'empêche que, par exemple, les généralistes sont dans un coin, et les ophtalmos dans un coin, donc dans le même bâtiment mais, ils peuvent travailler par étage, je pense, ophtalmo, gastro, pneumo... comme à l'hôpital. » (E3PN)

3.2.2. Pour les médecins

3.2.2.1. Le travail en équipe, en collaboration plus simple

« Bon, c'est vrai que, par exemple, une, une maison de, une maison médicale, pluridisciplinaire, c'est intéressant aussi pour ça, parce que, bon, c'est vrai que, euh, on peut toujours échanger et dire, voilà, de spécialité à spécialité, ou de généralistes à... Et, donc, ça permet... » (E3GN)

« Ben l'avantage, les avantages, ben, c'est déjà, à mon avis de travailler en équipe, hein. Effectivement, l'échange, l'échange entre collègues, un doute, qu'il peut, discuter, enfin, un doute sur un traitement, première chose. Effectivement, ben, plutôt que d'avoir un, à prendre son téléphone, pour téléphoner au spécialiste, pour avoir son avis, et ben, le choper dans le couloir, et puis, lui demander, s'il ne peut pas accorder cinq minutes à la fin des consults. » (E3MG3)

3.2.2.2. Une meilleure connaissance des soins et de qualité de travail

« Non, je ne travaille pas dans un groupe multidisciplinaire. Moi je vois ce que ça pourrait, je rebondis un petit peu sur la question que tu as posée tout à l'heure. C'est-à-dire qu'effectivement, si j'étais dans un groupe multidisciplinaire, qu'est-ce que cela m'apporterait ? Sûrement, une plus grande ouverture sur les techniques, sur les, le diagnostic, sur les traitements, sur un tas de pathologies, que j'ignore en fait, parce que, voilà en tant que généraliste, on ne connaît pas tout, sur tout. Donc, je pense que si j'étais dans un groupe multidisciplinaire, je connaîtrais plein de choses en plus, j'apporterais sûrement plein de choses en plus à mes patients, (éternuement) que j'ignore qu'on puisse apporter. C'est tout à fait ça. Les scotomes, c'est terrible en médecine. » (E3MG2)

« Oui, mais ça, c'est comme ça. C'est valable dans tous les, les secteurs de la médecine. » (E3PN)

« Mais bon, on perd de son indépendance en étant en groupe, on gagne de la qualité de vie et certainement de la qualité de travail » (E3MG4)

3.2.2.3. Le partage des tâches administratives de fonctionnement

« Et donc, enfin, par le biais d'un, d'une maison médicale, on peut, peut-être aussi, retrouver aussi, une, une certaine assistance entre guillemets, du point de vue logistique, aussi. Je ne, je ne sais pas ? » (E3GN)

« la gestion de l'administration, enfin, avoir ce soutien-là » (E3MG1)

« Et puis, et puis, partager le, le secrétariat, enfin plein de moyens comme, comme dans un exercice en groupe. » (E3MG4)

3.2.2.4. Le partage des locaux

« Mais c'est privé, c'est différent. C'est complètement différent, parce que tu es indépendant, en fait. Tu restes indépendant, tu vois. Ce que tu regroupes, c'est le local, et pas, la... Ce que tu regroupes c'est le local, mais, après tu es à côté, tu travailles, toujours... » (E3PN)

3.2.2.5. Le partage d'un projet commun

« Oui, mais enfin, ce que je veux dire, c'est y'a, qu'en principe, il y a une cohésion au groupe, dans un, dans un système de fonctionnement comme celui-là. On ne vient pas chacun individuellement, dire : « voilà, je me pose là », et puis, surtout « je ne vais pas m'investir dans la, dans un, dans un collectif », quoi. » (E3GN),

« bon, en principe, il y a quand même une démarche collective. La démarche collective, elle sous-tend que, qu'il y a entraide et enfin, des choses... » (E3GN)

« Oui voilà. S'ils s'entendent aussi, s'ils s'entendent ensemble. C'est difficile, s'ils ne s'entendent pas » (E3PN)

« Sinon, bon, l'exercice, il est déjà, en gros, pour partager plein de choses entre nous, un dossier partagé au groupe, donc... Souvent on a, là, tous les jours on des faxes, enfin, avec des résultats qui tombent. Admettons, y'a une ou un collègue qui n'est pas là aujourd'hui... » (E3MG2)

« Les avantages, d'une maison pluridisciplinaire, c'est sûr, c'est le travail collectif, enfin, de pouvoir en tout cas, avoir, à un certain moment des échanges, voilà. » (E3MG4)

« Alors pour ça, c'est sûr qu'il faut s'entendre, dès le départ, que tout le monde soit d'accord. » (E3MG4)

« après si tout le monde s'entend bien, c'est vrai que, cela peut être extrêmement porteur et enrichissant » (E3MG4)

« sous réserve de bien s'entendre. Donc après, c'est, choisir avec les gens, avec qui on travaille, c'est, pas toujours évident... » (E3MG4)

3.2.2.6. Le soutien des pairs

« et puis d'avoir le, le soutien de, des pairs » (E3MG1)

3.2.2.7. Le partage du temps de travail

« Ensuite, pour moi, l'avantage à exercer en, avec des confrères généralistes, ce serait, bon sans doute, de me libérer un peu de temps » (E3MG1)

« Donc, là effectivement, enfin c'est vrai que j'ai, j'ai, j'ai du mal, effectivement, à m'imaginer qu'en travaillant dans un groupe, qu'on ne puisse pas déjà se remplacer, mutuellement. A deux, j'ai, j'ai toujours, trouvé que c'était très facile à mettre en place parce que, à deux, comme on n'avait pas le choix. On évitait que le cabinet soit fermé. Donc, moi ça m'arrivait que mon collègue, l'été, et moi je ne travaillais pas le mercredi. Ça ne me dérangeais pas l'été, il prenait, trois, quatre semaines. Ben, pendant ces trois, quatre semaines d'été, je venais travailler, ben le mercredi, parce que, pour éviter que ce soit fermé, je travaillais le samedi matin, enfin voilà. Pour mes enfants, ça ne posait pas de problème, et puis de toute façon ils étaient gardés, forcément donc... Parce que j'étais au boulot, donc voilà. Euh, et puis, je crois qu'il y a eu un été, je crois que, c'était la première année, quand je suis arrivée, où effectivement je n'ai pas dû venir travailler, puis après, je me suis dis quand même... Alors je venais travailler le mercredi matin, ce qui permettait de désengorger un petit peu, mais, c'est vrai que, y'a des groupes, où effectivement, ils ne se remplacent pas mutuellement, où un médecin peut ne pas finalement partir en vacances, s'il n'a pas trouvé de remplaçant. Je dis ça, mais je pense que c'est plus un problème d'organisation, dans le cabinet. » (E3MG3)

« J'me rappelle de, c'n'était, c'n'était pas ici. C'était tout au début quand je commençais à remplacer. C'était deux médecins qui étaient installés ensemble, et en fait quand, quand, y'en avait un qui partait en fait, il fermait l'armoire de ses dossiers à clés, pour ne pas que, le collègue puisse venir chercher un dossier, en cas de besoin. Là, il faut mieux être seul, hein. » (E3MG3)

« Oui, tout à fait. C'est peu débile. Pourquoi sont-ils ensemble ? Oui c'est ça. » (E3GN)

« On regarde ses résultats. » (E3GN)

« On regarde ses résultats ensemble. Paf ! A plusieurs, les secrétaires nous disent, « tiens, est-ce que cela peut attendre demain ? », donne un dossier et on rappelle les gens, on ne rappelle pas, on met un post-it sur, sur l' écran... » (E3MG2)

« Euh, après, c'est le, le temps de travail qui peut être un peu plus modulé, sachant que, qu'il peut toujours y avoir une permanence de soins qui peut être maintenue. » (E3MG4)

3.2.2.7.1. Avec le risque de la perte des congés scolaires

« Ah si ! J'ai toujours entendu dire que ce n'est pas facile, de prendre des vacances dans un groupe. » (E3MG1)

« Pour l'anecdote, y'a deux, trois ans, on fait une réunion, pour les vacances. Et bon pour les vacances d'été, et pour le planning pour toute l'année. Puis, au bout de cinq minutes on avait fini, puis je dis à [...] : « tu te rends compte, en cinq minutes, ça a été torché ! ». Il me dit : « mais t'as pas remarqué, ça fait trente ans que c'est comme ça ! ». » (E3MG2)

« Point. C'est tout. J'n'ai, j'n'ai rien à dire. » (E3MG2)

« Bon, j'n'ai plus d'enfants en bas âges, enfin, j'ai encore une enfant qui est au collège, donc qui a, qui dépend, des vacances scolaires. Mais, lorsque mes enfants étaient petits, je, je, j'aurais quand même craint de perdre les... » (E3MG1)

« Les congés scolaires. » (E3MG2)

« Oui, la possibilité de prendre les congés avec les enfants. » (E3MG1)

« On s'est toujours arrangé sans problème. » (E3MG2)

« Je te dis quand on est plusieurs, tu peux reporter l'absence de deux ou trois, si on est à cinq ou six. Donc, si, y'en a trois, qui veulent partir en vacances admettons, ce n'est pas trop, trop grave, y'en a encore trois, qui sont là. » (E3PN)

3.2.2.8. Le partage des charges

« Et n'oubliez pas que, en groupe, vous êtes trois, vous payez tous la secrétaire, c'est un excédant pour trois, et tu paies les impôts dessus... » (E3PN)

« Oui voilà, c'est ça. » (E3MG3)

« Plus les charges sociales. Faut mieux que ce soit payer pour la secrétaire, que pour, pour les impôts. Tu vois ce que je veux dire ? Une secrétaire qui coûte deux mille euros par mois par exemple, quand elle est payée à quatre médecins. Toi tu paies cinq cents euros. Toi tu paies ta secrétaire, admettons mille euros. Tu paies mille euros. Tu dois avoir cinq cents euros de différence, ou tu vas payer les charges sociales dessus, ou tu vas payer aussi les impôts, donc ce qu'il te reste pour ton confort, il te laissera un gain de cents euros. Alors que si tu avais une secrétaire pour, trois, à temps plein, ben c'est cinq cents euros que tu déduis aussi des impôts et de tes charges sociales, ce qui fait que tu paies moins cher. Euh, la charge sociale et les impôts, et tu paies un peu moins cher pour ton confort personnel. C'est, c'est une vraie différence, entre, quand tu paies toute seule,

et que tu paies à quatre. La plupart du temps, on ne pense pas à ça, mais quand on pense sérieusement, on ne paie pas cher la secrétaire, parce que tout est déduit. C'est pas seulement les impôts, c'est la charge sociale aussi, tout est déduit de ton total. » (E3PN)

« Oui, mais. » (E3MG3)

« Pour le résultat final, au niveau de ton confort, c'est plus confortable, que tu prends toute seule, ou que tu prends à quatre, mais admettons que c'est plus pratique quand on est à plusieurs. Cela permet d'avoir plus de personnel, plus de gestes techniques. » (E3PN)

« Y'a deux ans, y'avait eu, la discussion déjà, sur la création d'un groupe ou d'un regroupement de ceux qui exerçaient seuls, et certains, du coin, nous avaient demandé combien coûtait donc, l'exercice en groupe. On leur a dit, ben nous, au groupe, en gros, c'est deux mille euros par tête de toubib, bon tout compris, ils avaient trouvé ça horriblement cher. Alors qu'ils emploient leur femme à temps plein, finalement, pour, pour faire le même travail. Et, ce n'est pas cher, puisque quelqu'un à temps plein, c'est bien aussi. » (E3MG2)

« C'est deux mille euros par mois. » (E3MG1)

« Oui » (E3MG2)

« Tu n'as pas précisé. » (E3MG1)

« Ah, oui ! Pour moi, c'est évident. (Rires). Oui, on aurait pensé par semaine. » (E3MG2)

« Non, mais autant le préciser. » (E3MG1)

« En fait, ce n'est pas si cher que ça. Mais, cela paraît énorme, mais, en fait non... » (E3MG2)

« On peut avoir un avantage à salarier un conjoint. » (E3MG1)

« Oui, tout à fait. Tout à fait. Après c'est un choix. » (E3MG2)

« Oui, ça reste dans la même, dans la même famille. L'argent ne va pas à l'extérieur. » (E3GN)

« Oui. » (E3MG1)

« Ouais, mais si tu es fâché la veille, qu'est-ce que tu fais le lendemain ? » (E3PN)

« Si tu es fâché avec elle la veille, comment tu fais le lendemain ? Avoir ta femme, devant toi, toute la journée et la nuit ? Ça doit être affreux, quand même, elle ne te manquera plus... » (E3PN)

3.2.3. Pour les jeunes médecins le regroupement offre plus d'avantages que l'exercice seul

3.2.3.1. Le soutien de ses pairs

« Je pense au jeune médecin, il est donc, anxieux de nature. Ce n'est pas parce qu'il s'installe tout seul, qu'est-ce que cela va lui apporter ? Le fait d'être en groupe au moins, il est, il est moins anxieux. Il sait bien qu'il tombe dans, dans un endroit, où il peut compter sur les collègues qui sont là, pour, pour le, le diriger, pour l'aider déjà, dans son activité, le temps qu'il se mette debout. » (E3PN)

3.2.3.2. La garantie d'une patientèle

« Et c'est bien que, le jour où il n'y a pas beaucoup de malades, il aura quand même des malades, parce que le groupe marche, donc, il ne restera pas au chômage. » (E3PN)

3.2.3.3. Une qualité de travail

« C'est une qualité aussi de travail supérieure, à mon avis, quand on est à plusieurs. Euh, quand il y a un médecin généraliste, qui a envie d'avoir un avis, il suffit d'avoir, un contact avec le spécialiste, qui est à côté. Quand le spécialiste à côté, a envie d'avoir un, un avis d'un autre spécialiste, il est aussi à côté, donc on voit les malades de façon beaucoup plus facile, dans le même groupe. » (E3PN)

3.3. Les médecins généralistes privilégient dans une MSP certains aspects d'une MSP

3.3.1. La collaboration avec les paramédicaux

« Euh, après c'est pour avoir accès, je pense... Euh, il peut avoir des paramédicaux aussi pour participer au... ? » (E3MG4)

« Donc c'est vrai c'est facile, d'avoir une prise de sang immédiatement. Et puis, ou du kiné, enfin bon tout, plein d'autres choses... Après, donc ça, c'est les avantages. » (E3MG4)

3.3.2. Un accès facile

« Un grand parking. » (E3MG1)

« Et pas d'escaliers » (E3MG1)

3.3.3. Des pièces au fonctionnement quotidien : un secrétariat, salle d'attente commune, une salle de réunion, salle d'urgence, logement pour les étudiants

« C'est ça, une salle d'urgences » (E3MG4)

« Un logement pour les internes, parce qu'on a eu une interne qui n'avait pas de quoi loger. Même l'hôpital, n'avait pas réussi, à lui trouver lui un lit. Alors elle s'arrangeait de gauche, et de droite. » (E3MG1)

« Parce que, quand, on a un interne, et quand on est en libéral, et qu'on prend un interne, il faut le loger ? » (E3GN)

« Mais, si, il vient de Brest et qu'il n'a pas de logement, il ne viendra pas de Brest. » (E3MG1)

« Ah oui, parce que c'est bien, on accueille les internes, mais s'il faut les loger et tout ça » (E3GN)

« Cela pourrait se faire, mais, mais, on n'a pas l'obligation. Mais, ceci dit, même si on n'a pas de logement, de pied-à-terre... » (E3MG1)

« Un logement mis à disposition, oui. » (E3GN)

« C'est terrible, ils ne viennent pas, ils restent à Brest. » (E3MG1)

« Ouais, bien entendu. » (E3GN)

« Je ne sais pas, une salle de réunion. » (E3MG1)

« Pour faire des conférences ou comme vous avez au groupe. » (E3MG1)

Une salle d'attente commune, je ne sais pas, après si ça fait partie des... Ou pas... » (E3MG4)

« Un secrétariat très étoffé. Pour gérer tous les problèmes, administratifs. » (E3MG2)

3.3.4. Un financement personnel

3.3.4.1. Pour ne pas avoir à rendre des comptes

« J'ai été la trésorière de, d'association, alors je vois, ce qui se passe quand on a des subventions. Il faut donner des comptes après, à ceux qui donnent les subventions. Ça, ça m'ennuie un peu. » (E3MG1)

3.3.4.2. Pour rester indépendant

« Après, c'est le problème de l'indépendance. » (E3MG4)

« Et c'est des fourches caudines, sous lesquelles, il faut passer ! » (E3MG2)

3.3.4.3. Sans le financement de grands groupes parce l'exercice de la médecine générale ne nécessite pas de plateau technique

« Je crois que, qu'on n'est pas dans les mêmes, les mêmes réflexions, en médecine générale, parce qu'on n'a pas, on n'est pas une spécialité à plateau technique. » (E3MG2)

« n'est... Donc, y'a les plateaux techniques lourds et puis, y'a les autres. Et c'est... » (E3MG2)

« C'est vrai qu'en médecine générale, à la limite, là, le gros point financier... » (E3MG2)

« C'est l'immobilier, parce que, au point de vue installation, en elle-même, y'a l'informatique qui coûte cher, faut un bureau, une table d'examen... Bref, c'est plus finalement, c'est plus l'immobilier, et c'est vrai que, d'un point de vue... » (E3MG3)

« Le fonctionnement du cabinet ? Oui, oui. Non mais, ce que je veux dire, sur, c'est que, qu'on investisse au départ, pour le partage, après que tu sois seul, ou que tu sois à plusieurs, t'auras de toute façon, toujours, euh, un, des frais de fonctionnement. Et tes frais de fonctionnement, finalement, euh, peuvent, peuvent être quasiment... Enfin, t'es en groupe, enfin, moi j'avais le calcul. C'est-à-dire que, que, à un moment donné, moi ce que je paie à la secrétaire en groupe, euh, je, ça me revenait au même prix, et c'était que je l'avais, jusqu'à dix-neuf heures le soir, la secrétaire. » (E3MG3)

3.3.4.4. Avec des avis non partagés pour la pleine propriété des locaux

3.3.4.4.1. Pour une pleine propriété du fait de l'investissement qui sinon est à perte en location

« Et donc, je n'ai pas de, je n'ai pas l'intention de, de rester quelque part où, j'aurais à payer un loyer. C'est ce qui s'est passé à [...]. La Mairie, leur à proposer un local, dans lequel ils avaient à payer un loyer et, ils se sont aperçus, qu'ils allaient payer à perte, le loyer toute leur, toute leur carrière. Ils ont donc proposé de racheter le, l'immobilier. C'est ce qu'ils ont fait, donc maintenant, ils vont avoir des parts d'immobilier. Ça ne, ça ne veut pas, sans doute dire grand-chose, mais... Je ne me vois pas travailler quelque part, où j'aurais à payer un loyer sans... A perte, pour moi, c'est à perte... » (E3MG1)

« Là, on parle, moi, moi, pour avoir discuté effectivement, avec ceux qui ont investi, et qui se sont installés seuls, qui sont propriétaires de leur local. Cela n'empêche que leur local, si le

jour où ils veulent partir, leur local, ils peuvent le vendre à n'importe qui, ce n'est pas un cabinet, forcément à un cabinet médical. » (E3MG3)

3.3.4.4.2. D'autres craignent les difficultés de trouver un successeur avec des frais financiers à payer du fait des statuts juridiques actuels dans le cas d'une pleine propriété des locaux

« Oui, mais si tu n'es pas remplacé au bout du compte, et que tu ne peux pas revendre tes parts immobilières, ben, t'es obligé de mettre de l'argent quand même dedans » (E3MG2)

« Sauf, quand t'es tout seul. » (E3MG1)

« Oui, mais c'est pour ça, que justement... On ne parle pas de la même chose. » (E3MG3)

« Même quand t'investis dans un groupe, et que y'a quatre, cinq, six médecins, dans le groupe, et que toi, tu t'en vas. Alors, tu as soit, le problème c'est le risque effectivement pour les autres du groupe, s'il n'y a pas de successeur, de se retrouver avec une part de moins, dans la prise en charge de frais fixes du cabinet. C'est, un loyer, enfin parce que, en général, c'est ça, c'est des reversements, enfin, je n'ai jamais trop compris mais, euh, dans un groupe, tu ne, tu ne peux pas vendre ton bureau à n'importe qui, t'es obligé de, si t'as pas de successeur, ton local, il n'est pas utilisé. » (E3MG3)

« Mais tu paies, quand même » (E3MG2)

« Ou soit il est acheté par, par les autres. » (E3PN)

« Soit il est acheté par les autres. » (E3PN)

« Par l'ensemble, mais. » (E3MG4)

« Par l'ensemble, faut-il encore que les autres... Et s'ils ne veulent pas acheter ? » (E3MG3)

« Si les autres sont d'accord. » (E3PN)

« Ouais. » (E3GN)

« Ils n'ont aucune obligation ». (E3MG3)

« Le, le système de la SCI, c'est comme ça, faut partager, puis... Soit on fait la SCI, soit on fait une SCM, pour le matériel. Bien sûr, c'est très intéressant parce que, le loyer que, que tu paies, est aussi le crédit que tu rembourses. Tu paies par exemple mille euros, admettons, c'est un loyer, que tu retires de tes, tes frais, parce que c'est un loyer. Par contre la SCI, c'est elle qui le gagne. Donc elle va payer l'impôt, sur le, sur le gain de la SCI. Mais à la fin, c'est un capital, que tu touches à la fin de ta carrière, quand tu as terminé de le payer, quel que soit que tu le vendes ou que tu le loues après. C'est vrai que, quand on est en groupe, on est obligé de... Soit un des médecins, qui est dans le groupe, qui achète tout, qui fait la SCI, puis loue aux autres, c'est aussi faisable. » (E3PN)

3.4. Pour les médecins spécialistes non généraliste, la MSP serait à l'image d'une polyclinique

3.4.1. Une collaboration entre spécialiste, avec les médecins généralistes en fin de liste

« La médecine interne. C'est la médecine, pour la pneumologie, c'est la médecine interne, donc pneumo, cardio, gastro, euh, rhumato... Tout ça c'est plein de la pneumo. Avec toutes nos maladies pulmonaires qui touchent partout, donc, pour moi, j'ai besoin de tout le monde (Rires). » (E3PN)

« Et, même des généralistes ? » (E3MG2)

« Oui, ben bien sûr ! » (E3PN)

« Mais bien sûr, (Rires). avant tout. Mais bien sûr. C'est médecine interne que c'est bien, car la pneumologie, ça concerne la médecine interne. C'est toutes, toutes les maladies de système, c'est la médecine interne, la cardio concernent la médecine interne, y'a tout. Combien des fois, je prends mon téléphone pour appeler [...], par exemple pour avoir son avis, ou j'appelle [...] pour avoir son avis. Si on était dans le même local, c'est beaucoup plus facile. » (E3PN)

3.4.2. Par la délégation de tâches non médicales à un personnel

« Ben, je donne, un exemple dans mon cabinet. Par exemple, la secrétaire qui gère tout ce qui est administratif aussi. Il y'a un comptable dans la société, donc, qui gère aussi l'aspect financier. Euh, moi, je m'occupe, que, que l'aspect médical. Pour donner un exemple, sur l'apnée du sommeil, moi, je ne pose aucun appareil, c'est la secrétaire qui pose l'appareil. C'est la secrétaire qui transfère, par exemple. C'est une organisation qui transfère les données, moi, je fais, je viens après la secrétaire, pour analyser. Donc, je ne touche pas au matériel. Donc c'est un gain de temps, mais extraordinaire, que je ne peux pas imaginer, que je ne pouvais pas imaginer il y a, peut-être dix ans, avant que je m'installe. C'est vrai que, quand, quand, on met une ligne de, de travail, après il faut s'y conformer. Si après, t'es un directeur, qui s'occupe d'une vingtaine de médecins, ben, c'est quand même, une qualité de travail. Quand il y a une

surveillante qui, qui prend en charge, par exemple, le personnel, le, les... Si c'est un groupe de vingt médecins, c'est quand même, un groupe solide, hein. Financièrement et puis, au niveau de la qualité de travail. Quand on voit, les, par exemple [...], où, y'a, je ne sais pas, ils sont peut-être huit pneumologues, maintenant. C'est quand même beaucoup. Même dans un hôpital, aujourd'hui, il n'y en a pas autant, et, ils ont un travail, mais au moins, deux mois d'avance, hein, c'est pas... » (E3PN)

3.4.3. Avec une gestion administrative par des bureaucrates

« Après les, les désavantages, c'est comment gérer une équipe, quand il y a autant de... » (E3MG4)

« Oui, il faut des administrateurs. » (E3GN)

« Cela peut être un frein. Ben, oui, c'est ça. Alors du coup... » (E3MG4)

« Des administrateurs, ça c'est certain. Ou soit un directeur, ça c'est certain. » (E3GN)

« Après gérer, le secrétariat, enfin... » (E3MG4)

« Mais c'est l'administration, qui va gérer toute l'administration. » (E3PN)

« Ah, oui, mais du coup, c'est ça, il faut une... » (E3MG4)

« Tu n'as pas ces tâches, administratives, à gérer. » (E3PN)

3.4.4. Mais avec une politique différente de celle de l'hôpital

« Privé. Parce que je n'aime pas la mentalité du public. » (E3PN)

3.4.5. Avec un apport financier de groupe et un financement personnel variable

« Ben y'a pas beaucoup de choix, soit les médecins financent chacun, ou selon ses besoins, soit c'est un groupe financier qui va financer, c'est lui qui va être associé, en fait à, aux médecins. » (E3PN)

« Et à ce moment-là, faire quarante-neuf et cinquante et un, ça dépend de la force, de chacun de nous, pour pouvoir gérer ça, entre l'administration fiscale et le médical. Ça, c'est une solution faisable, parce que les médecins, peuvent être partenaires dans les charges aussi, chacun peut acheter, ça se met en action aussi, puis chacun peut acheter un nombre d'actions, qui correspondent à ses souhaits et à ses activités également. Mais ça c'est à voir, car y'a beaucoup de choix dedans, si un médecin par exemple veut acheter, il peut toujours être locataire, et faire partie du groupe. » (E3PN)

« Mais quand c'est un choix personnel, il faut que, quand même, qu'il soit adapté aux autres. Et pas être dans le groupe, dire, que « je vais construire mon bureau, moi-même », « et alors ? » (Rires). « Et les autres ? » Il faut que tout le monde soit d'accord pour la, les plans de construction, qu'il soit adapté à toutes les spécialités également, parce que, ça va être, quand même, quelque chose de très lourd à faire, si, si, ils sont chacun les médecins, ils apportent... C'est très lourd, ça va coûter beaucoup trop cher. Faut mieux que ce soit à un groupe de financer, comme [...], ou je ne sais pas quoi, qui finance ça, et puis... Ben, de toute façon, ils vont te l'acheter après, si tu le finanças toi-même, ils vont de l'acheter... Regarde, la polyclinique à [...], ils ont acheté ça à zéro, ils ont justes remboursés les dettes de la, de la clinique [...]. Donc ils n'ont rien gagné les médecins. » (E3PN)

Grille d'analyse transversale des trois entretiens

1. LE RESSENTI DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL ACTUEL

1.1. Les professionnels de santé libéraux installés et les internes aiment cet exercice

« c'est vraiment agréable » (E3MG2)

« Après dix ans d'installation dans le privé, je me sens à l'aise, j'aime bien mon métier, j'aime bien travailler » (E3PN)

« Moi je suis très content, de mon exercice en groupe, du partage qu'on a, chez nous. » (E3MG2)

« Je ne suis pas mécontente d'être installée en libéral. » (E3MG1)

« Je pense que, au niveau de l'activité, il y a une activité formidable. » (E3MG2)

« pour moi, mon statut d'aujourd'hui, me convient tout à fait. Cela correspond tout à fait à ce que, à ce que j'espérais. » (E3GN)

« le créneau dans lequel je suis, pour le moment je m'y retrouve, en quelque sorte » (E3GN)

1.1.1. Parce qu'il présente une certaine liberté dans la pratique

« Euh, et puis j'aime bien être libre de choix, libre de décision » (E3PN)

« mais du coup aussi un peu indépendante dans sa façon, dans sa façon d'exercer » (E1I2)

« c'est quand même une certaine autonomie » (E2P6)

1.1.1.1. Une liberté dans l'emploi du temps

« j'ai l'avantage de gérer un peu plus, mon emploi du temps. Bon, j'ai des semaines de remplacement qui sont très chargées, après je peux me ménager une semaine, de temps à autre, sans remplacement. » (E3MG4)

« Oui mais, y'a une liberté de travail qu'on n'a pas avec l'hôpital... » (E2P5)

« Dans la mesure où on n'a souvent pas, enfin on n'a pas tout le temps la prescriptance, on a une liberté de travail qui est assez grande. Je ne me reverrais pas repartir travailler à l'hôpital. J'aurais énormément de mal à rester douze heures, à travailler à l'hôpital. » (E2P5)

1.1.1.1.1. Avec une flexibilité des horaires

« Quand mon collègue, en fait, est parti en retraite, bon ben forcément, beaucoup de ses patients, se sont tournés vers moi, du coup, n'ont pas été exigeants sur les horaires parce que j'ai mis, des points très, très clairs dès le départ. Donc, y'a des petites affiches, un peu partout dans le cabinet, avec typiquement, pour les ordonnances, venir sur les horaires de la secrétaire, euh, la prise de rendez-vous, si possible, pendant les heures de la secrétaire... » (E3MG3)

« Ouais c'est pour ça qu'on est en libéral, et de se dire oh bah tiens, là je veux absolument assister à telle chose et tout ça. On se bloque vraiment, peu importe en milieu d'après-midi et on y va. Et ... » (E2P1)

« c'est être libre aussi de pouvoir un minimum choisir ses horaires, ses conditions de travail » (E1I3)

« Le médecin peut aussi choisir de faire des consultations avec rendez-vous ou sans rendez-vous » (E1I6)

« Et puis t'en as, qui vont pas bosser tous les jours, bosser, avoir des horaires » (E1I4)

« [...] je pense qu'il y a moyens de, d'avoir une organisation qui convienne à chacun » (E1I3)

« Soit ils sont d'accord pour voir tout le monde et, terminer à vingt-deux heures du soir, voilà. Soit euh, soit effectivement, on pose des horaires en disant : « ben moi, je ne travaille pas, là je m'arrête ». Et puis, je pense que ça dépend de chaque médecin. [...] il suffit de savoir s'organiser de savoir ce qu'on veut » (E1I7)

« C'est-à-dire, c'est modulable, j'n'ai plus de garde, j'n'suis plus appelé la nuit » (E3GN)

« Je regarde mon téléphone autrement. » (E3GN)

1.1.1.1.2. Par la possibilité de réduire son activité en fin de carrière

« si jamais, on a l'occasion de pouvoir partager un cabinet, cela permet aussi de se délester petit à petit, et de ne pas cesser une activité comme ça tout à coup » (E3GN)

1.1.1.2. Sans lien de subordination ou de hiérarchie entre professionnels selon le groupe des professionnels paramédicaux

« Alors moi j'ai commencé, en deux mille six seulement. Cela ne fait pas très longtemps, j'ai fait avant quinze ans d'hôpital. Moi je trouve que l'avantage du libéral, [...], par rapport à tout ce qui est institution, où il y a toujours la hiérarchie, etc. » (E2P6)

« [...] avec la pression des hiérarchies, bon ben voilà. C'est pour ça que cela n'a pas de prix. » (E2P5)

1.1.1.2.1. Même s'il faut répondre à la demande du prescripteur

« ...Et on ne rend des comptes qu'à... » (E2P1)

« A personne. » (E2P5)

« A nous même, quelque part quand même au prescripteur, à nous [...] C'est vrai qu'on n'a, on n'a pas de compte à rendre à une hiérarchie. On a des comptes à rendre au prescripteur quand même mais, on n'a peut-être pas ce poids-là qu'on a en institution » (E2P1)

1.1.1.3. Avec la possibilité de fonctionner avec un secrétariat

« J'ai gardé ma secrétaire, parce que là, je ne me voyais pas du tout, revenir complètement en arrière » (E3MG3)

1.1.1.3.1. Qui permet le fonctionnement quotidien

« [...] je suis débarrassé de beaucoup de tâches administratives au groupe, par les secrétaires. On a un secrétariat au groupe qui est formidable : qui gère tout, les commandes, le matériel, qui quand y'a une femme de ménage qui est malade, elles se débrouillent... Bon, tout, qui gère les, les remplacements, les demandes de remplacement, les commandes de matériels... Ça on ne gère rien du tout, les fiches de paie, on ne gère rien. On ne s'occupe de rien, on s'occupe du travail » (E3MG2)

« Cela me permet, moi de me libérer effectivement, de toutes les tâches, que j'ai pu faire, justement quand je faisais des remplacements, et quand j'avais remplacé les médecins qui étaient seuls sans secrétaire, typiquement le rangement d'examen, scanner les, les comptes-rendus, la commande de matériels, la prise des rendez-vous, euh, la prise des ordonnances demandées. » (E3MG3)

« Donc tout ça, plus oui, effectivement plus tout ce qui est commande, elle, elle fait le ménage également, donc, moi, je n'ai pas à le faire. » (E3MG3)

1.1.1.3.2. Qui permet d'aménager le planning

« j'ai un secrétariat téléphonique, cela me permet quand même, une certaine, un certain aménagement de ses temps de travail. » (E3GN)

1.1.1.3.3. Qui permet de gérer les demandes des patients

« Et, j'ai pris le choix de prendre une secrétaire, parce que quand il n'y a pas de médecin, [...] le malade trouve toujours quelqu'un, qui répond à leurs questions quand il appelle le cabinet. » (E3PN)

1.1.1.4. Cette liberté d'exercice libéral rend l'exercice plus facile et attire les jeunes médecins dans la profession

« C'est ça qui est bien, c'est qu'on a ce choix-là aussi » (E1I3)

« les conditions, les médecins généralistes, ils les font » (E1I7)

« Les conditions ne sont pas mauvaises » (E1I7)

« Enfin j'trouve, ouais, je trouvais que c'était pas trop mal organisé » (E1I4)

1.1.2. Les champs d'activités en médecine générale sont multiples et variés, avec un rôle central du médecin dans la prise en charge du patient

« renouveler et constater » (E1I7)

« orienter » (E1I7)

« envoyer les gens vers des spécialistes » (E1I7)

« le lien entre tous les spécialistes » (E1I7)

« faire le débrouillage » (E1I7)

« Il assure le suivi » (E1I7)

1.1.2.1. Mais son champ d'action est limité

« que l'on ne peut pas en général, pas faire grand-chose » (E1I7)

1.1.3. Le choix d'exercer seul ou en groupe en libéral

1.1.3.1. L'exercice traditionnel en solitaire du médecin généraliste est plutôt masculin et en milieu rural

« j'ai une impression de, qu'il est isolé quand même » (E1I2)

« c'est une personne isolée » (E1I2)

« Et puis, pendant six mois, euh, il ne va jamais remettre en question son, sa pratique ou il ne va jamais être, ouais, il ne va jamais exposer sa pratique devant d'autres personnes » (E1I2)

« T'as vraiment, ceux qui vont être, souvent, des hommes, qui vont être un peu éloignés des villes, et qui vont avoir ce genre de pratique » (E1I4)

1.1.3.2. L'exercice seul ne s'oppose pas au partage de la pratique

« On peut très bien être généraliste sans être isolé » (E1I3)

« arriver à bosser en groupe, à avoir pleins de liens, de liens avec différents acteurs de santé » (E1I4)

1.1.3.2.1. En travaillant avec les autres confrères pour assurer la continuité de la permanence de soins

« J'arrive à m'arranger, avec d'autres confrères, en fait, et consœurs, de Lannion, pour assurer, les urgences, de ma clientèle, quand je suis absente. » (E3MG3)

1.1.3.3. L'exercice seul par choix personnel

« Je travaille seule, effectivement » (E3MG1)

1.1.3.4. L'exercice seul par manque de médecins ou départ des associés à la retraite

« Tout seul, puisqu'il n'y a pas d'associé, malheureusement. » (E3PN)

« Et puis, donc, moi, mon collègue est parti en retraite et n'a pas eu de successeur, donc depuis le premier juillet deux mille dix, je travaille seule. » (E3MG3)

1.1.3.5. Avec une préférence pour l'exercice en groupe qui permet d'organiser le temps de travail

« le mode d'exercice à deux, est quand même plus confortable que l'exercice seul. » (E3MG3)

« A deux, j'ai, j'ai toujours, trouvé que c'était très facile à mettre en place parce que, à deux, comme on n'avait pas le choix. On évitait que le cabinet soit fermé. » (E3MG3)

« je trouve que, travailler à deux, je trouve que c'est, c'est très sympa, quand on s'entend bien. Euh... Et puis, effectivement travailler plus en binôme, c'est-à-dire augmenter finalement la clientèle, mais tout en gardant un, un, du temps libre, et assurer finalement comme le disait [...], un temps, un temps complet éventuellement à plusieurs, euh, voilà. » (E3MG3)

« c'est vrai que, être au minimum deux, c'est quand même [...] un confort d'exercice, un confort, d'absence, aussi d'imprévu, comme cela peut arriver. Le gamin est malade... » (E3MG3)

1.1.4. Le cadre de travail à Lannion est satisfaisant

« j'aime bien travailler donc, où je travaille actuellement » (E3PN)

1.1.4.1. Favorisé par la présence d'un hôpital

« A Lannion, en tout cas, on a toujours, pour les urgences, la possibilité effectivement de, de passer la main à l'hôpital général. » (E3MG1)

« Au Centre Bretagne, cela doit être différent, mais on est encore plus être maître de, du jeu là, sans doute un petit peu seul. » (E3MG1)

1.1.5. La relation est privilégiée avec le patient

« C'est vrai quand on est en libéral, on sent le contact avec le patient, on sait que c'est nous, ce n'est pas le chef de service, ce n'est pas, un autre médecin. C'est le médecin qui suit le malade. Quand le malade vient chez un médecin, vient voir le médecin en libéral, il vient voir ce médecin-là. Il y a une confiance quand même qui est partagée entre les deux, êtres humains » (E3PN)

« j'aime bien le rapport avec les malades » (E3PN)

« même et c'est une relation patient - thérapeute très forte quoi. » (E2P6)

« Le travail en libéral, je trouve que c'est aussi un contact avec les patientes qui pour moi, est différente, est différent de ce que j'avais à l'hôpital. » (E2P6)

« Mes collègues qui sont en structure me disent que c'est très frustrant aussi, parce qu'elles vont voir un patient pendant un mois par exemple, et puis après ben, il rentre chez lui. Elles ne savent pas du tout ce qu'il est devenu. Et elles sont très contentes quand on donne des nouvelles « oh tiens, j'ai vu monsieur un tel, il se passe ceci, il se passe cela... ». Parce que c'est vrai c'est une relation courte en général en structure, que cela soit sur l'hôpital, bon, si sur les CMPEA où les choses plus comme ça, c'est vrai qu'elles les suivent beaucoup plus longtemps. Mais... » (E2P4)

1.1.5.1. Le médecin généraliste est le premier interrogé pour les questions de santé des patients et leurs questions personnelles

« c'est celui que les gens vont voir en premier » (E1I7)

« un peu pour tout et n'importe quoi » (E1I7)

« pour parler de leurs problèmes » (E1I7)

« On pourra lui poser des questions » (E1I7)

1.1.6. Cet exercice est une découverte satisfaisante pour certains spécialistes

« Donc moi, c'est une expérience récente, je suis encore dans la découverte. » (E3GN)

1.1.6.1. La pratique libérale répond mieux aux attentes professionnelles

« certain nombre de choses » (E3GN)

1.1.6.1.1. Elle respecte le temps à consacrer aux patients

« je privilégie, quand même, dans la mesure du possible, de consacrer au patient, du temps, parce que ben, c'était, pour moi, c'était ça, l'hôpital. C'était, que y'avait du temps, et que du temps, et que quelqu'un qui avait besoin qu'on passe du temps, ben, il fallait pouvoir le lui donner. » (E3GN)

1.1.6.1.2. La pratique hospitalière ne répond plus à son rôle d'intérêt général

« l'absence de priorité du service public enfin » (E3GN)

« Le changement de mentalité de l'hôpital, en tant que machine, [...] je parle de l'hôpital, en général, quoi. » (E3GN)

« quand, j'ai choisit, moi d'être hospitalier, c'était dans un but de, de faire partie d'une équipe, d'avoir des projets communs, d'avoir un certain nombre de choses partagées » (E3GN)

« travailler dans le service public parce que je trouvais que, que, que le critère «service public», voulait pour moi, dire quelque chose. » (E3GN)

« Mais, moi, je considère que le service public, il, il a quand même son, son, son aspect d'ouverture à tout le monde, enfin, et normalement le temps à consacrer, aux soins. » (E3GN)

« « Et, que tout ça s'est évaporé, petit à petit, pour tomber dans les individualismes et, dans l'espèce de, de, d'absence de sens collectif. » (E3GN)

1.1.6.1.2.1. Mais elle est soumise aux objectifs des administrateurs

« Et puis maintenant, qu'il y a la tarification à l'activité, on est tenu à avoir, un certain rythme » (E3GN)

« je pense que, le que regard que, les médecins hospitaliers qui ont aujourd'hui, sur leur travail, ceux qui sont arrivés récemment, n'aient pas du tout le même regard » (E3GN)

« Le changement de mentalité. » (E3PN)

« Administratif, de calculs avec, avec donc, le PC, mais, pas un travail humain comme avant » (E3PN)

1.1.6.1.2.2. Ce qui altère la qualité des soins

« Il n'y a plus d'échange » (E3PN)

« Par exemple, une infirmière qui s'absente, ce sont les collègues qui vont la remplacer. Donc y'a une surcharge au travail importante, qui, qui diminue beaucoup la qualité de travail. » (E3PN)

« Le travail a diminué en qualité, et puis, ça affecte beaucoup la mentalité et puis, les relations entre, les, les équipes soignantes. » (E3PN)

1.1.6.1.3. La carrière hospitalière présente de contrainte

« La lourdeur d'exercice hospitalier en matière d'astreintes, de gardes, l'absence de temps de récupération, notamment après les, les gardes travaillées. » (E3GN)

1.1.6.1.4. La charge de travail médical en libéral est quand même importante

« C'est-à-dire que par rapport à l'hôpital, j'ai des journées, on va dire de « fou ». » (E3GN)

1.1.7. C'est un exercice intra et interprofessionnel satisfaisant selon les professionnels de santé installés

« Moi je ne me sens pas en difficultés, parce que j'estime que si j'ai un problème je peux toujours appeler soit un autre orthophoniste, soit effectivement le médecin traitant de la personne, soit, un moment, je travaillais beaucoup avec un médecin qui a pris sa retraite qui était phoniatre donc, ou les ORL, moi je côtoie plus les ORL, les médecins généralistes. On a toujours possibilités de, de voir si y'a un problème... » (E2P4)

« Et ça fait vraiment un travail d'équipe en fait. On se sent intégrer, en fait, on est libérale mais tout en ayant un pied à la maternité ce qui fait qu'on se sent intégrer dans l'équipe hospitalière, tout en ayant notre statut de, de libéral. » (E2P6)

« Mais, mais globalement, ça se passe bien. Tout le monde est accessible et ouvert, c'est juste question de temps, quoi. » (E2P1)

« Et la particularité, c'est que l'on est relativement interchangeable » (E3MG2)

« On, on discute beaucoup entre nous » (E3MG2)

« On travaillait, enfin chacun avait sa clientèle, mais, on se remplaçait mutuellement en cas d'absence et pendant les vacances. » (E3MG3)

« j'ai gardé un pied à l'hôpital. Je, je reste quand même donc, parce que le, le correspondant, c'est quand même l'hôpital » (E3GN)

« mais, j'ai encore un très bon contact avec l'hôpital, je ne suis pas du tout parti fâché avec la structure. » (E3GN)

« le travail en équipe, j'ai encore un petit peu de ça. » (E3GN)

1.1.7.1. Ce qui est un atout pour la pratique libérale selon les professionnels de santé installés

« Euh, donc, je, je pense que j'ai un exercice privilégié, parce que j'ai, j'ai ce réseau à l'hôpital. Je vais participer aux réunions du service, je vais, donc, je... » (E3GN)

« Enfin, les structures qui permettent des échanges moi, je ne peux pas fonctionner sans. Je ne pourrais pas être gynéco, tout court, dans, dans mon cabinet. Ça, je ne pourrais, je ne pense pas, que j'aurais choisi ça. » (E3GN)

« Je pense que nous, on a une situation qui est assez intéressante puisqu'on travaille beaucoup en relation avec l'hôpital, avec la PMI, donc y'a une bonne entente entre les trois secteurs, ce qui est important. Comme on va régulièrement aux staffs de la maternité, on est au courant de tout ce qui se passe, y'a une bonne entente entre tout le monde. C'est vrai que c'est intéressant. » (E2P5)

1.1.7.2. Mais dont le travail en collaboration n'est pas tellement différent de celui de l'hôpital

« Ça ne, ça ne m'a pas beaucoup, changé, en fait de laisser l'hôpital. » (E3GN)

1.1.7.2.1. Bien que les professionnels de santé soient limités dans les gestes techniques et doivent alors déléguer au secteur hospitalier

« Sauf qu'il faut que je délègue [...], parce que je ne peux pas assurer les gestes techniques » (E3GN)

« Alors après, bon pour les urgences, c'est pareil. C'est, c'est, c'est vite déléguer, les urgences, les, les patientes, elles savent, quoi, où s'adresser. » (E3GN)

1.1.8. Les missions administratives des autres médecins spécialistes étant différentes de celles des médecins généralistes ne sont pas ressenties comme des contraintes

« J'n'ai pas, j'n'ai pas cette sensation de, de poids administratif » (E3GN)

1.1.8.1. Du fait de leur rôle limité pour les problèmes administratifs

« mais bon, je ne, je ne pense pas qu'on ait, comment dire, qu'on ait le même versant, en matière de, d'interlocuteur administratif. » (E3GN)

« Moi, je n'ai pas besoin, et eux, n'ont pas trop besoin non plus, sans doute, de me, de me dire des choses, ou de m'imposer des choses. » (E3GN)

« Donc moi je suis dans un cadre de spécialité, j'ai un, comment dire, un exercice relativement limité, je... » (E3GN)

1.1.8.2. Et de l'aide du conjoint pour certaines tâches administratives

« Bon, sur le plan administratif, moi, je suis beaucoup aidé par, mon, mon épouse, qui assume des tâches diverses et variées. » (E3GN)

« Parce qu'elle fait du secrétariat. Elle fait de la compta derrière donc... Et elle est, elle est, elle est ma salariée, d'accord. » (E3GN)

« Ça, ça allège quand même sacrément » (E3GN)

1.2. Mais l'exercice libéral est gêné par certains aspects

1.2.1. L'image, qu'il véhicule auprès des internes, entre un exercice de la médecine générale ambivalent, tourné à la fois vers l'écoute et la recherche d'un profit financier
« avec la notion de médecin traitant, ça c'est quand même, enfin moi, je dirais que ça s'est pas mal amélioré » (E1I4)

« Moi je parlais plus du loisir, d'une vision générale de la médecine en gros, le médecin humaniste ou » (E1I4)
« médecin tiroir-caisse... » (E1I4)

1.2.2. Les missions administratives qui freinent l'épanouissement professionnel des médecins généralistes installés bien qu'elles soient parfois en partie déléguées à la secrétaire
« Ce qui me révolte actuellement, c'est le système de santé actuel. La lourdeur du système où rien n'est fait pour, pour faciliter notre travail. [...] Et souvent quand, je vais voir le médecin conseil, ou quand je leur écris, ou quand je les ai au téléphone, je n'ai jamais de réponse pour les patients. Enfin, avec les administratifs, c'est plus ou moins bien. » (E3MG2)

« l'exercice, est sans doute, gêné par toute, toute l'adminis... Enfin, la paperasserie, on ne voit pas la Sécurité Sociale comme une ennemie mais, c'est, c'est des tracasseries. Donc, c'est vrai, pour calculer le temps passé autour des patients, par rapport au temps de travail, on doit être à, bon, cinquante pour cent d'exercice et puis le reste, le reste en paperasse. » (E3MG1)

« Je suis effectivement d'accord, dans le sens où, en plus de ça, on a effectivement, beaucoup plus de démarches administratives à faire. » (E3MG3)

« on a du travail administratif, avec les caisses mais on n'a pas les cinquante pour cent de boulot, de tâches non médicales et je crois que, c'est dommage. Je crois que, c'est très, très bien de déléguer des tâches non médicales à d'autres, pour ne garder que du temps médical, qui est vachement gratifiant, je trouve. » (E3MG2)

« Et, encore moi, justement, j'ai une secrétaire qui me permet de m'alléger sur certaines tâches, que je ne fais pas. » (E3MG3)

1.2.3. Il existe un manque de collaboration générale au vue des jeunes médecins

« Chacun fait sa prise en charge dans son coin, et... » (E1I3)

« Et finalement c'est que, c'est que dans les cas extrêmes, les fins de vie ou des choses comme ça qu'on va enfin se réunir pour, pour discuter du patient » (E1I3)

1.2.3.1. La collaboration entre professionnels est limitée par le manque de temps

« ou les médecins n'ont pas le temps d'expliquer les choses, mais euh... » (E1I6)

« Ouais si, ça se passe bien, si on a des questions. Ben c'est vrai qu'il faut juste qu'on ait le temps de décrocher le téléphone, et dire : « tiens j'ai ci, ça... » » (E2P1)

1.2.3.2. Elle est limitée par un défaut de communication

« Euh, peut-être qu'après les infirmières n'osent pas [...] Ouais, je, les stages où je suis passée, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de contacts, quoi... Même avec les kinés, on prescrit une séance de kiné, on n'a pas beaucoup de retour... » (E1I6)

« Tout comme eux, on n'a pas forcément beaucoup de communication enfin » (E1I5)

1.2.3.3. Elle est limitée par vieilles habitudes

« Mais c'est vrai que ce n'est pas très fréquent, ce n'est pas la norme quoi » (E1I3)

« Mais je pense que cela n'arrive tellement, enfin...Même en stage à l'hôpital, quand on va appeler un généraliste ou une infirmière, ou un spé, ben pour dire, « ben j'ai vu votre patient, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Tout le monde est surpris en se disant « ah tiens, on me demande mon avis ? » Enfin bon... » (E1I4)

1.2.3.4. Par fatalisme, on ne sollicite pas les autres professionnels

« Ben parce que, j'ai l'impression, en fait, a priori, les gens se disent de toute façon, ça ne changera pas. Il ne changera pas façon de faire. Et puis, que, c'est la même chose, comme dans un sens comme dans l'autre. Le médecin qui appelle l'infirmier, l'infirmier qui appelle le médecin. Alors qu'en fait, quand on, quand on passe à l'acte, grosso modo, on est, on est aussi surpris... » (E1I2)

1.2.3.5. Mais aussi par méconnaissance de l'exercice des autres professionnels de santé

« Euh moi, personnellement, j'ai pas beaucoup, je ne vois pas bien, comment eux, ils s'organisent. Enfin, on peut imaginer mais, je ne sais pas dans le, le détail. Comment ils fonctionnent vraiment, qui se regroupent, qui ne se regroupent pas ? Enfin, non. » (E1I5)

1.2.3.6. Alors qu'il y a des possibilités simples d'y remédier en peu de temps

1.2.3.6.1. Un simple coup de téléphone

« C'est vrai, des fois, c'est le patient, qui va revenir en disant, c'est l'infirmière qui m'a dit ça, le kiné a dit ça, le cardio a dit ça... Et c'est vrai des fois, on se dit c'est trop bête, quoi. Un coup de fils en trente secondes, c'est réglé. Si le kiné a besoin qu'on fasse une radio, si l'infirmière trouve que le pansement n'est pas bien, qu'elle veut un avis, c'est dommage de ne pas le demander. Mais dans l'autre sens, on n'appelle pas non plus, hein ? » (E114)

« sans que cela soit quelque chose de très formelle mais, c'est vrai un coup de téléphone souvent... » (E113)

« Ouais, cela m'arrive de temps en temps aussi, ouais... » (E117)

1.2.3.6.2. Des visites conjointes au domicile du patient

« Ou même en visite, on se donne rendez-vous. Ben, je vais passer à telle heure, l'infirmière se débrouille aussi pour passer à peu près à la même heure. Et cela peut permettre quand même de... » (E113)

« Et parfois on se rencontre au domicile, justement, j'ai connu [...] chez une patiente commune. » (E2P4)

« Et on se rencontre au domicile, c'est l'occasion d'échanger. » (E2P1)

1.2.4. Il existe des difficultés de déléguer certains soins au secteur libéral

« Et au niveau des cours de préparation à la naissance, c'est qu'on n'a plus de mal à gérer parce que c'est par à-coups. C'est-à-dire que les patientes ne viennent pas nous voir, peu, et ça, on ne sait pas pourquoi. Enfin elles s'adressent prioritairement à l'hôpital, » (E2P6)

« Enfin pour les cours de préparation à la naissance. » (E2P6)

« Elles arrivent d'un coup, elles ont, elles repartent, elles accouchent donc, c'est quelque chose de très dure à gérer. » (E2P6)

« Mais tout ce qui est préparation à la naissance, ça bloque. Ça bloque. » (E2P6)

1.2.4.1. Du fait de la mainmise par le secteur hospitalier

« et du coup ben elles restent, on ne nous les adresse pas même si y'a des files d'attente sur l'hôpital, on se rend compte que y'a du mal à déléguer vers le libéral. Enfin pour les cours... » (E2P6)

« Non, c'est que l'hôpital a, paie des sages-femmes pour faire les cours, donc ils remplissent les cours, voilà. C'est tout simplement ça. » (E2P5)

1.2.4.1.1. Alors que ce secteur connaît les possibilités de prise en charge par le secteur libéral

« C'est beaucoup l'hôpital qui nous connaît donc... » (E2P5)

« Pourtant à l'hôpital ils nous connaissent, puisqu'on va, nous, tous les mardis on va au staff, vraiment on est en collaboration avec eux. » (E2P6)

1.2.4.1.2. Du fait du manque d'informations

« C'est un manque d'informations, oui. » (E2P6)

« C'est plus un problème de, oui, de se faire connaître et... (E2P6)

1.2.4.1.2.1. Entre les professionnels de santé libéraux sur les compétences de chaque professionnel

« Oui mais c'est vrai. Tout à fait vrai. Là on découvre, hein ? » (E2P4)

« On se découvre. » (E2P4)

« Mais je pense que justement, les médecins ne savent pas toujours, enfin moi je remarque, ce que nous, ce qu'on peut faire. » (E2P4)

« Souvent l'orthophonie, souvent je vois c'est « lecture orthographe », point à la ligne. Alors que c'est plein de choses, autour, que je trouve plus intéressantes personnellement mais bon. C'est vrai que pour beaucoup, c'est ça. » (E2P4)

1.2.4.1.2.2. Du manque d'informations aux patients

« Ben voilà, elles ne le savent pas aussi ! » (E2P1)

« Le problème c'est que, je ne suis pas certaine que, la population sache ce que fait une sage-femme libérale » (E2P6)

1.2.4.1.3. Du fait du manque de temps pour informer les autres professionnels

« Sauf que voilà, il faudrait que je prenne aussi le temps de faire le tour de tous les médecins, de tous les kinés, et de tous les professionnels de santé, pour informer tout le monde. Et ça c'est un manque de temps. J'ai des affiches la voiture, j'ai des, des p'tits... Et je n'ai pas pris le temps. Alors par courrier, ça me gêne d'envoyer un courrier comme ça à tous les médecins parce que, j'avais prévu de voir les médecins généralistes, les kinés, etc. » (E2P6)

« Oui de ma part, ouais c'est sûr après c'est un problème de temps. » (E2P6)

1.2.4.2. Alors qu'il existe une offre de soins potentielle par l'activité libérale des sages-femmes

« Ben nous, tout ce qui est acte à domicile, enfin tout ce qui est suivi de grossesse à domicile ou suites de couches à domicile, euh, ben on nous demande on y va. » (E2P6) « On ne se pose pas de question, ça du coup... » (E2P6)

« Un monito... » (E2P5)

« ...Un monitoring pour une surveillance de grossesse pathologique, on nous dit il faut y aller trois fois par semaine, ben on va les casser trois fois dans la semaine. Après à nous de nous organiser, mais de toute façon, elle sera vue. On ne se pose même pas la question. Euh les suites de couches... » (E2P6)

« Dès qu'elles sortent elles appellent et on y va dès le lendemain et puis trois jours de suite. Euh donc on ne se pose pas la question. Le soin de premier recours, on y va tout de suite. Après au cabinet, pour tout ce qui est rééducation périnéale... » (E2P6)

1.2.4.2.1. Avec des soins s'apparentant à ceux de l'hôpital

« Et est-ce que les cours de préparation à l'accouchement c'est aussi, parce que à l'hôpital, c'est quelque chose qu'elles proposent notamment, des prises en charge à [...], alors... Est-ce que c'est encore autre chose ? » (E2P1)

« Ouais, mais je viens de mettre en place moi des cours de prépa, en piscine à la thalasso à [...]. » (E2P6)

1.2.4.2.2. Avec des moyens de paiements utilisant le tiers-payant comme à l'hôpital

« Parce que c'est comme sur l'hôpital, les femmes ne font pas l'avance des soins donc ce n'est même pas le problème d'avance des soins, puisqu'elles donnent leur carte vitale et on télétransmet. » (E2P5)

« Ouais, nous aussi on ne fait pas payer. » (E2P1)

« Elles n'ont pas à payer » (E2P6)

« Pour l'instant ouais. » (E2P5)

« Donc que, c'est même pas une histoire d'argent. On ne fait pas de dépassement d'honoraire ni l'une ni l'autre. » (E2P6)

1.2.5. L'exercice est difficile par manque de professionnel et impose aux professionnels installés des aménagements dans leur pratique libérale

1.2.5.1. Les effectifs diminuent chez les médecins généralistes et la charge de travail augmente

« On a malheureusement perdu quatre collègues généralistes, à Lannion, enfin [...] on a quand même, un surcroît de travail, qu'on le veuille ou pas. » (E3MG1)

« on a beaucoup plus de, de, d'affluence... » (E3MG1)

« Ce qu'on voit, c'est, qu'il y a de moins en moins de médecins installés en libéral, euh, que le nombre de [...] patients ne va pas diminuer » (E3MG3)

« il y a plus de médecins à vouloir, à vouloir dévisser sa plaque que, à vouloir s'installer. Donc, pourquoi ? » (E3MG3)

« Je crains de perdre encore mes collègues. » (E3MG1)

« Le paradoxe, c'est que les médecins qui passent, qui partent à la retraite, y'en a même pas un pour les remplacer, y'en a même pas la moitié d'un. (E3GN)

« Un sur dix, ou même pas. » (E3MG2)

« Mais je pense que, c'est ça qui me fait peur, c'est la surcharge de, de travail. » (E3MG3)

1.2.5.2. Cette baisse locale d'effectifs en médecine générale s'est accentuée avec des départs prématurés

« Ceux qui sont partis, n'étaient pas ceux qui étaient escomptés finalement. » (E3MG1)

« Enfin, ceux qui n'avaient pas prévu ça, sur un moyen et long termes. » (E3MG1)

« Moi je me dis aussi, mon mari travaille à [...], il peut être muté. Est-ce que, en étant muté, je ne sais où, si c'est lui, qui décide, est-ce que, est-ce que moi, à ce moment-là, je prendrais la décision de dire, « ben, tans pis, moi je reste là », j'en sais rien, mais... » (E3MG3)

1.2.5.3. Il y a aussi un manque d'effectifs chez les autres médecins spécialistes

« ça fait cinq, cinq temps pleins de gynécologue, qui ne sont pas affectés aujourd'hui, un en libéral et quatre à l'hôpital. [...] Mais pour autant, la, la répartition, des, des, enfin des patientes, ne peut, ne peut pas se faire. » (E3GN)

« Moi, je suis obligé de, de limiter les, les inscriptions maintenant. Enfin mon, mon périmètre est, est bouclé, en quelque sorte » (E3GN)

« l'activité qui monte, peut-être parce qu'il n'y pas de deuxième. » (E3PN)

1.2.5.3.1. Pour des cas particuliers, comme la grossesse, la prise en charge ne peut être refusée

« sauf pour les femmes enceintes, où je ne trouverais pas, logique de dire que je ne peux pas. Parce que une femme enceinte, c'est quand même quelqu'un, on ne peut pas dire : « revenez dans trois mois, ou dans six mois ». C'n'est pas possible. Donc, y'a une espèce de priorité là, incontournable. Donc il faut la voir cette dame-là. » (E3GN)

1.2.5.4. Certaines professions paramédicales et d'autres professions médicales sont aussi en baisse d'effectifs malgré quelques installations

« Au niveau en kiné, c'est vrai que sur Lannion, je crois que y'a un déficit, on peut le dire au niveau kiné [...] » (E2P1)

« Ouais, c'est quand même pas évident à gérer mais là, je crois qu'on a eu des collègues qui sont partis en retraite pour d'autre part, y'a eu quand même deux décès donc cela fait trois en moins et plus maintenant, y'en a un là aussi un collègue qui part en retraite, monsieur [...], qui part en retraite sur [...], qui est parti en retraite. Donc on est quand même à quatre kinés en moins sur le secteur. A coté de ça, bon y'a [...], qui s'est installée. Je pensais que cela faisait un an, mais bon cela fait quasiment deux ans. » (E2P1)

1.2.5.4.1. En effet, il y a une augmentation de la demande de soin pour les kinésithérapeutes
« C'est vrai que, nous, on est, bah, comme beaucoup, sollicité. » (E2P1)

1.2.5.4.2. Le délai d'attente des prises en charge augmente
« puisqu'on a des délais qui pour moi en deux ans se sont considérablement allongés. » (E2P1)
« et nous qui étions en face, un moment donné, on était saturé. Et là, c'est vrai que je me suis sentie un peu débordée face à la demande. Alors peut-être pas assez de recul, et puis, cela a été un petit peu difficile. » (E2P1)
« Alors ça, ça nous était inconnu y'a encore deux ans maintenant, quoi. » (E2P1)
« Et cours de préparation à la naissance, ça effectivement on peut avoir un petit délai entre quinze jours et trois semaines, parfois trois semaines, un mois. Voilà c'est un peu près ça. » (E2P6)
« Mais je ne supporte pas effectivement, quand quelqu'un appelle pour une rééducation de lui dire que je le prends dans trois mois. » (E2P4)

1.3. Une adaptation de l'exercice libéral des professionnels locaux installés

1.3.1. La mise en place d'un intermédiaire : un secrétariat téléphonique
« et, pour, pour faire face à ça, on a mis en place depuis quelques mois un secrétariat téléphonique. C'est-à-dire qu'on ne répond plus au téléphone. » (E2P1)
« Là, je n'en pouvais plus, donc j'ai, j'ai pris la solution d'une secrétaire téléphonique. C'est pas mal. » (E3MG1)

1.3.1.1. Parce que les consultations par téléphone ne suffisaient plus pour le médecin
« c'était réglé par téléphone. C'était des consultations par téléphone. » (E3MG1)

1.3.1.1.1. Une des difficultés est que la secrétaire repère les urgences
« Et ça, j'ai bien peur que la secrétaire, même si elle très, expérimentée, elle ne verra pas toutes, toutes ces urgences-là. J'espère qu'on ne perdra pas trop de temps pour les patients. » (E3MG1)

1.3.1.1.2. Ce changement augmente de façon initiale l'activité globale
« Mais je m'aperçois que j'augmente mon activité. » (E3MG1)

1.3.1.1.3. Il nécessite une phase d'adaptation
« Ça ne fait pas longtemps, ça fait un mois. Bon, j'ai des, y'a des, y'a des petites adaptations. Mais, on arrive. » (E3MG1)

« Parce que certains patients gardaient l'habitude des consultations par téléphone, alors dérangent la secrétaire, me dérangent moi ensuite. Donc pour l'instant, c'est, y'a une petite période d'adaptation là. » (E3MG1)

1.3.1.1.4. Les appels téléphoniques du médecin ont diminués de moitié
« j'avais calculé que j'avais, entre trente et cinquante appels par jour. [...], je ne les ai plus, quoi. Là, j'en ai une vingtaine. J'en ai une vingtaine. » (E3MG1)

1.3.1.2. Pour la kinésithérapeute

1.3.1.2.1. Le secrétariat à distance permet de donner une réponse au patient et de déterminer le délai des soins
« Mais on a dû mettre ça en place pour, pour aussi répondre aux patients qui eux étaient dans la douleur, dans le besoin » (E2P1)

« On est obligé de mettre en place des listes d'attentes, choses qu'on ne faisait pas ne serait ce que, y'a six, huit mois, et c'est vrai que là, aujourd'hui on fait ça. » (E2P1)

« Et puis on n'a plus ce contact, ce contact téléphonique, en disant aux gens « ah non, je ne peux pas vous prendre aujourd'hui. Ah non, pas la semaine prochaine mais dans un mois ». » (E2P1)

1.3.1.2.2. Car il est difficile de gérer des demandes multiples
« Mais je ne supporte pas effectivement, quand quelqu'un appelle pour une rééducation de lui dire que je le prends dans trois mois. » (E2P4)

« Ben oui, c'est insupportable. » (E2P1)

« Parce que se dire pendant trois mois... » (E2P4)

1.3.1.2.3. Il permet la gestion du temps de travail et de l'emploi du temps professionnel, ce qui permet d'avoir du temps pour la vie personnelle
« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. » (E2P1)

« Depuis qu'on a installé le secrétariat téléphonique, c'est vrai que cela nous aide beaucoup dans notre pratique professionnelle. On dit ben, de telle heure à telle heure, on accepte les patients, elles ont notre plannings. On fonctionne via internet, et elles remplissent, elles gèrent les patients. » (E2P1)

« Et là depuis quelques mois, depuis qu'on a mis ça en place, cela s'est considérablement amélioré, puisque là on arrive à beaucoup mieux gérer les patients, le planning » (E2P1)

« et notre vie à côté. » (E2P1)

1.3.2. Une organisation du temps de travail en fonction du volume des demandes selon les périodes, par modification du temps de travail selon les périodes de l'année

« J'ai des, des horaires élastiques, donc, là en ce moment je travaille beaucoup moins. L'hiver j'ai travaillé beaucoup plus j'ai fait des semaines à cinquante heures. Euh ce qui n'est pas satisfaisant. Euh, mais je l'ai fait, mais l'hiver prochain, je verrai. » (E2P3)

« Avec des horaires élastiques, j'arrive à gérer. » (E2P3)

« Moi j'ai toujours eu des horaires élastiques. » (E2P4)

« Nous aussi on a des horaires élastiques. » (E2P5)

1.3.3. En hiérarchisant des demandes avec l'expérience bien que toutes les professions de santé, comme l'orthophonie, ne sont pas confronté au motif d'une prise en charge urgente

« Mais combien des fois, moi, combien des fois je me suis fait avoir, entre guillemets, où j'ai dit « ben oui venez, il est vingt heures ». Mais c'est un truc... Moi élastique, c'était du, du, vraiment élastique, c'était du douze, treize heures. Alors je dis ok... » (E2P1)

« Et puis finalement la personne elle vient, et puis en fait je me dis, cela pouvait carrément attendre deux, trois jours, quoi. Moi je me fais avoir, peut-être moins maintenant, beaucoup moins, mais je crois que c'est l'expérience aussi qui fait ça. » (E2P1)

« Moi forcément, je n'ai pas ce problème d'urgences. Non, je n'ai jamais de trucs de réellement urgents. Je peux commencer dans les quinze jours, mais je ne me vois pas dire aux gens : « je vais vous prendre dans six mois », comme des fois cela arrive. » (E2P4)

1.3.4. Ces changements dans l'exercice, impliquent aussi d'autres conséquences négatives

1.3.4.1. La flexibilité des horaires dans l'année ne permet pas un équilibre temps personnel / temps professionnel satisfaisant, en particulier pour les mères avec des enfants en bas âge

« Moi, je dirai que l'équilibre n'est pas évident à faire. » (E2P1)

« Mais, ce n'est pas satisfaisant. » (E2P3)

« D'un point de vu privé, ce n'est pas satisfaisant. C'est certain. » (E2P3)

« Maintenant c'est moins gênant dans la mesure où je n'ai plus d'enfants à la maison. C'est vrai que quand on a des jeunes enfants, c'est quand même difficile, de ne jamais les voir ou presque, quoi. » (E2P4)

« Mais c'est vrai la vie privée à côté en prend un coup, quoi. » (E2P4)

1.3.4.2. La relation praticien-malade est négligée : le premier contact direct avec le patient est mis de côté

« Malheureusement, on n'a plus le contact direct avec le patient, parce que ça, quand même cela nous permettait déjà d'avoir une première approche. » (E2P1)

1.3.5. Les médecins généralistes installés s'investissent dans la formation des jeunes

« Donc, les années qui viennent, j'attends, j'attends de, la relève. C'est un peu dans ce sens, que je reçois les internes, et des externes, en espérant attirer quelques uns, en garder, quelques uns dans mes filets. » (E3MG1)

1.4. La question de rémunération est controversée

1.4.1. le paiement par l'acte reste la représentation dominante et satisfaisante de la rémunération des professionnels de santé, en l'absence d'autres possibilités de rémunération connues

« je pense, que c'est bien, soit l'acte, soit le temps passé avec le patient, car on passe beaucoup de temps avec les patients. [...] je trouve que c'est un bon système. » (E3PN)

« J'ai du mal à, j'ai du mal à imaginer, comment ça pourrait fonctionner autrement. Mais je n'ai pas, je n'ai pas, un recul non plus, je n'ai pas une réflexion sur, sur le statut du paiement à l'acte » (E3GN)

« C'est le système, en fait. C'est le système de soins, qui, qui l'impose, et on n'a pas de choix. » (E3PN)

« On n'a pas de choix. [...] c'est le système qui est comme ça. » (E3PN)

« Ouais, il n'est pas trop mal. [...] mais bon. La consultation à l'acte, c'est pas si mal » (E1I7)

« Moi, je trouve qu'effectivement là, là pour ce qui en est de la rémunération, je trouve que les médecins généralistes ne sont pas à plaindre » (E1I2)

1.4.1.1. Cette rémunération est légitime

« Pas abusivement non plus, quoi » (E1I3)

« Ouais, c'est même un système, on va dire, qui a un côté honnête. » (E3GN)

1.4.1.2. Le coût réel de la santé n'est pas simplement le fait de la rémunération des professionnels de santé, mais son évaluation nécessite l'évaluation du coût des pathologies évitées

« Ce qu'il faudrait, c'est au service rendu à la limite. » (E3MG2)

« C'est-à-dire que, le SNIR, qui nous dit, ben « vous avez coûté tant », mais qu'est-ce que cela a apporté. C'est vrai, en fait on ne parle jamais, d'apport à une population. » (E3MG2)

« D'évaluer le coût d'efficacité. » (E3GN)

« Si les patients venaient, tout le temps dans la même structure, on pourrait faire des comparaisons, de façon efficace. Savoir, si plus, une structure est plus efficace qu'une autre. » (E3MG2)

« Oui, il n'y a pas d'études pour ça. » (E3PN)

1.4.2. Bien que le paiement à l'acte soit gênant parce qu'il n'a pas été réévalué

« Les actes, enfin la consultation a été revisitée. Les actes, c'est vrai ça fait longtemps, je crois, qu'ils n'ont pas été revisités, » (E1I7)

« C'est vrai c'est toujours gênant, de passer trois quarts d'heure avec un diabétique pour faire de, de l'éducation ou, ou avec quelqu'un qui a une pathologie un petit peu, avec des traitements un peu compliqués, où il faut prendre du temps et, et être payer de la même façon que passer cinq minutes avec quelqu'un de jeune qui a une angine, quoi. C'est toujours un peu gênant. » (E1I3)

« Bah, on parlait tout à l'heure de ne pas avoir été augmentée depuis bien longtemps ! » (E2P4)

« Je crois que c'est général, puisqu'on dépend un peu près toutes de... Quand il y a, quand les infirmières sont augmentées, en général, les autres suivent. » (E2P4)

« Ben nous les kinés, je crois que la dernière augmentation date de quatre-vingt-dix-huit. » (E2P3)

« Ce qui posent de sérieux problèmes sur la gestion des patientes qui habitent à, trente, trente cinq kilomètres de Lannion. » (E2P5)

1.4.2.1. Effectivement il évolue peu avec le coût de la vie

« J'ai vu une étude là, dans le *kiné actualité*, le pouvoir d'achat des kinés avait diminué de neuf pour cent depuis un an, quoi, donc... Sur une même... Bah, il faut travailler plus si on veut garder la même rémunération. » (E2P1)

« Nous, on fait beaucoup de, beaucoup de route et les frais de route sont restés les mêmes depuis au moins deux mille, et le gasoil n'est pas au même prix... Et dans le planning pour aller les voir il faut au moins une heure par patiente pour aller les voir et dont le plein d'essence. » (E2P5)

1.4.2.2. Le frais de fonctionnement augmente au fil des années

« Mais je sais par contre, au niveau des charges, moi, je me retrouve avec énormément de charges. » (E2P2)

« Les charges, moi aujourd'hui par exemple, représentent pour moi, cinquante six pour cent de ce que je gagne là. Donc finalement je redonne plus que ce que... » (E2P2)

« Moi aussi elles représentent cinquante pour cent. Je pense que pour tout le monde c'est un peu près pareil. » (E2P4)

« Entre cinquante et cinquante cinq. Tout le temps. » (E2P1)

« Dans ma vie privée, ce n'est pas un manque de temps, on va dire, c'est au niveau du salaire finalement voilà. » (E2P2)

1.4.3. Cette rémunération à la baisse est remise en question et joue en faveur d'une rémunération forfaitaire

« c'est au niveau du salaire finalement voilà. Aujourd'hui jeune installée, podologue à Lannion, euh je pense que si j'étais salariée au SMIC, dans n'importe quelle entreprise je m'en sortirais mieux quoi. » (E2P2)

1.4.4. Le manque de rémunération pour la prise en charge des maladies chroniques et de la prévention joue aussi en faveur de la quête d'autres modes de rémunérations différents prenant en compte la qualité des soins

« après, je ne vois pas trop comment on pourrait faire autrement. Forfaitaire ? » (E1I7)

« Après, après c'est vrai que je n'ai pas trop réfléchi à quelle alternative on pourrait trouver. Mais effectivement, si on pouvait proposer autre chose qui permettait peut-être une rémunération, qui permettrait une rémunération, qu'on rémunère aussi le temps qu'on peut passer à éduquer les patients à faire de la prévention, quoi. » (E1I3)

« Favoriser un travail de qualité, quoi... » (E1I5)

« Ce n'était pas CAPI ? Ou un truc comme... Enfin moi, ça me dit quelque chose... » (E1I4)

« Ça c'est l'évaluation des pratiques, de tes pratiques. C'est de tes pratiques. Mais, par contre effectivement quand tu as des patients qu'ont, qui sont en ALD, tu as une rémunération qui t'es donnée à l'année. » (E1I2)
« Oui, par an, tu as le droit, de leur demander une consultation plus chère, un truc comme ça ouais. » (E1I6)

1.5. Le devenir de l'exercice libéral est incertain et particulièrement celui de la médecine générale

1.5.1. Cette incertitude est ressentie par les médecins généralistes installés et certains professionnels paramédicaux

« honnêtement, moi, je suis un peu dans le flou. Euh, je dirais ce qui me tracasse le plus, c'est, qu'est-ce que va être l'avenir ? » (E3MG3)

« c'est un peu un flou. J'aurais tendance à résumer en disant, que je ne sais pas à quelle sauce on va être mangé ? » (E3MG3)

« est-ce qu'il y a quelque chose qui se cache là-dessous, et que pour l'instant, rien, rien ne veut être dit ? Je ne sais pas. » (E3MG3)

1.5.1.1. Selon ces professionnels, les conditions actuelles n'incitent pas l'installation des jeunes

« ce flou, [...] C'est-à-dire que, y'en a aussi, pas mal, qui doivent avoir peur d'investir, actuellement pour... » (E3MG3)

« Et, je pense aussi que, [...] qu'il y a peu de gens à s'installer sur Lannion, hein... » (E3MG3)

1.5.1.1.1. La sécurité d'exercice est recherchée par les jeunes professionnels, ce qui limite les installations

1.5.1.1.1.1. Les jeunes praticiens recherchent la sécurité financière, comme le salariat ou l'activité de remplaçant

« Puis il y a un souci de charges aussi. » (E2P2)

« Peut-être aussi un souci de charges. » (E2P4)

« Y'a un souci de charges à payer, à mon avis. » (E2P2)

« Pour répondre, je veux dire, si j'avais le choix pour être salariée dans une structure et d'être déchargée peut-être de, je ne sais pas comment ça fonctionne, alors je ne vais pas me lancer là-dedans. Mais peut-être que si, si effectivement cela me permettrait d'avoir une sécurité, de, un salaire fixe tous les mois, et ben moi, je choisirais d'emblée d'être salariée au sein d'une structure hospitalière. Enfin moi, je n'irais pas vers le libéral en tout cas. Et je comprends en tout cas que dans certaines professions où y'a le choix, on choisisse, que les jeunes maintenant choisissent plutôt la sécurité comme ça, plutôt que le libéral. » (E2P2)

« Et que vu ce que l'on donnait en tant que remplaçant, finalement ils trouvaient plus facile d'être remplaçants pendant un certain temps plus ou moins long. » (E2P4)

« Mais il y a tellement de postes, [...] de postes salariés, ouverts aux généralistes, y'a plein d'autres alternatives, qui font que le libéral, c'est peut-être ce qui attire le moins, donc ça reste le dernier... Ouais. » (E3MG4)

1.5.1.1.1.1.1. Selon l'orthophoniste interviewé, le salariat est un moyen de compléter l'expérience professionnelle avant de se lancer en libéral

« Alors moi j'ai fait ça en début de carrière, pareil, j'ai travaillé en structure et parallèlement en libéral... Pardon. Ça permet d'avoir un œil différent, quand après tu passes en libéral, parce que tu as travaillé en équipe avant, justement avec tout un tas d'autres professions, qui ont un autre œil. Mais bon, finalement je suis partie aussi en libéral en totalité. » (E2P4)

1.5.1.1.1.1.2. Si cette tendance du salariat se développe, c'est peut-être lié au l'appauvrissement de la profession MG

« Euh, d'un point de vue économique, quand on en parle à un comptable, par exemple, pour, pour lui, c'est normal, que, un chef d'entreprise, parce qu'après tout, un médecin, c'est aussi un chef d'entreprise, vienne mettre dans son outil d'exercice, y compris de l'immobilier. Et là, c'est l'inverse, de qui se passe, donc, on, je me demande, si ce n'est pas un signe d'appauvrissement, de paupérisation de la profession, que les médecins ne soient pas capables de, de se payer leur, leur immobilier, restent toujours, comment, locataires, quelque part. C'est certainement un gage de mobilité, mais enfin. Moi, cela me gênerait de passer une partie de ma carrière professionnelle, à payer du loyer sans, sans avoir rien au bout. » (E3MG1)

« C'est la contrepartie de la mobilité. » (E3MG2)

« Moi, je ne suis pas trop d'accord avec toi, parce que je pense que, aussi c'est le contexte, qui n'est pas le même. » (E3MG3)

1.5.1.1.1.1.3. Ou plutôt lié au monde du travail, qui demande d'être mobile

« C'est-à-dire que, dans, le, le monde du travail, euh, se base, quand même beaucoup maintenant sur la mobilité, et que maintenant, ben, euh, mon mari, te dirait, maintenant, envisager, pour un salarié, de faire toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise, c'est terminé, ça. Donc forcément, les conjoints étant mobiles... » (E3MG3)

1.5.1.1.1.2. Les jeunes praticiens préfèrent des horaires fixes pour travailler

« Alors je pense qu'il y a la sécurité et qu'il y a peut-être aussi les horaires, parce que c'est vrai quand on est dans une structure on travaille neuf heures - midi ; deux heures - cinq heures, six heures, c'est fini. Tandis que quand on est en libéral, comme le disait [...] « bon ben, venez quand même... ». Et ça fait vingt-et-une heures. » (E2P4)

1.5.1.1.1.3. Pour s'installer les jeunes préfèrent l'exercice en groupe, car ce dernier offre certaines garanties

1.5.1.1.1.3.1. Du temps personnel

« c'est vrai que la plupart des jeunes qui passent, des jeunes internes et externes qui passent n'envisagent pas l'exercice isolé. » (E3MG1)

« Ils voient surtout le temps libre, je pense. » (E3MG1)

« Non, les autres, c'est surtout pour une histoire de temps libre, je pense. » (E3MG1)

« Mais je me souviens d'un interne qui, qui se voyait bien commencer comme ça. Gérer tout pour un début, créer son cabinet et puis gérer tout de, d'emblée. Mais c'était le seul sur quelques uns que j'ai eu. » (E3MG1)

1.5.1.1.1.3.2. Le soutien et l'entraide des professionnels du groupe

« D'une part, parce que les jeunes orthophonistes préfèrent être justement en cabinet ou en structure donc en libéral, non » (E2P4)

« Je pense que c'est pour une sécurité. Travailler en groupe, effectivement travailler en équipe, ne pas se lancer tout seul. » (E2P4)

1.5.1.1.1.4. Les jeunes praticiens ont peur des risques médico-légaux

« Alors je parlais avec un médecin l'autre fois, une gynéco en l'occurrence, qui me disait que c'était très difficile aussi de trouver quelqu'un pour reprendre une clientèle pour les problèmes aussi que les jeunes médecins avaient très peur d'avoir des procès sur le dos, des choses comme ça et donc ils ne voulaient pas se lancer. » (E2P4)

1.5.1.1.2. Ils ne veulent pas engager des frais financiers importants pour s'installer

« Investir à l'heure actuelle, avec un gros capital, je pense que, les jeunes, doivent avoir peur. » (E3MG3)

« Et donc, je me suis, j'ai commencé effectivement à, à chercher, mais bon, l'objectif, n'était pas justement, non plus d'investir dans un, quelque chose d'énorme, qui, qui me demande aussi, parce que moi, c'était ça mon critère, qui me demande de travailler à fond, ce que je ne voulais pas. » (E3MG3)

1.5.1.1.3. Les tâches administratives dans l'exercice libéral sont contraignantes et chronophages

« Puis y'a les papiers derrière... » (E2P1)

« L'administratif est très long. » (E2P4)

1.5.1.1.4. Parce que la situation professionnelle du conjoint compte dans l'installation

« C'est vrai que, la mobilité professionnelle du conjoint peut freiner, à l'installation. » (E3MG4)

1.5.1.1.5. Parce qu'il y a peu d'aide des pouvoirs publics

« On s'attaque quand même pas mal... Je trouve aussi que, les pouvoirs publics s'attaquent pas mal à la médecine libérale » (E3MG3)

1.5.1.1.6. Parce que le bassin de l'emploi sur le secteur n'est pas favorable

« Et s'installer, parce que là le pôle de l'emploi sur Lannion, c'est plutôt l'inverse, quoi. C'est-à-dire que, les gens partent plus, qu'ils n'arrivent, donc. » (E3MG3)

1.5.2. Les internes sont aussi inquiets de l'exercice à venir

« Moi personnellement, je viens des Côtes d'Armor, et c'est un peu le gros sujet d'inquiétude quand même ! Euh, moi sincèrement, ça m'inquiète un peu quand même » (E1I3)

1.5.2.1. La peur d'assumer seul une charge de travail élevée même si celle-ci ne devrait pas durer dans le temps

« ça fait un peu peur, de se dire je vais m'installer dans un coin où sur cinq médecins, y'en a quatre qui ont plus de cinquante-cinq ans quoi... Donc que, m'installer ok, mais pas la seule jeune médecin à m'installer, quoi... » (E1I3)

« C'est vrai dans les dix ans, qui vont être un peu durs » (E1I7)

« après ça, je pense que ça va revenir, ça commencera à revenir à l'équilibre donc ce sera, ce sera un peu mieux » (E1I7)

1.5.2.2. Ils sont aussi inquiets sur la couverture de l'offre de soins dans les zones rurales

« Mais par contre je ne sais pas, jusqu'où, ça ira en termes de, loin des villes. Est-ce que vraiment dans les zones rurales, je ne sais pas si... Je pense qu'il faudra ré-attendre qu'il y ait une surcharge de médecins pour avoir, pour qu'il y ait à nouveau des choses qui se créent vraiment, là-bas quoi. Parce que le temps, enfin après, ça dépend, y'a des gens qui adorent et tout, vraiment dans des coins pommés, c'est très bien. Mais après la majorité préfèrent quand même être près des villes, pas forcément en ville, mais être à vingt minutes de Brest qui n'est pas une grosse ville déjà, c'est pas mal » (E1I7)

1.5.3. Par contre, les professionnels de santé s'accordent sur les possibilités de travail en médecine générale libérale

« parce qu'effectivement, on a plein de propositions de travail, ça je ne me fais pas de soucis de boulot, y'aura du boulot » (E1I3)

« quand on voit finalement [...] la pénurie médicale, qui s'annonce, je pense que, qu'il n'y a pas de soucis à avoir. [...], je n'ai jamais, été déficitaire et pourtant, j'ai créé ma clientèle. » (E3MG3)

1.5.3.1. Parce que les femmes médecins en générale, qui ne travaillent pas autant qu'un vieux médecin actuel

« En quatre-vingt-quinze, on était quand même, déjà soixante pour cent de filles, dans notre promo. Soixante pour cent de filles, et, les filles ne font pas un temps, euh, un temps complet. C'est-à-dire que, en majorité, on a toute, une journée dans la semaine » (E3MG3)

« effectivement, je pense, qu'à l'heure actuelle, un médecin actuellement qui part en retraite, c'est pratiquement deux médecins sur, sur ce poste-là. Parce que les mentalités ont changé » (E3MG3)

« des, des médecins qui, qui partent en retraite et qui, qui assureraient, pas d'heures... C'est, c'est fini, ça. On n'en aura plus. » (E3MG3)

1.5.3.2. Du fait que leur conjoint travail, elles doivent accorder du temps aux enfants

« Les deux travaillent déjà. » (E3MG4)

« Les deux travaillent, donc y'a à assurer... » (E3MG3)

1.5.3.3. Les jeunes médecins auront effectivement le choix dans l'installation, même si des mesures de régulation imposant l'installation paraissent

« Mais c'est vrai que dans les dix prochaines années, ce sera tranquille pour aller là où on veut » (E1I7)

« La loi HPST » (E1I4)

« On sera, bon nous, je ne pense pas qu'on puisse nous obliger. On est déjà trop loin, donc... » (E1I7)

1.6. Selon les médecins généralistes installés, l'exercice actuel de leur discipline en libéral ne pourra pas persister tel quel avec le système de santé actuel qui est non pérenne et non propice à l'installation

« Par contre, je pense que l'exercice libéral, en tant que tel, est peut-être condamné à terme » (E3MG2)

« Et, je crois que les structures ne sont plus adaptées, il faut qu'on, change de structures, qu'on change de système » (E3MG2)

« Je pense que le système, on est au bout du système, à mon avis. » (E3MG2)

1.6.1. Du fait de la multitude des organismes d'assurances maladies

« Par exemple, avec, avec un système, un seul système de sécurité sociale, au lieu d'avoir une multitude de caisses différentes » (E3MG2)

1.6.2. Du fait de l'absence d'évolution de l'exercice de la médecine générale avec la mobilité du marché de l'emploi comme dans les autres secteurs de travail

« Ce qui pose problème, c'est l'installation, le mot « installation », en lui-même, pour, le côté figé, pensant voilà on y vit là, et puis on ne bouge plus. » (E3MG2)

« Faut imaginer, je pense, effectivement d'autres structures qui permettent aux médecins, d'arriver, d'y faire quelques années à un endroit, puis éventuellement de repartir, si le conjoint s'en va, sans que, qu'il y ait un préjudice, qu'il y ait un préjudice pour les patients, ou pour la structure » (E3MG2) .

« C'est que, quelqu'un met des billes dans un cabinet, puis quelques années après, le conjoint, s'en va, euh, ça pose problème » (E3MG2)

« qu'on change de système, je pense, en France, pour permettre justement la mobilité des médecins, tout en gardant un exercice, de médecine générale » (E3MG2)

« dans, le monde du travail, [...] maintenant, envisager, pour un salarié, de faire toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise, c'est terminé, ça. Donc forcément, les conjoints étant mobiles... » (E3MG3)

1.6.2.1. Même si tous les conjoints ne sont pas mobiles professionnellement

« Mais tous les conjoints ne sont pas mobiles. Bon, j'en ai, j'en ai un, qui, qui est bien ancré donc, je ne peux pas dire qu'il va changer, de région toute de suite. » (E3MG1)

2. PROJECTION FUTURE DANS LES 3 A 5 ANS : l'exercice isolé ne sera plus d'actualité, les professionnels privilégieront un exercice partagé

2.1. La pratique libérale est unanime chez les jeunes médecins

« Moi, ce sera que du libéral. » (E1I4)

« Pour l'instant, un, le salariat, je ne fais pas du le salariat, je fais du libéral, c'est pas d'actualité, c'est peut-être pour ça. » (E1I7)

2.1.1. le salariat hospitalier n'attire pas les jeunes médecins interviewés et que les autres formes de salariat leurs sont mal connues

« Euh, ouais si, à l'hôpital, y'a quelques petits boulots... » (E1I7)

« Je pense que c'est en fonction de l'opportunité. C'est des trucs que tu vois, non ? Mais de toute façon je pense que, les médecins généralistes, salariés souvent, c'est, c'est une activité à temps partiel. Ils ont une activité à temps partiel salariée et une activité à temps partiel libérale, à coté en même temps, tu vois, enfin. » (E1I6)

« Enfin, tu parlais du salariat, dans les maisons médicales, parce qu'il y en a qui sont salariés dans des maisons médicales, enfin, et qui ont en plus, enfin t'as des... » (E1I4)

« Qui sont candidats de MAPAD, d'EHPAD et tout ça, non ? » (E1I5)

« Ah non. Qui ont une activité de médecine générale libérale... » (E1I4)

« Ah, ça dépend du statut dans lequel ils sont. » (E1I6)

« Dans un congrès d'ISNAR, y'en avait un qui avait ça comme activité, où il faisait partie d'une maison médicale, où il n'y avait que des généralistes, où il était salarié de la maison médicale, où il faisait une pratique de médecine générale. Sachant qu'une partie de son salaire, il avait, ou il était aussi un peu comme les médecins dans une clinique, il était intéressé, enfin en gros, plus il voyait de patient... Mais il gardait l'activité de médecine générale tout en étant salarié. » (E1I5)

« Moi je pensais que c'était illégal de salarier quelqu'un pour la médecine générale. Mais, c'est légal ? » (E1I7)

« l'hôpital c'est quand même, enfin, pas ce vers quoi je m'oriente mais » (E1I5)

« cette structure très hôpital vers laquelle je pense, où on n'est tous... On peut être tourné mais pas, pas complètement... Enfin Voilà, Voilà. » (E1I5)

2.1.2. Les jeunes médecins aspirent à des changements de l'exercice

2.1.2.1. Ils se sentent entraînés dans l'évolution de l'exercice libéral

« un exercice qui va, qui va être amené à changer » (E1I2)

« Qui est en pleine mutation » (E1I6)

« Oui, la médecine libérale oui, mais d'une autre façon » (E1I2)

2.1.2.2. Des changements pour lesquels ils vont plus ou moins œuvrer, en étant à la fois dans l'expectative et dans l'action

« Qu'on est en train de changer la façon d'exercer » (E1I6)

« une mutation qu'on attend là en-dessous » (E1I5)

2.1.2.3. Des changements à mener avec les autres médecins installés

« Moi, je ne me vois pas arriver dans un coin, toute seule, me retrouver avec trois médecins autour qui n'ont pas envie de se bouger. » (E1I3)

2.1.2.4. Ils espèrent, comme les autres professionnels de santé, aussi une prise de conscience des vrais coûts de la santé par les patients

« Par contre ce que je trouve, qui serait important, ce serait que les, la population générale soit éduquée, par rapport au fait que finalement le médecin généraliste ce n'est pas toujours celui qui coûte cher à la société. Et parce que la consultation est à vingt-trois euros et que donc, quand ils calculent, ils se disent ça fait du cent, ça fait plus du cent euros par heure, c'est énorme, et tout. Donc voilà, ce serait bien, moi je trouve que, que soit remis, que soit proposé des chiffres aux patients, quand ils vont voir un spécialiste, quand ils vont faire un examen, qu'est-ce qui part dans... Enfin, pas que la comptabilité du médecin généraliste soit expliquée au patient, mais en tout cas qu'on ne soit pas aussi stigmatisé que ça. Je trouve, c'est ça qui est bien pénible en fait. Je trouve qu'on gagne bien notre vie, mais on n'est pas abusivement payé, quoi. » (E1I2)

2.1.2.4.1. Par une éducation des coûts de la santé à mener

2.1.2.4.1.1. Parce que la plupart des actes sont remboursés par la sécurité sociale, le tiers-payant ne permet pas de prendre conscience des coûts de la santé

« Je pense que c'est plutôt quelque chose de, avec les gens, les gens qui sont remboursés avec la Sécurité Sociale et les actes non remboursés. Dans la mesure où c'est remboursé, les gens viennent vous voir, y'a pas le même impact que, quand il n'y a pas de remboursement. Je pense que c'est surtout ça, c'est le problème des psychologues, des... » (E2P5)

« Oui, parce que de toute façon, c'est remboursé, effectivement. » (E2P4)

« Le jour où on ne sera plus remboursé, où s'il y a une part à leur charge, là il changera et là effectivement... Mais tant que c'est remboursé... Souvent elles donnent leur carte vitale, elles patientent et je leur dis combien ce que cela représente, mais elles s'en fichent. « Mais attendez, là c'est tant de soins, y'en a pour telle somme », elles s'en fichent. Tant qu'elles ne font pas le, le chèque. » (E2P5)

« C'est vrai que certaines caisses, moi, j'essaie de les faire sautées, si on n'a plus le chèque, pour que les gens fassent le chèque et qu'ils se rendent compte de la valeur, quitte à ce que j'attende de l'encaisser mais... » (E2P1)
« Moi, je serais assez pour ça, ouais. De leur faire, faire le chèque quand même. » (E2P6)
« Mais pour certains vous leur demandez de faire le chèque, y'en a qui ne veulent pas. » (E2P1)
« A non, c'est du tiers-payant avec la carte, voilà. Une patiente, une patiente qui... » (E2P5)
« C'est une question de taxation. » (E2P6)

2.1.2.4.1.2. Une éducation du coût de la santé par l'uniformisation du paiement des soins

« Vous ne travaillez par avec les mutuelles, avec les conventions ? » (E2P4)
« Bah, si certaines, mais je ne sais pas pourquoi, certaines mutuelles, notre logiciel les prend automatiquement et donc les patients n'ont pas à avancer les soins et je trouve ça dommage. » (E2P1)
« Nous c'est l'hôpital. C'est voilà, l'hôpital, elles donnent leur carte vitale, et voilà, si elles viennent nous voir elles donnent leur carte vitale aussi, si on se démarque de l'hôpital, effectivement, elles se diront ben, nous on va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)
« On va plutôt à l'hôpital. » (E2P5)
« C'est sûr que, en même temps y'a... » (E2P4)
« Parce que en même temps vous vous démarquez déjà, parce que vous êtes, le local, est hors hôpital, donc peut-être que c'est plus, euh, je ne suis pas sûre, de ça, je ne suis pas sûre de ça, il faudrait essayer pour voir. » (E2P1)
« Nous, les soins ne sont pas pris à cent pour cent. » (E2P3)
« Non, finalement c'est pour leur faire prendre conscience du coût de la santé. » (E2P6)
« Oui du coût. » (E2P5)
« Enfin moi, j'aurais tendance à les faire payer pour qu'elles s'en rendent compte. » (E2P6)
« C'est-à-dire que, si elles ne viennent pas à une consultation, ben, elles s'en foutent quoi. De toute façon, jamais, elles paient, enfin jamais, on leur demande un chèque. Bah oui, mais ça coûte quand même ça. » (E2P6)
« Normalement, ils reçoivent quand même après, le décompte. » (E2P4)
« Oui. Oui, tout à fait. » (E2P6)
« Je ne suis pas sûre s'ils le regardent. » (E2P4)
« On le range le papier ou on le met à la poubelle et point. » (E2P4)
« Ne serait-ce même pour les dépassements, elles nous appellent nous, par exemple, pour les suites de couches en nous disant : « est-ce que vous ne pourriez pas venir peser le bébé le dimanche ? ». « Ah, dimanche... », bon ben, ouais, mais y'a quand même un surcoût du dimanche, un surcoût de, ben y'a le déplacement, y'a ceci, alors qu'elles vont faire leurs courses, donc elles pourraient aussi se déplacer au cabinet le lundi, finalement plutôt que de nous faire nous déplacer. Et je pense que si on les faisait payer elles se rendraient compte du coût, même si de toute façon elles sont prises en charge à cent pour cent. Mais, je pense que sur la prise de conscience, on a à travailler là-dessus. » (E2P6)
« Tous les psy disent quand même que c'est très mauvais que les gens ne paient pas. » (E2P4)

2.1.4. Les jeunes médecins thésés ou non cherchent un exercice partagé

« Je vois ça comme un exercice qui, qui aura tendance à de moins en moins exister » (E1I2)
« comme un exercice que je ne pratiquerai pas moi » (E1I2)
« vers laquelle peut-être que l'on n'a pas envie de tendre » (E1I4)

2.1.4.1. Pour des raisons professionnelles personnelles

« des exigences des futurs médecins » (E1I2)

2.1.4.2. Pour des raisons sociodémographiques

« A cause du vieillissement de la population des médecins » (E1I2)

« à cause des exigences des patients » (E1I2)

2.1.4.3. Pour partager les moyens et échanger entre confrères

2.1.4.3.1. Partager avec les autres pairs

2.1.4.3.1.1. Partager la pratique

« quand je parle de changement, c'est justement après que, les, peut-être qu'on aura tendance, moi j'imagine mon exercice comme à, comme faire des réunions. Je ne sais pas, à quelle fréquence. Mais une fois par semaine par exemple, où on dit « moi, ben moi, j'ai ça, j'ai fait ça », devant tel patient, un patient pris au hasard, quitte à ce que ce ne soit pas forcément un diagnostic difficile mais, « voilà, voilà j'ai fait ça, qu'est-ce que t'aurais fait ». Et du coup, plus de partage de pratique en fait. Moi, c'est comme ça que je vois évoluer, quoi, évoluer selon ça » (E1I2)

2.1.4.3.1.2. Partager la permanence de soin

« Et, en libéral, quoi, mais, euh, en gérant mon temps de travail. C'est la principale contrainte, que je vois, et, qui ferait que je ne m'installerais pas toute seule, c'est sûr. » (E3MG4)

2.1.4.3.1.3. En réalisant un mi-temps à deux

« à faire un temps plein, huit heures - vingt heures, à deux, en faisant, en travaillant six heures par jour, chacun. » (E3MG4)

« Un temps partiel. » (E3MG4)

2.1.4.3.2. Pour partager les frais de fonctionnement

2.1.4.3.2.1. Le secrétariat

« Je pense qu'il y a moyens de mutualiser les, les secrétaires, qu'on puisse partager à plusieurs médecins » (E1I3)
« avec un secrétariat, pour avoir remplacé différents types de médecins, c'est vrai que là, là l'exercice solitaire, sans secrétaire, en, oui en pleine campagne, c'est... Y'a encore plus de, de contraintes à gérer quoi. » (E3MG4)

2.1.4.3.2.2. Les frais financiers

« Mais, les frais d'investissement peuvent être moindres. » (E3MG3)

« C'est ça, les frais d'investissement... Tu prends un prêt ! peuvent être moindres. » (E3MG4)

« En fait, par exemple, moi j'en connais, finalement, qui font un temps plein à deux, mais n'ont pas chacun leur bureau, donc ont des frais d'installation au départ, ont été divisés par deux. » (E3MG3)

« les frais ont été divisés par deux et donc, sont finalement assumés à deux. » (E3MG3)

« Par contre les frais de fonctionnement dans le groupe sont les mêmes. » (E3MG2)

« On ne peut pas diviser les frais de fonctionnement. » (E3MG2)

2.1.4.3.3. Pour favoriser la collaboration entre professionnels différents

« Parfois, moi je trouve que ce serait bien qu'il y ait un peu plus de contact » (E1I6)

« pour discuter du patient, alors que cela devrait être un peu, un peu plus notre quotidien quand même, quoi » (E1I3)

« Enfin de, de réviser leur point de vue, partager tout ça et... » (E1I2)

2.1.4.4. Leur temps de travail s'approcherait de celle des MG actuels avec du temps pour le développement professionnel continu

« Moi je n'aimerais pas faire soixante-dix heures par semaine, déjà... » (E1I6)

« Euh, bah, avoir des horaires, commencer à huit heures trente le matin, finir grand maximum à dix-neuf heures le soir. Avoir un jour de repos dans la semaine et puis, et un samedi matin sur deux, ou sur trois, ça a l'air bien. » (E1I6)

« Avoir du temps aussi, pouvoir se donner du temps pour avoir pour la FMC, les formations, je ne sais pas moi, une journée par mois. » (E1I6)

2.1.4.5. Leur organisation de travail est pensée dans le but d'avoir un équilibre entre le temps personnel et le temps professionnel satisfaisant

« Euh... Avoir du temps pour soi à côté. Enfin, que cela soit un bon équilibre, quoi » (E1I6)

« C'est bien, avoir une vie personnelle confortable aussi, quoi. C'est important, d'avoir un équilibre. » (E1I5)

2.1.4.6. Un exercice éventuel au sein d'une MSP est envisageable d'emblée ou secondairement

« Peut-être pas immédiatement, comme on le disait tout à l'heure. » (E1I6)

« Pour l'installation, ouais. Ce serait bien de commencer directement par ça, que de commencer après, par faire un cabinet, que, après se dire bon, maintenant on va faire... [...] Donc, ce sera mieux de commencer directement par ça. » (E1I7)

« Ça ne me dérangerait pas ouais, de commencer, enfin ouais, j'aimerais bien commencer directement dans une MSP. Sinon cela te fait investir dans un cabinet puis, ensuite investir dans un autre. Bon, la partie sera moins longue. » (E1I7)

« Directement par une MSP ?

Hum. » (E1I7)

2.1.4.6.1. Parce que cet exercice est l'avenir de l'exercice de la médecine générale

« Surtout que nous, si on ne s'installe pas, ben, pour moi dans trois à cinq ans, ce sera vraiment dans l'air du temps. » (E1I7)

« Après, c'est probable, enfin, je pense que c'est amené à se mettre en place un jour aussi. » (E1I6)

« Non, à part que la MSP, c'est comme ça que se fera la majorité des choses » (E1I7)

2.1.4.6.2. C'est un exercice, qui trouve successeur plus facilement

« Au Faou, y'a trois médecins généralistes dont deux qui sont proches de la retraite et, y'a une maison de santé pluridisciplinaire aussi qui, se crée, enfin, qui est en train de se créer. Donc les médecins, les deux médecins généralistes proches de la retraite vont travailler quelques années là, et ils ont déjà trouvé leurs, les suivants, quoi. Donc, ils acceptent de changer pour leurs dernières années » (E1I5)

« Je pense qu'effectivement toute façon les médecins, enfin la majorité, veulent pas forcément qu'on rachète la patientèle, mais au moins, donner un nom de personne à aller voir après, enfin quelqu'un qui reprend la patientèle. Donc de toute façon s'ils se rendent compte, enfin s'ils savent que cela permet de, d'avoir quelqu'un qui reprendra plus facilement, je pense qu'effectivement... » (E1I7)

2.1.4.6.3. Même si les projets de MSP peinent à être lancés

« Mais faudrait qu'elle soit déjà en projet, quand les murs, enfin que les murs commencent à être montés quoi. » (E117)

« Un médecin dans une MSP qui part à la retraite et toi qui récupères... » (E114)

« Non pas forcément, c'est-à-dire y'a une MSP qui se crée, « ben écoutez, si dans un an elle est montée, moi en attendant je continue à faire des remplacements, puis après je viendrais là ». » (E117)

« Ouais, ben voilà, en disant : « moi, je veux faire ça et ça, est-ce que vous êtes d'accord ? » » (E117)

2.1.5. le souhait de l'installation est bien présent mais mis en attente

« Dès que possible moi, j'aimerais bien pouvoir m'installer je trouve ça plus, [...] je trouve qu'on est quand même plus à l'aise, quand on connaît les gens plus longtemps. C'est, c'est un peu plus sympa, je trouve. » (E117)

« Moi, mon, mon projet professionnel à terme, c'est de m'installer. » (E3MG4)

« Moi, ça va être une installation éventuellement. » (E3MG4)

2.1.5.1. Surtout le remplacement mais aussi la collaboration apparaissent comme des solutions temporaires dans l'attente d'une installation, le temps de réunir les conditions nécessaires à l'installation

« Des remplacements, moi » (E116)

« Moi aussi des remplacements » (E115)

« Moi, une collaboration, j'aimerais bien trouver ça » (E117)

« Ça peut être ça [la collaboration] avant de pouvoir effectivement m'installer définitivement » (E117)

« Et sinon, je continue les remplacements. » (E3MG4)

2.1.5.3. Ces formes d'exercices permettent dans un premier temps de compléter sa formation professionnelle

« Moi aussi des remplacements et essayer de voir comment je vais organiser mes... Enfin ce pour quoi je vais opter pour l'exercice. Le type d'exercice qui me plaira et le type d'exercice que je vais fuir dans l'avenir. Cela me sert plus, à mon avis, de terrain d'observations, c'est ça, dans les prochaines années. » (E112)

« Ça prend quelques mois pour savoir, comment on veut travailler vraiment » (E117)

2.1.5.4. Ce sont des moyens d'explorer les lieux de travail et trouver le lieu idéal à l'installation

« C'est aussi l'avantage des remplacements, c'est aussi pouvoir se laisser le temps de trouver le bon endroit, les, le, le bon cabinet ou le bon coin et ... » (E113)

« C'est peut-être plus le bon cabinet, parce que l'endroit on sait à peu près, la méthode de travail, je pense que cela ne prend pas des années » (E117)

« Et puis, après, c'est plus le cabinet, la gestion, enfin c'est plus une histoire de comment est géré le cabinet » (E117)

« enfin après il faut trouver le coin mais » (E117)

2.1.5.5. Ce sont des moyens pour connaître les partenaires de travail

« comment il va évoluer avec qui et, est-ce que je m'entends bien avec les praticiens, quoi... Ça prend, ouais avec des contacts réguliers, je pense qu'on, en travaillant régulièrement dans un cabinet, on le sait en moins d'un an, si ça passe bien » (E117)

2.1.6. L'installation présente des conditions

2.1.6.1. concernant l'organisation du cabinet

« enfin si y'a un cabinet dont l'organisation qui me va plaire en termes de gestion » (E117)

2.1.6.1.1. un cabinet de groupe

« Comme la plupart d'entre nous, y'en a peu qui envisagent de travailler seuls et, ils partent plus sur des regroupements, enfin pour ma part, mais je pense » (E115)

« Mais en, ben du coup en s'arrangeant à plusieurs pour pouvoir... Globalement moi, je, je me projette plus, à m'installer peut-être à deux » (E3MG4)

« Ou alors, je verrais à être à plusieurs, être vraiment un cabinet de groupe plus, avec plus, en plus grand nombre, et puis pouvoir, s'arranger en étant accord, voilà. » (E3MG4)

« Et puis, voilà... Donc, c'est sûr que ce serait un cabinet de groupe (E3MG4)

« Et puis après, euh, ce serait donc, une installation, oui, dans un cabinet de groupe. » (E3MG4)

2.1.6.1.2. Certains n'excluent pas l'exercice dans un cabinet seul si l'exercice est partagé

« Moi je n'exclus pas forcément de m'installer seule, mais effectivement pas toute seule. Enfin, pas complètement isolée, dans mon cabinet, sans secrétaire, etc. Je pense qu'il y a peut-être... On parle beaucoup des regroupements mais pourquoi pas, des regroupements de médecins, chacun dans son cabinet aussi. » (E113)

« On peut avoir des contacts avec plusieurs médecins généralistes sans pour autant être dans le même cabinet. Euh, c'est pas quelque chose que j'exclus forcément quoi » (E113)

« Mais, pas forcément d'être dans un même, dans un même lieu ou dans son coin. » (E113)

« Cela peut être d'autres généralistes, mais comme cela peut être effectivement, les infirmières, de pouvoir, être sûr de pouvoir les contacter facilement. Euh, voilà, les kinés, enfin tout ce qu'on a dit, mais, enfin, on a besoin de se retrouver entre généralistes pour justement discuter des patients. Et si on ne peut pas le faire autour d'un café, enfin dans le cabinet, cela peut être de savoir, de téléphoner à un confrère quand on a un petit souci ou, ou... Même en cas, y'a les groupe de pairs aussi, qui peuvent être des lieux où on peut se retrouver. Je crois que ce n'est pas forcément qu'on exerce tout seul dans son cabinet, qu'on est forcément isolé. Donc je pense que si on arrive à se faire un, si on connaît bien les autres généralistes et les autres paramédicaux, de la commune par exemple, on peut, on peut travailler seul dans son cabinet sans pour autant être isolé quoi. » (E1I3)

2.1.6.2. concernant le lieu

2.1.6.2.1. Le lieu d'activité professionnel du conjoint fait est un des premiers critères dans le choix du lieu d'installation

« ben, déjà faut que le conjoint, que le conjoint puisse avoir du travail, du travail dans le coin » (E1I7)
« Sachant que là, là, après moi, m'installer, c'est surtout soumis à ce que mon conjoint soit fixé dans son travail. » (E3MG4)

« Si, le, le facteur principal, c'est mon conjoint, et puis s'il est fixé d'ici là. » (E3MG4)

2.1.6.2.2. La proximité du domicile

« Et puis, après, oui, le, le temps de trajet par rapport, au, au domicile quoi. » (E3MG4)

2.1.6.2.3. La proximité de certaines spécialités médicales intervenant dans les soins primaires et la proximité des structures médico-sanitaires sont aussi à prendre en compte

« Euh des cabinets des radiologies, des, des, des médecins libéraux spécialistes par exemple qui puissent du coup, avec qui tu puisses avoir un réseau assez facilement et, que tu puisses adresser tes patients, sans que les patients aient à faire une heure de route ou une heure trente, parce qu'on sait que ce sera un peu rédhibitoire pour certains patients, quoi. Donc moi, c'est aussi ça le bon endroit, Voilà, quoi. » (E1I2)

« C'est vrai que finalement, le recours aux spécialistes pour certains trucs est relativement important. Enfin, le bon endroit, c'est là où t'as un spécialiste pas forcément trop loin pour certains cas, que tu peux joindre par téléphone, en lui disant « ben, écoute là, c'est un truc un peu particulier est-ce que tu pourrais le voir, pas dans quinze jours », euh, des trucs...Bah, ça compte aussi quoi. » (E1I4)

« Voir même les urgences, en cardiologie, euh... » (E1I1)

« Et pour le bon endroit, moi ce serait aussi que, y'ait des structures de soins qui soient à proximité, enfin, je pense à un CHU réactif. » (E1I2) « Avec des réseaux » (E1I6)

« je pense aux soins palliatifs, des choses comme ça. Enfin, c'est important je pense. » (E1I6)

« je dirais, à une demie heure maximum d'un hôpital. C'est sûr que, c'est un confort, enfin, ou un critère qui compte aussi, quoi » (E3MG4)

2.1.6.2.4. La proximité des zones commerciales et du littoral sont les autres critères de choix pour le lieu d'installation

La proximité de grands commerces

« Le bon endroit, c'est celui qui nous plait avec l'environnement. Je pense, pas trop trop loin de commodités, » (E1I7)

« Euh je dirais moi, quand même, pas trop trop loin d'une ville, parce que c'est toujours sympa de ne pas avoir une heure de route à faire, pour trouver des produits d'électroménager ou de hifi » (E1I7)

La proximité avec le bord de mer

« Voilà, ça va être de, ben ici, ce serait pas mal d'être pas trop loin de la mer non plus. » (E1I7)

2.1.6.2.5. Le milieu rural ne reste pas exclu pour une installation

« C'est vrai nous, on va arriver même si on est vraiment motivé pour aller en campagne. » (E1I3)

2.1.6.3. Les relations entre professionnels, tel que le soutien, la solidarité, d'entraide mutuelle sont des arguments en faveur d'une installation

« Après, effectivement il faut trouver le bon endroit, les bons collègues à côté sur qui on puisse s'appuyer quand y'a besoin » (E1I3)

« Que les autres puissent, que l'on puisse compter les uns sur les autres sans pour autant s'inviter chez soi à se faire une bouffe tous les quinze jours, quoi » (E1I3)

« accepter que, qu'il y en ait un qui puisse demander un jour que voilà : « je ne vais pas être là demain de façon exceptionnelle » » (E1I3)

2.1.6.3.1. Ces relations peuvent être plus ou moins proches et amicales

« C'est vraiment plus euh... Ça va être vraiment les collègues qui y seront » (E1I7)

« et en termes d'amitiés avec, les médecins à coté et puis, avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être. Si on s'entend bien, si la communication est facile » (E1I7)

« Même sans être amis » (E1I3)

2.1.6.3.2. Les possibilités de partager la pratique avec d'autres confrères sont des critères pris en compte pour s'installer

« Pour moi, ce serait plutôt quelqu'un avec qui, oui, on pourrait échanger, discuter de nos pratiques, comme dans les groupes de pairs. » (E116)

2.1.6.3.3. Le respect des pratiques de chacun est aussi important pour s'installer
« avec les autres professions paramédicales qui pourraient y être... si on s'entend bien » (E117)

« si la communication est facile » (E117)

« au moins déjà, respecter le travail de chacun » (E113)

« Mais je crois, avoir vraiment un respect entre collègues et pouvoir compter les uns sur les autres quoi. Je pense que c'est ça le plus important. » (E113)

2.1.6.3.4. Les objectifs de travail doivent être partagés par les professionnels en groupe
« Moi, je crois, pour moi, les bons collègues seraient plus ceux qui ont la même vision de travail. C'est-à-dire qui sont, pour moi, les bons collègues, c'est plutôt celui qui ne va pas être là pour faire du chiffre, qui ne va pas être là pour faire marcher le cabinet entre guillemets, qui ne va pas demander à la secrétaire de filtrer des CMU. Enfin, pour moi le bon collègue, même si c'est quelqu'un avec qui je n'ai pas envie d'aller boire un coup, c'est quelqu'un qui a quand même une vision du métier qui tend vers la mienne, que moi, euh, euh bref, enfin voilà quoi.

» (E114)

« Pour moi, c'est plus ça, sans pour autant même si on ne s'entend pas bien sur certains sujets. Pour moi, ça c'est vraiment important en tout cas. » (E114)

2.1.6.3.4.1. Cependant l'existence de pratiques différentes permet à chaque praticien de compléter et d'enrichir sa pratique en s'inspirant de celle des autres
« Je crois que, cela peut être pas mal d'avoir quelqu'un qui travaille totalement différemment, parce ce que dans certains cas, je ne m'en sors pas. Tiens, lui comment il s'en sort ? Alors ce n'est pas un truc effectivement, où il filtre la CMU et tout ça, mais, mais c'est sûr parfois on se dit, ouais je n'aimerais pas travailler comme lui, mais, mais tiens là-dessus (hum), il s'en sort bien peut-être que, peut-être que je pourrais faire un peu comme lui finalement. » (E117)

2.1.6.4. La patientèle n'est pas du tout un obstacle à l'installation

« Et après les patients, de toute façon, on les recrute à notre image donc, ça, c'est pas, je pense ce ne sera pas trop un souci. C'est pas ce qui décidera de me faire m'installer à un endroit ou à un autre. » (E117)

2.2. les professionnels de santé installés s'orientent vers un travail de collaboration

2.2.1. les médecins généralistes installés s'accordent sur le travail en collaboration

2.2.1.1. Le médecin généraliste en groupe, ayant déjà une collaboration satisfaisante, n'envisage pas de grandes innovations dans l'exercice

« Moi dans les trois à cinq ans, je n'envisage pas de changement pour moi-même. C'est-à-dire que je vais rester, je pense, dans le même groupe » (E3MG2)

« Et donc, j'envisage tout à fait de rester comme ça. » (E3MG2)

« Et mes collègues, mes jeunes collègues, c'est pareil, au groupe, sont assez réticentes [...] et n'ont pas envie de changer. » (E3MG2)

« à moins que, je ne sais pas, qu'il y ait un truc vraiment extraordinaire qui se passe à Lannion. » (E3MG2)

2.2.1.4. Un des médecins généraliste exerçant seul, envisage la collaboration

« Euh... Voilà. Euh, je ne me vois pas du tout, aller, enfin continuer à travailler seule. Euh, enfin, moi je suis ouverte à toutes les propositions » (E3MG3)

2.2.1.5. Cette collaboration envisagée n'est celle d'un grand groupe unique

2.2.1.5.1. A cause des conflits

« C'est vrai que, je, un grand groupe ne m'attire pas non plus que ça, parce que, moi j'ai un peu l'impression, que plus on est nombreux, et plus les désaccords peuvent être fréquents. Donc, c'est bien de travailler en groupe, quand on s'entend bien. Un groupe où chacun est individuel, ça va clacher donc, ce n'est pas la peine. » (E3MG3)

« Mais, euh, certainement pas seule, dix, je ne sais, à voir... Mais, mais pas seule, non. » (E3MG3)

2.2.1.5.2. Parce que cela ne peut pas réunir tout le monde

« C'est-à-dire des médecins, [...] qui gardent, finalement, [...] qui ont une mentalité de travailler seul, [...] je ne suis pas sûre que, qu'un groupe puisse fonctionner comme ça. Voilà. » (E3MG3)

2.2.1.5.3. Parce que la collaboration à plusieurs reste difficile à imaginer

« Maintenant à quatre, je ne sais pas, j'n'en ai aucune idée. » (E3PN)

2.2.1.6. Ils n'envisagent pas augmenter le temps professionnel

« et que, moi je n'ai pas particulièrement, l'envie de travailler plus que, ce que je ne travaille maintenant. » (E3MG3)

« J'ai envie de concilier une vie privée et une vie professionnelle, qui fasse que les clous ne débordent pas sur l'autre. Ce n'est que comme ça, que je vais pouvoir m'épanouir dans l'exercice de ma profession. » (E3MG3)

2.2.2. Les professionnels paramédicaux s'accordent aussi sur une collaboration à poursuivre

2.2.2.1. La poursuite d'un exercice en groupe

« Moi je viens de m'associer là dernièrement donc, donc moi j'aspire à continuer, à continuer comme ça pour l'instant, à trouver mon équilibre. Là depuis quelques mois, c'est le cas, et puis, de continuer sur la même lancée. Avec l'équipe, ça se passe très bien, donc, continuer comme ça. » (E2P1)

« J'aimerais bien, pouvoir trouver un autre kiné, mais on a beaucoup de mal, parce que j'ai de la place dans le cabinet pour avoir un autre kiné mais, je ne trouve pas pour l'instant. Enfin ça ne fait pas longtemps que je cherche non plus. » (E2P3)

« Moi j'aimerais bien trouver quelqu'un, pour ne plus être toute seule. J'avais pris le, le chemin de, l'option de, d'ouvrir un cabinet, de créer un cabinet, et non pas, de racheter une clientèle ou une patientèle. Et euh mais bon, je me rends compte que travailler tout seule, ça a, je savais parce que je l'ai fait avant, longtemps, ailleurs. Ça a quelques contraintes. » (E2P3)

2.2.2.2. Le développement d'un tour de garde pour des besoins effectifs

« Et moi, je ne sais pas, j'aimerais qu'on parle aussi éventuellement, des kinés respiratoires, de, de, y'a toute cette problématique à Lannion quand même, de kinés respiratoires l'hiver, sans... (Rires). Voilà chacun, chacun, se débrouille enfin bon, et donc j'aimerais bien trouver quelqu'un et pouvoir travailler à deux. » (E2P3)

« Nous on tourne à un le week-end, y'a une personne, et on s'arrange comme ça. Et si vraiment y'a personne, on va appeler quelque de notre petit réseau. En demandant un tel, et puis à l'inverse, ceux du secteur, ils nous téléphonent aussi «bah tiens [...] nous, on est vraiment coincé, j'ai deux ou trois bébés ». « Ben y'a pas de soucis ». «Y'a un tel qui est là, ce week-end au cabinet », et puis voilà. Donc si t'es embêtée, n'hésite pas. » (E2P1)

« Et à l'inverse, si on est vraiment coincé pour des week-ends et ben... C'est intéressant de savoir qu'on peut s'entraider. » (E2P1)

« Moi je me débrouillais avec le kiné de [...] mais... » (E2P3)

« Ben plus on est, mieux c'est. » (E2P1)

2.2.2.3. L'intégration dans une MSP, pour collaborer avec d'autres professionnels, et partager la pratique

« Et moi alors dans cinq ans, euh, moi, j'aimerais bien rejoindre, une maison ou un groupe médical où je puisse partager avec des professions qui sont proches, proches de la mienne, ou pas d'ailleurs mais, pour vraiment, comment dire... Des gens avec qui avec, qui on s'entende, et on puisse discuter et avoir plusieurs approches. Moi je sais que dans la podologie, déjà c'est pas, c'est pas uniquement les pieds, on agit sur plein de choses. Euh, moi je sais que j'envoie certains de mes patients chez des dentistes, très bizarrement, et je ne leur fais pas de paires de semelles. Et puis je travaille avec des kinés, et des ostéos, et je crois en tout cas que la podologie, ce n'est pas une profession qui peut avoir la prétention de résoudre tous les problèmes toute seule quoi. Enfin moi je sais dans mon métier, vraiment, plus on est à travailler sur le, à prendre en charge en fait le même patient et plus les résultats, ils sont, ils sont probants, ils sont rapides. Et moi je vois certains patients qui sont suivis en kiné, par exemple, qui sont suivis en kiné-ostéo, qui sont en dentaire, ou, enfin, ben, les améliorations, elles sont, elles sont nettes dès le mois, dès le mois qui suit en contrôle. Et puis contrairement à ça, des gens qui, qui ne sont pris en charge par personne d'autre que moi, et ben finalement on y arrive et des fois on n'y arrive pas complètement et ça peut durer trois, quatre, six mois, quoi. Voilà, donc moi personnellement, pour ma part et, pour ma profession, le, la notion de pluridisciplinarité, elle est vraiment très importante, enfin voilà. » (E2P2)

« Et je sais que, si par exemple dans cinq ans y'a un projet de maison médicale ici, moi ça m'intéresserait vraiment de participer à ça et de déménager pour intégrer... » (E2P2)

2.2.2.4. La poursuite de l'exercice libéral, en effectuant des vacations où existe une demande de soin

« Moi je n'ai pas envie de changer, j'aimerais bien, j'avais dans l'idée effectivement, pourquoi pas de, d'aller développer des consultations, enfin des consultations prénatales. Ça c'est ce qui me tient à cœur, vraiment. Euh peut-être ailleurs, j'allais dire plutôt dans les, bon ben, dans un lieu où y'aurait des besoins comme peut-être [...], [...]. Je me dis bon, y'avait eu un moment donné, un médecin qui avait contacté, une sage-femme pour aller faire de la consultation là-bas. Donc pourquoi pas faire une vacation, j'avais pensé faire une vacation à l'hôpital, puisqu'il manque de gynéco, alors pourquoi pas ? Donc l'idée d'un, de quelque chose de pluridisciplinaire, c'est quelque chose qui moi, me plairait bien, mais tout en gardant mon cabinet, enfin voilà. Tout en ayant une autonomie, moi je verrais plus, pourquoi pas, faire une vacation quelque part en cas de besoin, après » (E2P6)

« Moi la même chose en post natal. » (E2P5)

« Vous vous complétez, après tout ! » (E2P4)

2.2.2.5. Le transfert de compétences de certains médecins spécialistes aux autres professionnels de santé permet de répartir la demande de soins, puisque que l'offre de soins diminue

« J'avais pensé à un temps plus, comment, modérer, mon, mon arrêt, mon activité, de façon peut-être moins brutale [...] je m'étais dit, ben voilà, peut-être, un petit mi-temps » (E3GN)

« je suis sur la fin, de mon exercice, moi donc je n'ai pas forcément, de grand projet à, à échéance de dix ans ou de quinze ans. » (E3GN)

« Dans cinq ans, je suis à la retraite, en principe » (E3GN)

« puis éventuellement, puisqu'on parlait beaucoup de, des sages-femmes, qui allaient devenir plus ou moins gynéco. » (E3GN)

« Une sage-femme, et puis faire tourner un cabinet, comme ça, pourquoi pas ? Et moi, cela me permettrait de me mettre un peu sur, sur la touche, sur la touche. » (E3GN)

Et, donc oui, à cinq ans, je serai, j'aurai, fermé le cabinet, assurément. Sauf, sauf, sauf, imprévu, mais sinon... » (E3GN)

« Alors après y'a aussi la répartition, la vraie répartition des activités de chacun, je ne sais pas si vous allez aborder ça, peut-être après. C'est-à-dire que, on disait que si y'a des médecins ou des gynécologues qui s'arrêtent, pourquoi pas essayer de comprendre quelles étaient leurs activités réelles et de savoir si toutes leurs activités obligatoirement doivent être faites ou reprises par un gynécologue ou réalisées. Par exemple nous sages-femmes, on est tout à fait capable de suivre des grossesses simples, cela fait partie de notre activité et de notre profession. Encore faut-il que les médecins acceptent de les, ben de partager aussi, de déléguer... » (E2P6)

« De laisser faire, voilà. » (E2P6)

« Non, mais voilà, par exemple, avec les gynécos et nous, ben ce serait un peu du même ordre ou avec les médecins généralistes, la consultation prénatale. Si la patiente va bien et que le médecin obstétricien ou généraliste est complètement débordé et qu'il finit à vingt-et-une heure le soir, et que la sage-femme peut faire des consultations prénatales. Ben bon, pourquoi pas se répartir le travail » (E2P6)

2.2.2.5.1. Puisque la reprise d'un cabinet libéral n'est plus espérée, mais illusoire

« En espérant que, lorsque je partirai à la retraite que je trouverais quelqu'un. S'il n'y a personne, Lannion sera sans pneumologie en libéral. » (E3PN)

« Mais, moi, par exemple, personnellement, je ne rêve pas trop, à trouver un autre pneumologue si, dans les cinq ans qui viennent... » (E3PN)

« Mais bon, sur Lannion, actuellement je ne sais pas, qui, sera intéressé de venir à Lannion, pour s'installer en ville, comme pneumologue ? » (E3PN)

« parce que, si je dois penser à être, à avoir quelqu'un pour la suite. Non, y'aura personne, faut pas rêver. » (E3GN)

« Je ne pense pas que j'aurais, un ou une gynéco, qui, qui serait susceptible de venir exercer. » (E3GN)

« Donc, je n'ai, moi, je n'ai pas d'espoir, d'être, remplacé. » (E3GN)

2.2.2.5.2. Parce que les spécialités à plateau technique ont besoin de moyens matériels trop coûteux en libéral, et ne peuvent exercer dans ce secteur

« Aujourd'hui, les gynécos, qui s'installent, ils ont besoin d'une infrastructure technique, à leur portée »

« Donc la gynéco de ville, elle va mourir de sa belle mort, par la disparition des, des gynécos, aussi bien, médical, que gynéco-obstétricien, sans activité, hospitalière ou, sans activité chirurgicale. C'est, c'est fini. » (E3GN)

2.4. D'autres spécialistes vont devoir poursuivre leur exercice seuls

« on n'a pas de choix, il faut continuer, comme on fait actuellement. » (E3PN)

« Donc, faut que je travaille tout seul, pour le moment encore. » (E3PN)

2.4.1. Mais s'organiser fatalement seul, pour assurer les soins

« Effectivement, [...] organiser bien les consultations, pour que ce ne soit pas débordé, bien prendre, du repos, pour ne pas être surmené, non plus. » (E3PN)

2.4.2. Parce que le libéral n'attire pas non plus les autres médecins spécialistes

2.4.2.1. Il y a peu d'effectifs déjà dans les autres spécialités

« Pour beaucoup de raisons, d'abord, il n'y en a pas beaucoup. » (E3PN)

« Donc cela devient quand même très difficile d'être en libéral, vu le manque de, de remplaçant, ou le manque des associés » (E3PN)

2.4.2.2. La pratique hospitalière sécurisante intéresse aussi les jeunes médecins

« Deuxième chose, il y a beaucoup de places dans les hôpitaux, trente cinq heures, qui seront bien payées. Je ne vois pas la raison pourquoi, ils vont venir travailler en libéral » (E3PN)

« Or, à l'hôpital, il y a la sécurité » (E3PN)

2.4.2.3. L'apport financier est important aussi, sans forcément de garantie (entrepreneur)

« et il y a des risques. Il y a un capital à apporter, beaucoup de contraintes. » (E3PN)

« Il y a l'informatique, qu'il ne paie pas. Il a tout le matériel pour les explorations fonctionnelles, qu'il ne paie rien, pour faire du privé, pour faire un minimum dans le privé. » (E3PN)

2.4.2.4. Il y a peu de rachat de cabinet quand on installe aujourd'hui

« Bon, avant c'était bien parce que, le médecin pouvait à la fin de l'exercice, habituellement revendre sa clientèle. C'est quelque chose actuellement de plus en plus loin. » (E3PN)

2.4.2.5. Il faut aussi savoir prendre en charge le patient en ambulatoire

« Ne pas envoyer, le malade trop souvent à l'hôpital, parce que le malade quand il vient nous voir, ce n'est pas pour aller à l'hôpital. Essayer de gérer dans le cabinet, quand on est tout seul, c'est quand même très difficile. » (E3PN)

2.4.3. Même si l'envie de partager la pratique est présente

« J'aimerais bien de temps en temps montrer, une radio à un collègue à moi, qui est pneumologue, pour demander : « qu'est-ce que t'en pense ? ». Je suis obligé d'aller à l'hôpital puis demander, au radiologue... Donc c'est vrai, c'est beaucoup plus facile, de travailler à deux. » (E3PN)

« Mais c'est vrai que j'aimerais bien avoir un deuxième pneumologue avec moi, parce que c'est quand même beaucoup, beaucoup d'activités. » (E3PN)

2.4.4. L'orientation hospitalière n'est pas non plus envisagée en raison des contraintes

« A l'hôpital, ils sont déjà débordés. A l'hôpital, ils sont trois pneumologues, à quatre-vingts pour cent. Mais, pour l'activité à l'hôpital, quand même, c'est très, très prenant le service, les consultations, les examens, les fibros, les bureaux et tout ça... C'est quand même un travail très, très fatiguant à l'hôpital. Mais bon, c'est une mentalité différente. Je ne sais pas si [...] a constaté, mais ce n'est pas la même, pour moi ce n'est pas du tout la même chose, c'est totalement différent. » (E3PN)

2.5. Certaines sages-femmes de l'hôpital vont peut-être cumuler une activité libérale avec la retraite

« Je voulais juste dire que y'a, en ce moment y'a beaucoup de sages-femmes qui cherchent à partir de l'hôpital. Donc c'est la vague inverse. » (E2P5)

« Elles rêvent toutes... » (E2P4)

2.5.1. Du fait de la réforme de la retraite après quinze ans de service hospitalier

« Y'a eu l'histoire des quinze ans, trois enfants, qui a fait vraiment partir les sages, enfin les femmes, enfin les sages-femmes de l'hôpital, ça je pense que c'est indéniable. Et puis du coup, quelque part, c'est de ne pas jouer le jeu, soit on prend une retraite et puis on va à la retraite, soit on fait du libéral. Mais là, elles ont touché, elles veulent toucher à tout quoi, avoir une retraite » (E2P6)

« Mais, enfin je pense, c'est voilà, une des causes ça a été quand même cette histoire je pense, des quinze ans-là. » (E2P6)

2.5.2. Du fait des conditions physiques correctes permettant une activité professionnelle chez ce personnel hospitalier

« et quand même continuer à travailler parce que c'est vrai qu'à quarante ans, on ne s'arrête pas à travailler quoi donc... » (E2P6)

2.5.3. Du manque de régulation des installations libérales à combler au sein de la profession sage-femme bien que cette réforme ne soit plus applicable

« Et on risque de se retrouver, si au niveau du Conseil de l'Ordre, ils ne structurent pas les autorisations de, d'ouverture de cabinet, on va se retrouver avec un problème inverse. Avec trop de monde sur certaines zones et, voilà, tout le monde ne gagnera pas sa vie. Donc c'est vraiment le problème. Hein ? » (E2P5)

« Toute façon maintenant, elle est supprimée, ça, cette loi. »

« Oui mais voilà elles viennent toutes de partir là. C'est-à-dire que là elles veulent toutes s'installer mais, il n'y aura pas assez de travail sur le secteur pour l'instant. » (E2P6)

« Oh, si on était à leur place... » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire. » (E2P6)

« C'est pareil, je ne sais pas ? » (E2P1)

« Non, moi j'aurais pu le faire parce que j'ai fait quinze ans d'hôpital et je n'ai pas pris pour autant une retraite, soit. J'ai fait le choix de m'installer en libéral et je fais du libéral » (E2P6)

2.6. Certains professionnels envisagent une activité mixte, libérale et salariée, pour bénéficier des avantages de chaque mode d'exercice

« Mais c'est vrai pour ma part, j'ai peut-être envisagé un moment donné de faire un mi-temps à l'hôpital et un mi-temps en libéral, pour avoir le positif de chaque, de chaque structure. Puis bon là, finalement c'est quand

même le libéral qui me plaît et qui me convient bien, mais je ne nie pas ça, pourquoi pas dans un second temps ou peut-être dans quelques années choisir ce fonctionnement là. Je ne sais pas... » (E2P1)

2.7. D'autres professionnels vont partir en retraite sans successeur

« Moi je suis mal placée pour en parler, parce que normalement, je prends ma retraite dans un an et demi. Moi je n'ai pas tellement envie de changement. Bon je veux bien lever un petit peu le pied, pour justement, si je ne trouve pas de successeur, ne pas laisser les patients dans le vague ou réussir à les redispacher. » (E2P4)

« Alors, moi, je suis très proche et j'ai un gros point d'interrogation, à savoir qu'effectivement, on ne trouve pas de personne pour prendre la suite... Et puis, plus personne ne veut racheter de clientèle toute façon et puis, je crois que même si on la donnait... C'est très difficile de trouver un successeur. » (E2P4)

4. LA MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE

4.1. Les besoins locaux doivent être manifestes pour la création d'une MSP

« C'est vrai, c'est vrai qu'on entend là, en ce moment beaucoup parler des communes, des communautés de communes qui, qui proposent de construire une maison de, de, une maison pluridisciplinaire, qui proposent aux professionnels de venir les rejoindre. Je pense que, pour que ça réussisse, je pense que, ça doit, ça doit vraiment partir des professionnels qui sont déjà là quoi, pour que, pour que ça marche. » (E1I3)

4.1.1. Un besoin et une volonté de la part des professionnels locaux d'aller vers le changement doit être évident

« Puis est-ce que surtout, les médecins qui sont déjà là maintenant, ont envie, eux, de changer leur pratique là maintenant, sachant qu'ils sont à cinq, dix ans de la retraite, est-ce qu'ils ont envie de s'investir dans un projet comme ça, quoi ? [...] Ben c'est sûr on ne peut pas monter une MSP, ça c'est sûr quoi. Il faut aussi qu'il y ait une dynamique, un petit peu, déjà locale, donc... À moins d'arriver à plusieurs jeunes médecins, mais, ça c'est déjà, un peu plus compliqué. » (E1I3)

« je pense que l'idéal, c'est quand on est installé dans un, une commune, qu'on s'entend bien avec tout le monde et qu'à un moment on se dise tous : « ben tiens, on est tous dans des locaux pourris, est-ce qu'on ne ferait pas mieux de se regrouper tous ensemble et mutualisons les moyens. On se connaît, on a déjà travaillé ensemble. On monte le projet tous ensemble ». Je pense qu'effectivement, c'est l'idéal. (Hum) Après c'est un gros projet, mais je pense que cela peut être vachement, vachement stimulant. Je trouve aussi pour la pratique, de se dire aussi « on prend un nouveau départ », quoi. » (E1I3)

4.1.2. Mais cette motivation soit aussi venir de la jeune génération et de celle qui est installée localement

« Donc effectivement, c'est à nous de nouveau de, ben de lancer ces projets-là. » (E1I3)

« je vous ai dis, que je n'avais pas forcément, l'intention de, d'impulser le mouvement et puis, je me disais que, maintenant, au bout de trente ans d'exercice, je ne vais pas, ce n'est pas à moi d'impulser le mouvement. C'est plutôt aux jeunes, pour les années futures » (E3MG1)

4.2. Une MSP à Lannion regroupant tous les médecins n'est pas envisagée par les médecins généralistes

4.2.1. Parce qu'à l'échelle de la ville, la structure est démesurée et difficile à gérer

« Donc pour moi, en fait l'éventualité d'un, la création d'un grand groupe multidisciplinaire, on en parle depuis très longtemps, et m'a toujours laissé un peu septique, dans le sens que je pense que, c'est assez difficile d'imaginer, dans une ville comme Lannion, vingt mille habitants, de réunir tous les spécialistes et tous les généralistes ensemble. Cela me paraît une machine infernale. » (E3MG2)

« un grand groupe, sur Lannion, euh, j'ai un petit peu de mal à l'envisager. » (E3MG3)

« si c'est plus y'a de monde dans l'équipe et plus, y'a une lourdeur à gérer, y'a les projets, que tout le monde soit d'accord, et puis... Ça peut être un désavantage » (E3MG4)

« Il faut une espèce de, de communauté d'attentes. C'est, c'est, c'est difficile à réaliser une communauté d'attentes, parce que chacun n'attend pas la même chose de la structure, et donc, chacun va essayer d'en, d'en soutirer, le plus possible pour ses attentes et pas forcément pour celles des autres, hein. » (E3GN)

« c'est, choisir avec les gens, avec qui on travaille, c'est, pas toujours évident... » (E3MG4)

« les désavantages, c'est comment gérer une équipe, quand il y a autant de... » (E3MG4)

4.2.2. Une petite structure à l'échelle d'une petite commune est plus concevable

« Bon, moi je pense que « small is beautiful », que dans une petite, dans un petit bourg, regrouper tout le monde, c'est formidable, que, mais dès qu'on dépasse une dizaine de personnes, cela devient compliqué, au point de vue organisation. » (E3MG2)

« ça peut ne pas être forcément pour moi, une grande structure, avec quinze, vingt médecins installés sur le même, au même endroit » (E3MG3)

4.2.3. Parce que l'implantation spatiale est difficile à définir

« Ne serait-ce que déjà, sur le plan géographique. C'est-à-dire, où est-ce qu'il devra se situer ? » (E3MG3)

« Parce que je pense que, notamment sur Lannion, je ne sais pas comment ça pourrait être mis en place ? Certainement, mais je pense qu'il y aura des études à faire mais, c'est quand assez étendu, avec quand même, pas mal de gens qui n'ont pas forcément, toujours des moyens de locomotion. » (E3MG3)

4.2.4. Parce que cela ne peut pas regrouper pas tous les médecins, en tout cas, pas ceux qui veulent pratiquer seuls

« Maintenant, y'a aussi des médecins qui préfèrent travailler, de façon isolée. » (E3MG3)

« des médecins qui préfèrent travailler aussi seuls, parce qu'ils ont une personnalité pour travailler seuls. Et ça, après tout, c'est, c'est tout à fait, louable aussi hein. » (E3MG3)

4.2.5. Parce que les supports informatiques actuels ne sont pas adaptés à la pluridisciplinarité

« cela impose qu'on doit changer complètement, les structures de soins, c'est-à-dire, par exemple, d'avoir un, un fichier commun, avec des dossiers... [...] Partagés dans, inter, interspécialités » (E3MG2)

« Ce qui n'existe pas, il y a, je ne sais pas combien de sortes de logiciels médicaux en France, qui ne sont pas compatibles entre eux. » (E3MG2)

« Un système informatique. Facile, bon, je ne sais pas, ça existe ? Non ? » (E3MG1) « Un réseau, qu'on peut... [...] c'est qu'il soit communiquant, actuellement ce n'est pas communiquant. » (E3MG2)

4.2.6. A cause de la crainte d'une hiérarchie

« Si, c'était une maison pluridisciplinaire, j'ai peur que ça transpose l'organisation de l'hôpital en effet, et la hiérarchie de l'hôpital, donc, les docteurs en haut, enfin les spés en haut, les généralistes, les infirmières, les aides-soignantes, la secrétaire, bref... » (E3MG1)

« Oui, mais en, j'imagine, dans une structure multidisciplinaire, ça va être, ça puisse être mieux, à conditions, que ce ne soit pas justement, comme tu le disais [...], les cardios à l'étage, les généralistes à un autre étage » (E3MG2)

4.2.7. A cause la crainte d'une coopération préférentielle

« Et puis, j'ai peur aussi d'une dichotomie, parce que, si on a, parce que si un kiné reçoit un patient qui ne lui semble pas bien, il va l'envoyer au docteur qui est à côté, que plutôt de renvoyer au docteur qui a prescrit. » (E3MG1)

4.2.8. Parce que la structure doit aussi évoluée avec l'évolution des médecins

« Et, faut pas oublier que les gens peuvent évoluer. » (E3MG2)

« Les gens peuvent évoluer, peuvent changer, et donc, ça c'est un problème. Ça veut dire qu'il faut que la structure puisse être, puisse, finalement absorber des gens qui, qui ont changé, sans que ça perturbe le fonctionnement du groupe. » (E3MG2)

4.2.9. Parce qu'on perd une certaine liberté, et qu'on risque de perdre les congés scolaires

« on perd de son indépendance en étant en groupe » (E3MG4)

« J'ai toujours entendu dire que ce n'est pas facile, de prendre des vacances dans un groupe. » (E3MG1)

« Mais, lorsque mes enfants étaient petits, je, je, j'aurais quand même craint de perdre les... » (E3MG1)

« Oui, la possibilité de prendre les congés avec les enfants. » (E3MG1)

« On s'est toujours arrangé sans problème. » (E3MG2)

« Je te dis quand on est plusieurs, tu peux reporter l'absence de deux ou trois, si on est à cinq ou six. » (E3PN)

4.3. Les MG installés privilégient plutôt à la place de la MSP une nouvelle forme de collaboration

« C'est peut-être, pourquoi pas finalement, avoir l'autorisation dans des groupes, par exemple d'avoir des jeunes médecins, qui vont être salariés du groupe... » (E3MG3)

4.3.1. Une forme de collaboration inter-cabinet

« je serais effectivement plus partante pour, les petits, les petits cabinets finalement dispersés, un peu comme c'est là, à l'heure actuelle, mais que, ben les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls. Et puis, moi, j'ai toujours dit, on n'est pas forcément obligé de travailler à deux portes à côté. Ça peut être aussi, déjà s'arranger entre nous, pour, pour essayer de, de gérer. » (E3MG3)

« est-ce que c'est un groupe, à faire, à un endroit particulier, ou est-ce que c'est apprendre, éventuellement à travailler ensemble, mais sans être forcément, sur le même lieu ? » (E3MG3)

« est-ce que ce n'est pas plutôt, prévoir des antennes ? » (E3MG3)

« Avec, ben, les médecins qui veulent rester seuls, restent seuls, et les médecins qui veulent se regrouper... » (E3MG3)

« Il y a des groupes qui s'entraident aussi mutuellement » (E3MG3)

4.3.2. En adéquation avec les attentes des jeunes

« Je ne sais pas, [...] ce qu'attendent vraiment les jeunes, est-ce que c'est vraiment la grosse structure ? [...] Parce que, y'a, à mon avis, y'a différentes solutions entre la grosse structure, avec une vingtaine de médecins, et puis, le médecin qui est isolé de son côté, donc... Je ne sais pas. » (E3MG3)

4.3.3. alliant une activité salariat pour inciter les jeunes à s'installer

« Salariés du groupe » (E3GN)

« puisque, à priori aussi, le statut salarié attire » (E3MG3)

« Et puis, [...], puisque, à priori, si c'est ce qui attirent les jeunes, ben, c'est peut-être effectivement la seule solution pour, inciter des jeunes à venir travailler, dans des groupes. Probablement, en groupe, aussi, certainement plus de facilité, peut-être pour mettre en place, justement des statuts différents du statut libéral, qu'on peut connaître, avec pourquoi pas, comme je le disais tout à l'heure, les médecins libéraux et puis, des jeunes salariés, salariés du groupe, pourquoi pas ? » (E3MG3)

4.4. Malgré certains avantages que les professionnels de santé installés et internes y verraient

4.4.1. Pour les malades, une facilité d'accès à toutes les spécialités

« Le malade aussi, repère aussi facilement le groupe, parce qu'il se dit qu'il y a tout le monde là. Bon, à mon avis, il va avoir plus de patients qui vont venir, quand on regroupé que quand on est chacun dans son coin. » (E3PN)

4.4.2. La MSP pourrait répondre à certains enjeux économiques en matière de dépenses santé en réduisant le coût de transport

« Et puis pour la Sécurité Sociale, cela pourrait être pas mal aussi. » (E1I3)

« Au niveau des transports ? » (E1I6)

« Pour payer les transports et tout ça. Je pense qu'à un moment... » (E1I3)

« Ouais, à la rigueur, s'ils payaient leurs transports jusque-là. » (E1I7)

« Une journée de consultations. » (E1I5)

« C'est bon, on peut ouvrir un hôpital de jour » (E1I3)

4.4.3. Pour les médecins

4.4.3.1. Un travail en équipe, en collaboration facilité par la proximité

« c'est vrai que, [...], une maison médicale, pluridisciplinaire, c'est intéressant aussi pour ça, parce que, [...], on peut toujours échanger et dire, voilà, de spécialité à spécialité, ou de généralistes à... Et, donc, ça permet... » (E3GN)

« les avantages, ben, c'est déjà, à mon avis de travailler en équipe, hein. Effectivement, l'échange, l'échange entre collègues, un doute, qu'il peut, discuter, enfin, un doute sur un traitement, première chose. Effectivement, ben, plutôt que d'avoir un, à prendre son téléphone, pour téléphoner au spécialiste, pour avoir son avis, et ben, le choper dans le couloir, et puis, lui demander, s'il ne peut pas accorder cinq minutes à la fin des consults. » (E3MG3)

« Les avantages, d'une maison pluridisciplinaire, c'est sûr, c'est le travail collectif, enfin, de pouvoir en tout cas, avoir, à un certain moment des échanges, voilà. » (E3MG4)

4.4.3.2. Une meilleure qualité de travail par une meilleure connaissance des compétences professionnelles

« on gagne de la qualité de vie et certainement de la qualité de travail » (E3MG4)

« si j'étais dans un groupe multidisciplinaire, qu'est-ce que cela m'apporterait ? Sûrement, une plus grande ouverture sur les techniques, sur les, le diagnostic, sur les traitements, sur un tas de pathologies, que j'ignore en fait, parce que, voilà en tant que généraliste, on ne connaît pas tout, sur tout. » (E3MG2)

4.4.3.3. Le partage de l'exercice

4.4.3.3.1. Le partage des tâches administratives de fonctionnement

« par le biais d'un, d'une maison médicale, on peut, peut-être aussi, retrouver aussi, une, une certaine assistance entre guillemets, du point de vue logistique, aussi. » (E3GN)

« la gestion de l'administration, enfin, avoir ce soutien-là » (E3MG1)

« partager le, le secrétariat, enfin plein de moyens comme, comme dans un exercice en groupe. » (E3MG4)

4.4.3.3.2. le partage des charges

« Et n'oubliez pas que, en groupe, vous êtes trois, vous payez tous la secrétaire, c'est un excédant pour trois, et tu paies les impôts dessus... » (E3PN)

« Pour le résultat final, au niveau de ton confort, c'est plus confortable, que tu prends toute seule, ou que tu prends à quatre, mais admettons que c'est plus pratique quand on est à plusieurs. Cela permet d'avoir plus de personnel, plus de gestes techniques. » (E3PN)

4.4.3.3.3. Le partage de l'espace de travail

« Ce que tu regroupes, c'est le local, et pas, la... Ce que tu regroupes c'est le local, mais, après tu es à côté, tu travailles, toujours... » (E3PN)

4.4.3.3.4. Le partage d'un projet professionnel commun

« ce que je veux dire, c'est y'a, qu'en principe, il y a une cohésion au groupe, dans un, dans un système de fonctionnement comme celui-là. » (E3GN),

« en principe, il y a quand même une démarche collective. La démarche collective, elle sous-tend que, qu'il y a entraide et enfin, des choses... » (E3GN)

« S'ils s'entendent aussi, s'ils s'entendent ensemble. C'est difficile, s'ils ne s'entendent pas » (E3PN)

« Alors pour ça, c'est sûr qu'il faut s'entendre, dès le départ, que tout le monde soit d'accord. » (E3MG4)

« sous réserve de bien s'entendre. » (E3MG4)

4.4.3.3.5. Le soutien et l'entraide des pairs

« et puis d'avoir le, le soutien de, des pairs » (E3MG1)

4.4.3.3.6. Le partage du temps de travail et les informations médicales

« l'avantage à exercer en, avec des confrères généralistes, ce serait, bon sans doute, de me libérer un peu de temps » (E3MG1)

« effectivement, enfin c'est vrai que [...] j'ai du mal, effectivement, à m'imaginer qu'en travaillant dans un groupe, qu'on ne puisse pas déjà se remplacer, mutuellement. » (E3MG3)

« Sinon, bon, l'exercice, il est déjà, en gros, pour partager plein de choses entre nous, un dossier partagé au groupe, donc... Souvent on a, là, tous les jours on des faxes, enfin, avec des résultats qui tombent. Admettons, y'a une ou un collègue qui n'est pas là aujourd'hui... [...] On regarde ses résultats ensemble » (E3MG2)

« Euh, après, c'est le, le temps de travail qui peut être un peu plus modulé, sachant que, qu'il peut toujours y avoir une permanence de soins qui peut être maintenue. » (E3MG4)

« C'est une qualité aussi de travail supérieure, à mon avis, quand on est à plusieurs. Euh, quand il y a un médecin généraliste, qui a envie d'avoir un avis, il suffit d'avoir, un contact avec le spécialiste, qui est à côté. Quand le spécialiste à côté, a envie d'avoir un, un avis d'un autre spécialiste, il est aussi à côté, donc on voit les malades de façon beaucoup plus facile, dans le même groupe. » (E3PN)

4.4.4. Pour les jeunes médecins le regroupement offre plus d'avantages que l'exercice seul

4.4.4.1. Le soutien et l'entraide de ses pairs

« Le fait d'être en groupe au moins, il est, il est moins anxieux. Il sait bien qu'il tombe dans, dans un endroit, où il peut compter sur les collègues qui sont là, pour, pour le, le diriger, pour l'aider déjà, dans son activité, le temps qu'il se mette debout. » (E3PN)

4.4.4.2. La garantie d'une patientèle

« Et c'est bien que, le jour où il n'y a pas beaucoup de malades, il aura quand même des malades, parce que le groupe marche, donc, il ne restera pas au chômage. » (E3PN)

« Donc ça aide ouais, de dire qu'on fait un peu mieux notre métier qui est vraiment une prise en charge globale, et notamment, sur le plan social » (E117)

4.4.4.3. Une qualité de travail

« On aurait l'impression de mieux réussir son travail, de mieux... » (E117)

« Mais bon, ça vaut que cela vaut sûrement

4.4.4.3.1. Par une meilleure connaissance de la pratique des autres professionnels

« Parce que bon c'est vrai, on prescrit, on peut appeler et tout ça... Mais ben du coup là, on voit la personne quand on l'a en face. On se dit, enfin quand on a l'infirmière ou le kiné en face de soi, on, on sait vraiment ce qu'il a fait. Et puis même par exemple le kiné, il nous peut montrer ce qu'il fait donc on sera mieux expliquer aux patients « ben tenez, ce sera, ce sera ce genre de chose qu'on pourra faire avec l'infirmière ». Cela permet de discuter notamment par exemple, des pansements, des choses un peu qu'elle utilise, ça peut être utile. » (E117)

4.4.4.3.2. Par une meilleure collaboration

« Après, c'est vrai que, dans le cadre des maisons pluridisciplinaires, moi je sais que, là où je suis passée, chez le prat, y'avait pas d'infirmières, y'avait deux kinés dans le même bâtiment que les deux médecins. Et c'est vrai que du coup, cela permettait aussi que directement les médecins, ils croisaient le kiné, parce que y'avait une secrétaire en commun donc... Ils se croisaient dans le couloir et parlaient de monsieur un tel et puis le problème

était réglé. Y'avait pas besoin de prendre le téléphone, enfin... Puis le contact se faisait facilement, parce qu'ils le connaissaient, y' avait la proximité... » (E1I6)

« Ça permet de raccourcir encore les distances de communication » (E1I7)

« Non, et si c'est pour qu'on soit tous dans nos bureaux et qu'on ne communique pas. Euh, là effectivement, j'en vois pas l'intérêt quoi. » (E1I3)

le coup, à prendre, en termes de qualité de travail, qu'on peut demander » (E1I7)

4.5. Le groupe des internes et celui des professionnels paramédicaux envisagent mieux que les médecins généralistes l'exercice dans la MSP

4.5.1. Les partenaires les plus indispensables pour travailler sont ceux qui font le lien entre le professionnel de santé et le patient : la secrétaire, l'assistance sociale et l'infirmière

« C'est vrai que, les infirmières, cela paraît, un peu indispensable. » (E1I3)

« Le plus indispensable, je dirais. [...] Autres les collègues, enfin autre les autres médecins, la secrétaire en un, ensuite l'infirmière, kiné. » (E1I7)

« Assistante sociale, comme tu l'as dit tout à l'heure » (E1I6)

« Assistante sociale aussi. » (E1I7)

« Pour qu'il y ait une antenne... » (E1I6)

« Peut-être même avant l'infirmière. » (E1I7)

« Peut-être ça, avec la secrétaire. » (E1I7)

« Et pourquoi pas infirmière. » (E2P1)

« Infirmières, c'est très important aussi, » (E2P2)

4.5.1.1. Parce qu'ils mettent en place les aides à domicile

« Pour mettre en place les aides à domicile. » (E1I6)

4.5.1.2. Parce ce qu'ils effectuent les demandes d'aides financières

« Ouais Voilà, remplir la paperasse. » (E1I6)

« Remplir les papiers, ouais. » (E1I7)

« Les papiers pour le Conseil Général, tout ça, les demandes d'APA... Ça aussi, ça permet de gagner du temps. » (E1I6)

4.5.1.3. Parce qu'ils interviennent régulièrement au domicile des patients, et sont donc plus réactifs dans la prise en charge

« pour moi ce qui est le plus proche » (E2P2)

« puisqu'elles sont en contact direct des les patients et c'est elles qui parfois... Moi, c'est des infirmières, qui m'appellent pour me dire : « voilà je suis allée à domicile et cette personne, elle nécessite de soins ». » (E2P2)

4.5.2. Aucune catégorie de professionnel de santé libéral n'est exclue au sein de la maison de santé pluridisciplinaire

« Donc, moi je pense que chacun a sa place. Même un diététicien, je veux dire, alors c'est peut-être pas paramédical ou médical, mais dans la prise en charge des patients diabétiques, et ben, dans le réseau y'a les podologues, y'a les médecins généralistes, ben y'a aussi, y'a des endocrinos, et puis, et puis, y'a l'éducation aussi, par les diététiciennes, les manières de manger, de s'alimenter, comment... »

4.5.2.1. La collaboration avec les professionnels médicaux est importante, surtout avec les médecins généralistes, les sages-femmes, les dentistes et les gynécologues

« Avec quels professionnels ? Pour moi ce qui est le plus proche : c'est kiné, ostéo, médecin généraliste pourquoi pas, médecin du sport pourquoi pas. » (E2P2)

« Effectivement dentiste, on en parlait tout à l'heure. » (E2P1)

« Pour nous, les sages-femmes c'est aussi, les médecins généralistes, et les gynécos. » (E2P4)

« Je dirais après, sage-femme. » (E1I7)

4.5.2.2. Et aussi les professionnels paramédicaux les kinésithérapeutes et les podologues sont des partenaires pour travailler

« Kiné. » (E1I7)

« Kiné, ouais. » (E1I6)

« Oh, non, podologue, sage-femme » (E1I7)

« Podologue, ouais » (E1I3)

« Podologue ouais. » (E1I4)

« Ouais, podologue c'est intéressant. » (E1I7)

« Pour nous, les sages-femmes [...] Mais pourquoi pas kiné aussi. » (E2P4)

4.5.2.3. La présence des certains professionnels ayant une activité majoritairement au domicile, pourrait se faire sous forme de vacation dans la MSP

« Une forme de... Parce que y être toute la journée... Nous, on fait pas mal de domicile, donc, c'est vrai que, nous le cabinet, on n'y est pas, après, je ne sais pas, faut voir, voilà sous quelle forme financièrement est-il plus intéressant pour nous de dire, bon ben, voir ponctuellement, qu'est-ce qui est libre ? » (E2P6)

4.5.2.4. Les jeunes étudiants ne sont pas exclus mais plutôt sollicités, surtout ceux en fin de formation initiale

« Prendre un interne en, que cela soit en stage prat ou en SASPAS, ben moi, j'aimerais bien le faire » (E1I6)

4.5.2.4.1. Parce qu'ils permettent de reconsidérer sa prise en charge habituelle et d'actualiser les pratiques

« Parce que d'une part c'est te remettre en question, de voir des jeunes arriver. [...] Enfin moi, je pense qu'on a tout à y gagner » (E1I6)

« Nous, on prend les étudiantes, les étudiants y'a de plus en plus d'hommes sages-femmes. Les étudiants, non, non, au contraire, je trouve ça très intéressant parce que cela nous permet, nous aussi de nous remettre en cause, quand on est sorti de l'école y'a vingt ans. Ben ça évolue. Je trouve qu'en libéral, comme on est un petit peu en dehors de, je dirais, de tout ce qui peut se dire, des protocoles hospitaliers, enfin donc, je pense que les étudiants, nous permettent aussi, ben d'être un peu aussi à la hauteur. Moi je trouve ça très intéressant. » (E2P6)

« et d'avoir de nouveaux points de vues, les nouvelles études, nous, on n'a pas pris le temps de lire telle ou telle chose, de voir aussi que, les enseignements, les enseignements évoluent, changent » (E2P1)

« Nous aussi on est sollicité et au contraire. Non, c'est très intéressant, enrichissant d'apporter sa connaissance » (E2P1)

4.5.2.4.2. Parce qu'ils permettent de participer à des projets de recherche

« Bon puis c'est intéressant aussi parce que c'est vrai parfois, on aide aussi à des sujets de mémoire, ben comme vous, donc on élabore, enfin elles élaborent des tests. Nous, y'a beaucoup de femmes, enfin y'a des hommes maintenant en orthophonie. Donc c'est intéressant, oui. C'est sûr. » (E2P4)

4.5.2.4.3. Parce qu'ils sont l'occasion d'échanger et de partager la pratique professionnelle

« et puis aussi de faire partager, parce qu'il y a également des médecins, des internes qui nous appellent pour venir une ou deux journées et ça c'est aussi très intéressant de, ben de communiquer, ben de voir nous sur le terrain, nous, ce qu'on peut faire, sur quoi on peut intervenir. Et là encore on échange quoi, entre professionnels. C'est très enrichissant. » (E2P1)

4.5.2.4.4. Parce qu'ils sont les professionnels de demain

4.5.2.4.4.1. Ils sont sollicités lors des congés

« Euh, et puis après, ben, si tu veux, question organisationnelle, trouver des remplaçants plus facilement, ben t'as un pied déjà avec les étudiants. Tu vas avoir un pied dans la fac entre guillemets, tu, t'as des contacts avec eux, tu... » (E1I6)

4.5.2.4.4.2. Les former et pour assurer la relève

« Etre un peu aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant d'avoir des internes, et tout ça. En se disant, ben, ça ne va pas être éternel. Donc cela va permettre aussi qu'il y ait des jeunes qui viennent, qui voient comment cela se passe et, qu'ils aient peut-être envie de nous rejoindre. Et, je pense que c'est aussi dans cette optique-là, que c'est intéressant quoi. » (E1I3)

4.5.2.4.5. Parce qu'ils permettent de se faire reconnaître en tant que professionnel à part entière

« Nous aussi, on a un médecin qui nous a sollicité, un jeune médecin là, qui va venir passer une semaine avec nous, fin août, moi j'étais très surprise et j'ai trouvé ça super. » (E2P6)

« Ouais, c'est bien. » (E2P1)

« C'est bien qu'un médecin accepte, enfin accepte de demander à une sage-femme, qu'on lui explique des choses, c'est ouf ! Ça fait du bien de voir que, que l'on est reconnue. » (E2P6)

« C'est vrai. » (E2P5)

4.5.2.4.6. Même s'il faut du temps à leur consacrer

« Ah moi, j'en ai eu des stagiaires. J'ai abandonné maintenant. » (E2P4)

« Moi j'ai un peu abandonné là ces dernières années, parce que je trouve que si on veut bien le faire ça demande beaucoup de temps. » (E2P4)

« Parce qu'effectivement on voit le patient, on explique un peu pendant que le patient est là, mais on ne peut pas, s'étendre trop. Il faut reprendre après, enfin si le stagiaire est intéressé, c'est sûr, mais faut reprendre après, à la fin de journée, dire voilà : « on a fait ça parce que, qu'est-ce que tu en penses ? », etc. Donc il faut compter au moins encore une heure après... Mais c'est bien. » (E2P4)

« Nous, on a l'avantage du transport entre chaque patiente, donc... » (E2P6)

« On peut papoter entre deux patientes. » (E2P5)

4.5.2.4.7. Cependant en début de formation, leurs intérêts au sein de la MSP sont souvent limités

« Les externes après, enfin, pour la découverte de stage de la médecine générale, Je pense que c'est un peu plus, enfin, peut-être que tu as un peu moins de contrepartie, quoi. Enfin, c'est plus, ça va plus, dans un sens que dans l'autre. » (E116)

4.5.2.5. Le travail avec d'autres médecins spécialistes, comme le cardiologue, le pneumologue, le rhumatologue et l'endocrinologue, est apprécié sans pour autant ressembler à une miniclinique

« Moi, j'aimerais bien un cardio... » (E114)

« Oui, un spé. » (E115)

« J'allais le dire... » (E112)

« Un cardio pas loin. » (E115)

« Un p'tit cardiologue comme ça... » (E114)

« Ouais, parce que y'a pas grand-chose. Tu regardes autour de [...]. T'en as sur [...], après euh... T'as quoi... [...]. » (E116)

« Après tous les petits bourgs, enfin les communes plus petites... » (E116)

« Ben, [...], y'en a un aussi ? » (E117)

« y'en en un aussi. » (E116)

« Pour bien faire cardio, pneumo, rhumato ! » (E116)

« Endoc ! » (E117)

4.5.2.5.1. Leur intervention au sein de la MSP est hypothétique

« Tu crois qu'il aurait des spécialistes qui seraient d'accord pour faire ça ? » (E115)

« Hum, moi je pense. Enfin, je suis peut-être naïf mais...Je... » (E112)

« J'ose espérer. » (E113)

« Ne serait-ce que les débutants, tu vois, les jeunes qui ont fini leur clinicat, qui veulent faire du libéral, qui en sont, qui sont au point où, nous, on en est maintenant, peut-être ? » (E114)

« Ou même t'en as à l'hôpital qui veulent faire un peu de libéral. Je pense ouais, qu'il y aurait des gens qui pourraient être intéressés. » (E114)

« ouais, faut pas rêver ! » (E115)

« Peut-être » (E114).

4.5.2.5.2. Pourtant le regroupement permet une prise en charge coordonnée plus efficace

« C'est vrai que tous les cardio, qui sont seuls dans leur cabinet, c'est vrai que, ce serait aussi simple pour eux de se regrouper aussi. On va finir pas monter une petite clinique, mais euh... » (E117)

« Ouais mais, pour eux, ce serait aussi bien de se regrouper avec un généraliste, parce que ce serait aussi bien et ce serait plus rapide. » (E117)

4.5.2.5.3. Leur présence dans la MSP peut être sous forme de vacation

« Sur [...], y'a ça. Y'a les ORL de [...] qui viennent sur [...], reprendre... » (E117)

« En ville ? » (E116)

« Je crois ouais, je crois que c'est en ville, reprendre le cabinet de l'ancien ORL qui est parti. Donc, ils tournent un petit peu, je crois, je crois qu'il y a docteur [...] qui y va et, je ne sais plus qui d'autres. » (E117)

4.5.3. Il est préférable de commencer un travail de collaboration avec des anciens collègues

« Le mieux, c'est déjà avec qui on a travaillé, pour voir si on s'entend avec eux ou pas. » (E116)

4.5.4. Le nombre de professionnels dans la MSP reste à déterminer

« Tu veux dire que toi, dans ta maison de santé, tu veux plusieurs généralistes ? » (E114)

« Euh, ouais, je, ouais je verrais bien. » (E112)

« Trois, ce serait bien » (E114)

« Faut pas être trop nombreux aussi » (E113)

« Enfin, je ne m'imagine pas dans une maison de santé, avec dix généralistes, trois kinés, trois infirmières, un cardio, un pédiatre, un machin... » (E114)

« Pour moi, je pense qu'il faut que cela reste quand même à taille humaine, c'est-à-dire cinq, six. Enfin je vois mal une maison avec dix ou douze praticiens, quoi. » (E2P4)

« [...], ils sont nombreux. » (E2P6)

« Ah ! Une douzaine. Mais, euh, enfin, là je parle en tant que patiente. Moi, je trouve que cela à l'air, cela ne fait pas le gros truc, quoi. Ça fait pas gros, enfin oui. L'avantage en tant que patient, c'est qu'effectivement d'avoir plusieurs médecins généralistes, c'est que en cas d'urgence, y'en toujours un. » (E2P6)

« Toujours un disponible. » (E2P4)

« Ils sont, en plus en réseau dans leur truc, donc c'est pas mal. Maintenant, je trouve que cela ne fait pas usine pour autant. Je ne trouve pas moi, personnellement, je ne trouve pas. Ça ne me choque pas, en tout cas. Et je pense qu'il doit y avoir comme ça des échanges comme ça de bureaux, j'ai l'impression, ça peut être aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait douze bureaux quand même. » (E2P6)

4.5.4.1. Mais ils ne doivent pas être trop nombreux, car la gestion de l'intendance et de l'administration deviendrait difficile à gérer

« enfin moi, je sais que l'hôpital, il est hors de question que je travaille là-bas. Je n'ai pas envie de me retrouver dans une grosse structure avec quinze professionnels, devoir gérer ça comme, comme une mini-entreprise, d'avoir, ça veut dire des réunions aussi pour organiser tout ça. Ça veut dire que, ben que, soit il faut qu'on embauche une personne pour la gestion, ou soit qu'on le fait nous même. Ça veut dire prendre des décisions par rapport au bâtiment, enfin c'est quand même... C'est, enfin, oui, c'est une entreprise, quoi. Donc, moi je n'ai pas envie non plus de me retrouver gros truc, où j'ai l'impression d'être dans un centre. Ouais, une miniclinique, ou un mini-hôpital, quoi. Je n'ai vraiment pas envie de ça quoi. » (E1I3)

« C'est vrai aussi que plus on est, plus c'est peut-être difficile à gérer, d'un autre point. » (E2P4)

4.5.5. Le travail dans la MSP inclus aussi la collaboration les réseaux de santé

« Ça peut être la clinique, les spécialistes, enfin voilà. Après des choses hors médicales, je ne vois pas, forcément » (E1I7)

« Les réseaux de géronto, de soins palliatifs... » (E1I5)

« Ouais, tout ça » (E1I7)

« Ouais, tout ce qui est réseau, quoi. » (E1I5)

« avec tout ce qui peut nous, aider » (E1I7)

4.5.6. L'organisation de travail global au sein de la MSP serait peu différente du regroupement simple de professionnels mais présente une collaboration plus étroite

4.5.6.1. Avec une liberté d'exercice pour chacun de professionnel de santé

« Moi, je ne pense pas que, foncièrement, cela change. [...] Mais du coup, (Rires). Mais du coup, enfin moi, non, je ne pense pas que pour le coup, cela changera ma journée. » (E1I4)

« Pour ma part ce serait chacun quand même indépendant » (E2P1)

« Mais après on reste en libéral, et là c'est plus, un travail indépendant » (E2P1)

« Mais chacun gardant sa propre clientèle, indépendance, patientèle. » (E2P4)

4.5.6.2. La MSP met à disposition d'un espace commun à partager, mais dont on pourrait prévoir toutes les configurations selon les besoins

« je veux dire que tout est envisageable » (E2P2)

4.5.6.3. Cependant deux besoins structurels ressortent : une salle commune pour les échanges de pratique et un accueil central

4.5.6.3.1. La nécessité d'une salle commune dans la MSP pour des échanges

« Je pense qu'il faut une grande salle commune avec un... » (E1I7)

« non mais, un truc, mais vraiment comme une grande salle commune, un peu comme à l'internat où on puisse se retrouver, tout le monde. » (E1I7)

« Ouais, que si on se croisait dans une salle commune, de détente, où là, on échangerait encore plus facilement. C'est certain. » (E2P1)

« mais avec une zone au moins commune peut-être le secrétariat et une zone commune de détente pour s'échanger. » (E2P1)

« mais avec plus des zones communes d'échanges. » (E2P1)

« Et puis après en arrière, en arrière-plan, ben voilà, une salle, pourquoi pas une salle de réunion » (E2P2)

4.5.6.3.1.1. Pour se détendre

« Ouais, une salle de pause. » (E1I5)

« Ouais voilà. » (E1I7)

« La salle de pause, c'est bien pour ça. » (E1I6)

« La salle de pause, oui c'est vrai, ça peut être pas mal. » (E1I7)

« Une salle de pause en commun. » (E1I6)

4.5.6.3.1.2. En essayant de s'aménager des temps de pause sans pour autant en abuser

« Encore faut-il, qu'on puisse des pauses dans la journée. » (E1I7)

« Faut les demander. Là où je suis actuellement, on s'accorde, même s'il y a des personnes qui attendent... C'est sans rendez vous. S'il y a des personnes qui attendent, on se donne un petit quart d'heure, comme ça, on essaie de se retrouver autour d'un café. » (E1I6)

« Peut-être que sans rendez-vous, c'est plus facile pour faire des pauses, sans rendez-vous, c'est sans rendez-vous. En rendez-vous, (aspiration) c'est toujours un peu gênant quand tu arrives avec trois quart d'heure en retard... « J'étais en pause, euh... ». » (E1I7)

« Bien sûr, faut pas abuser. On ne fait pas ça quand, y'a plein de monde dans la salle d'attente, quoi. Même s'il y a des rendez-vous, on peut faire des créneaux de pause prévus, quoi. » (E1I6)

« Hum, ouais, faut essayer. » (E1I7)

4.5.6.3.1.3. Les temps d'échanges et de collaboration sont à mettre en place

« C'est juste qu'en plus, j'aurais par exemple une réunion en plus, une réunion toutes les deux semaines, une réunion par mois traitant des patients qu'on voit ensemble, qu'on suit tous ou qui nous posent soucis, enfin. » (E1I4)

« Un staff quoi ? » (E1I5)

« Une synthèse. » (E1I5)

« Une sorte de staff pour certains patients. Oui, voilà. » (E1I4)

« Après la majorité du temps, la journée, finalement on est un peu tout seul, quoi. Enfin, on est dans notre bureau. C'est vrai que, c'est plus pour des petits moments. Cela permettrait de gagner cinq minutes, puisqu'on croise, tiens, un tel ou un tel dans le couloir, et on en parle. » (E1I7)

« Non, mais je pense, en plus c'est aussi dans des trucs non formels, dans des temps non formels, qu'ils peuvent aussi s'échanger des choses importantes, sur leur fonctionnement, sur une prise en charge, Voilà quoi. » (E1I2)

4.5.6.3.2. La nécessité d'un espace central d'accueil avec un secrétariat partagé qui oriente les patients et en périphérie les bureaux de travail

« Une secrétaire au milieu. » (E1I5)

« Sans compter qu'il pourrait être, je ne sais pas, un secrétariat » (E2P2)

« Et ben, voilà, y'a une secrétaire, les patients, ils la connaissent, c'est la référente voilà et puis au final, ça se passe... » (E2P2)

« On rejoint ce que l'on disait tout à l'heure, un secrétariat commun, un côté administratif commun » (E2P4)

« Oui comme ici, une sorte de sphère, ou je ne sais pas une sphère avec un, un accueil central, et des pièces tout autour, je pense, je ne sais pas moi. » (E2P1)

« mais, avec en même temps un îlot central, quelques choses d'articulés autour de... Moi je la vois comme ça. » (E2P2)

« Ben ici, c'est ce qu'il y a. Il y a une salle d'attente, vous avez une petite salle d'urgence, et puis, les bureaux sont en éventail autour apparemment, hein ? » (E2P4)

4.5.6.4. La structure peut présenter des salles privées comme des salles d'attente pour chaque patientèle des professionnels

« Moi, j'aurais fait quelque chose de carrée, alors je vois ça très cubique. Avec des pièces de consultation qui soient de surfaces identiques pour chacun des, identiques, enfin adaptées à chaque profession. Mais, qu'on ne passe pas du huit mètres carrés aux cinquante mètres carrés. Pourquoi pas une salle d'attente qui soit attenante, à ces pièces-là et qui ne soit pas forcément commune, que les patients par exemple, de certains praticiens soient, enfin soient dans une pièce attenante à la salle de consultation de la personne qu'ils vont voir. » (E2P2)

4.5.6.5. Une salle de garde

« Pourquoi pas, même s'il y a des professions qui, qui sont de garde, enfin des professionnels de garde, comme les médecins, pourquoi pas, avoir une salle de repos, aussi, [...] » (E2P2)

4.5.6.6. Une cuisine

« une petite cuisine. » (E2P2)

4.5.6.7. Un accès facile, pour tout usager de soin est à prévoir

« Puis c'est dans l'ère du temps, toute façon maintenant les gens, enfin, ils ont besoin de se faciliter la vie, et, ils iront plus facilement dans un endroit où y'a tout, que d'aller courir à droite chez l'un, à gauche chez l'autre. C'est des questions de facilité pour eux. » (E2P2)

« Moi je parlais de la mixité, qu'il y ait plusieurs professions. Le fait d'avoir sur place plusieurs professions différentes. Euh, voilà question de facilité quoi, je vais chez mon médecin, je vais chez mon kiné, c'est la même adresse, je ne m'embête pas. Euh même moi, j'ai travaillé dans des groupements comme ça, des, des femmes, qui prenaient rendez-vous, alors, leur enfant était en kiné, en kiné, et pendant ce temps-là, elles prenaient rendez-vous, ben chez la pédicure quoi. Clairement voilà, ils faisaient d'une pierre deux coup, parce que ça tombait à pouvoir s'arranger comme ça, mais voilà. » (E2P2)

« parce que c'est une solution toujours, une solution de facilité quoi. » (E2P2)

4.5.6.7.1. L'accès handicapé

« Puis y'a un côté accès qui est vachement important aussi, très important. » (E2P2)

« Pour certains d'entre nous, avec, avec les lois-là, pour l'adaptation pour personnes handicapées, il y a beaucoup de personnes qui vont se retrouver, ouais, un peu le bec dans l'eau, quoi. » (E2P2)

4.5.6.7.2. Le stationnement

« Et puis même, y'a aussi le problème du stationnement, c'est ce qu'on disait avec [...], place du Centre, c'est galère, dans les résidences du centre, c'est pas mieux. Les gens râlent. » (E2P4)

« On ne peut pas stationner. En plus le jeudi, je ne travaille pas, ben vous c'est sans doute... » (E2P4)
« non pas le jeudi, y'a le marché, on ne pourra pas stationner. » (E2P4)

4.5.6.8. Un agrandissement éventuel de la structure dans l'avenir doit être possible

« Par contre, il faut prévoir pour l'avenir, parce que souvent les projets, c'est répondre aux besoins du moment, mais il faut essayer de prévoir pour l'extension, enfin ne pas être comme l'hôpital... Construire son truc, et puis paf, oh, c'est trop tard ! » (E1I7)

« Et puis voilà, on parlait de spécialistes tout à l'heure. C'est vrai que pour l'instant, ils n'ont pas besoin de venir en dehors des villes. Mais peut-être que bientôt ils pourront venir un peu en périphérie, pour, pour gagner correctement leur vie. Donc, faudrait aussi prévoir de quoi accueillir des gens en plus, et tout ça. Enfin, ça se prépare. » (E1I7)

4.5.7. La nécessité de mettre une place un cadre de travail : le projet professionnel

« Je crois qu'effectivement y' a intérêt à poser des, un peu des règles de bonnes conduites pour chacun, pour que ça se passe bien quoi » (E1I3)

« si tu ne t'entends pas avec tes collègues, (Rires). Ça peut vite devenir négatif. Tu construis quelque chose, tu t'engages et puis, tu te rends compte que ça ne marche pas. T'imagines que tes collègues ou médecins ou autres, ils ne développent pas la même ambition que toi, je ne sais pas ça... Je, ouais... » (E1I5)

4.5.7.1. Parce que des conflits sont inévitables dans leurs relations, les professionnels doivent s'accorder entre eux en établissant un cadre d'exercice commun

« Je pense que y'a, faut voir effectivement ça, ce sont les inconvénients relationnels, et machin » (E1I7)

« Encore faut-il que, parce que c'est vrai, quelques fois que le kiné du village et tout ça... On n'aime pas sa pratique donc... » (E1I7)

« Faut pas rêver, c'est pareil. Faut arriver à trouver tous les acteurs qu'on bien aime dans la maison » (E1I7)

4.5.7.2. Parce qu'il y a plusieurs voies possibles de prise en charge, en solitaire ou commune

« puisqu'on n'a quand même pas besoin non plus, tout le temps besoin des autres pour la prise en charge. Y'a quand même plein de choses qu'on peut faire tout seul, voilà. Après les infirmières, oui, on en a besoin un plus régulièrement que les kinés. Bon mais, cela ne mérite pas forcément non plus, qu'à chaque fois, qu'on en discute. Voilà, y'a plein de choses qu'on peut surveiller et ce sera plus rapide pour le patient. C'est, je ne sais pas, si on en voit un dans la journée qui nous pose problème en moyenne. On n'a pas besoin des autres, et tout ça, et c'est déjà pas mal. » (E1I7)

« Y'a des choses qu'on peut tout faire tout seul. » (E1I6)

« Ouais, on peut quasiment tout faire » (E1I7)

« Oui mais au sein d'un regroupement, vous offrez encore plus de, vous offrez... De groupement de mêmes professions, je parle ... Vous offrez encore plus de choix. » (E2P2)

4.5.7.3. Parce qu'il faut définir les limites du secret partagé

4.5.7.3.1. Certaines informations médicales orales peuvent être préjudiciables sur la relation praticien-malade

« Je pense aussi qu'il faut faire attention au secret professionnel. Il ne veut peut être pas forcément aussi, qu'on dise tout ce qu'on veut à l'infirmière qui s'occupe de lui. » (E1I1)

« Oui, on peut partager tout ce qu'on sait sur un patient, moi, ça m'est égal. Mais, vis à vis du patient, je pense que, effectivement comme le disait [...], ils ne vont pas nous, ils ne vont pas dire la même chose à leur médecin généraliste qu'à leur infirmière. Ils n'ont pas envie qu'on sache forcément, les, les choses qu'ils ont dit aux autres, donc que... » (E1I3)

4.5.7.3.2. La relation praticien-malade peut se trouver modifiée

« Le patient a confiance en nous, peut-être qu'il ne va dire la même chose au médecin et à l'infirmière. » (E1I1)

« Et puis elle, elle n'a pas envie de savoir non plus, que... Je pense que c'est surtout ça en fait » (E1I3)

« Ils n'ont pas le choix à l'hôpital, alors que là, ils nous choisissent quand même. » (E1I3)

« Ouais, mais tu vois, je ne vois pas... Mais t'as pas tort, oui, par le choix du patient mais l'hôpital, je ne vois pas où cela puisse être délétère en fait, je ne sais pas. » (E1I5)

« Ben c'est peut-être aussi plus anonyme à l'hôpital que dans une MSP, tu vois... » (E1I2)

4.5.7.3.3. De même que l'accès des données du dossier médical sur support informatique est à déterminer

« C'est délicat quand même que les dossiers soient en commun avec... » (E1I6)

« Mais, pas toutes les parties en tout cas. » (E1I5)

« Avec les kinés, les choses comme ça, si... Il en a un peu près rien à faire du dernier frottis de la dame qu'il voit pour une lombalgie, quoi, enfin... » (E1I6)

« avec, des dossiers patients qui soient communs à l'ensemble les professions qui soient là, et que l'on ne soit pas là obligé d'aller les réclamer. » (E2P2)

« un fichier peut-être commun » (E2P4)

4.5.7.4. Pour ne pas créer de relation asymétrique, de supériorité, de hiérarchie

« pour que y'ait pas une certaine hiérarchie qui se crée. Et que, qu'on n'ait pas l'impression que, ce soit, soit le médecin qui dicte tout à l'infirmière, soit l'infirmière qui complètement en réaction contre le médecin, fait complètement l'opposé » (E1I3)

4.5.7.5. Du fait de la mise en commun des compétences qui impose aussi la confrontation des pratiques

« Ou, alors se dire, peut-être se confronter aussi aux, ça veut dire aussi que les autres paramédicaux ont quand même un minimum de regard sur ce que tu fais, donc se confronter, [...] C'est pas forcément facile non plus. Finalement quand t'es tout seul dans ton cabinet, tu peux faire ceux que tu veux, quoi » (E1I3)

« ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... » (E1I3)

4.5.7.6. Le développement professionnel continu est essentiel pour les professionnels de la MSP du fait que les traitements et les connaissances médicales évoluent

« Et il faut qu'ils aient le même élan de, enfin, il faut que tout le monde aille dans le même sens quoi. » (E2P2)

« Etre dans la formation, se donner le temps de se former, d'évoluer en fonction de ce qui, ce qui se fait, ce qui se développe, des nouvelles, nouvelles pratiques. Je crois que, je crois que, qu'il ne faut pas que, il ne faut pas avoir deux pôles quoi. Quelqu'un qui reste campé sur ses positions, les autres qui essaient d'avancer, je ne pense pas que ce soit, je ne crois pas que ce soit bon dans un fonctionnement de groupe quoi. » (E2P2)

« Puis, même enfin, c'est d'être en groupe, c'est déjà beaucoup, moi je trouve, même si on exerce la même, la même profession, parce que, enfin je ne sais pas en kiné, mais nous par exemple en podolo, on a beau avoir tous le même diplôme, mais suivant les villes et les instituts dans lesquels on a été formé, ben on ne pratique pas la même podologie quoi. Et, de, moi j'ai fait beaucoup de remplacements et au cours de mes remplacements j'ai agrémenté ce que l'on m'a appris. J'ai pris d'autres formations à droite à gauche pour faire aujourd'hui. Et je sais que, ben peut-être dans trois ou quatre ans, j'aurais encore rencontré d'autres personnes, et j'aurais encore fait évoluer mon, ma prise en charge et, je pense que c'est important. » (E2P2)

« Non, mais moi, par exemple, je lis des certaines choses qui se passent, qui se passent en kiné, parce que moi... Oui mais, c'est voilà. Mais si je suis amenée à travailler avec, avec des kinés, et que, que je veux, je veux discuter de cette approche-là, et que je tombe en face de quelqu'un qui, qui non, a appris de cette façon-là, et ne veut pas s'ouvrir. C'est voilà, au bout d'un moment la communication, elle est rompue. » (E2P2)

4.5.7.7. La collaboration doit être mise en avant

« Ouais un travail d'équipe. » (E2P1)

« Moi, je pense que c'est dans l'intérêt de tout, de tous à mon avis. » (E2P2)

« Voilà, pourquoi pas aussi, je pense que l'on a chacun à gagner de se, de se regrouper quoi. » (E2P2)

4.5.7.7.1. Par la coordination des soins, avec présence sur place des compétences des professionnels de santé

« Ouais mais du coup, moi je trouve, qu'il n'y a pas d'intérêt à faire une maison de santé pluridisciplinaire, j'dis, indépendamment de ce que tu viens de dire. Mais euh si le patient quand il vient, il n'a pas l'impression que tout est, qu'il a accès à tout, beaucoup plus facilement, que comme tu disais, qu'on l'oriente vers la mairie qui lui donnera la liste des assistantes sociales etc. Enfin moi, je trouve que, ce serait, qu'il faudrait pour que ce soit presque une efficacité du, du, du soin, quoi, que, quand le patient vient chez nous, à la limite qu'il se dise que, « ah ben, c'est bien là-bas, parce que je sais que, qu'ils vont communiquer entre eux... » (E1I2)

« Ils vont avoir accès... ». Enfin voilà... Enfin sinon, je ne vois pas en fait l'intérêt » (E1I2)

« C'est bien sûr, tout le monde est regroupé dans le même coin » (E1I7)

« C'est vrai que c'est pas mal, si y'a une assistante sociale dans les murs, cela permet de ne pas dire aux gens « ben vous allez à la mairie, puis vous verrez une assistante sociale dans les trois mois », parce que ce sont des choses qui nous parlent mais, dont on est bien incompetent sur les papiers. Donc, si cela peut être expédié par quelqu'un d'autre, ce serait pas mal. » (E1I7)

« Moi je ne suis pas, enfin je veux dire que, pour notre formation, bon, elle est, très centrée sur l'hôpital, quand même enfin, pendant l'internat. Euh, j'trouve que l'exercice à l'hôpital [...] c'est quand même un exercice plus facile dans le sens où je ne sais pas, tu veux des examens, tu veux un avis, tu veux, où t'as l'infirmière, t'as l'aide soignante, t'as le kiné, t'as tout sous le coude. Et, c'est vrai, que cela représente quand même une facilité d'exercice, tant sur la rapidité, sur les moyens. Donc, c'est vrai la maison médicale ça, je trouve que cela représente une alternative. Ben effectivement, pour exercer en ambulatoire, faire ce vers quoi, ben nous, on s'oriente c'est la médecine générale. Donc sortir de cette structure hospitalière, et puis ben, en ayant ben, pas de la même manière, et pas certainement pas autant, mais à un certain niveau des aides comparables, quoi. Enfin d'avoir, d'avoir un certain, ouais, un certain accès à des moyens humains et des techniques. En ce sens-là, cela permet, c'est un peu une manière d'avoir les avantages de l'hôpital » (E1I5)

« On pourra éventuellement, aller dans le bureau de l'infirmière ou dans le cabinet du kiné... » (E1I6)

« que ça aille plus vite et que ce soit plus, normalement plus efficace et mieux coordonné. » (E1I7)

« C'est vrai que, théoriquement si cela se passe bien, ce sera plus rapide pour le patient. » (E1I7)

« C'est sûr que, qu'est-ce que ce serait intéressant, de, de retrouver sous le même toit différents corps de métiers pour avoir, différents points de vue sur différents systèmes, pour que la personne, elle ressorte... » (E2P1)

« Beaucoup mieux, et puis vue sous différents angles. C'est certain. » (E2P1)

4.5.7.7.2. Par la transmission des données médicales

« Mais c'est quand même plus difficile comme communication entre paramédicaux que si c'était regroupé au sein... » (E2P4)

« Parce que parfois on a l'intention, on dit ah il faut que j'appelle pour demander, et puis le temps passe, on fait ça, etc. [...] Alors que si on était dans le même local, c'est pratique, si on se croise c'est facile, ben à propos... » (E2P4)

4.5.7.7.3. Par l'orientation du patient vers d'autres praticiens si les compétences sont limitées

« Et puis c'est vrai, après on se dirige vers la voie qui nous convient nous, quoi. Puis l'on va se former et puis, on est bon dans un certain domaine et, d'où l'intérêt d'être plusieurs pour échanger, passer la main et autres. » (E2P1)

« Oh ! Et encore, moi je trouve que si on est avec des personnes avec des points de vues différents, certaines qui vont avancer sur des nouvelles techniques et d'autre qui vont être un peu plus campées pour x raisons sur, sur d'autres choses qui ne souhaitent pas forcément évoluer, si elles sont intelligentes et que tout le monde communique, je pense que cela peut fonctionner. » (E2P1)

« C'est ça, moi aussi qui m'a manqué un petit peu sur Lannion. Bon, ben j'ai trouvé une équipe de kiné, pour moi c'était important qu'on soit, euh plusieurs au moins, au niveau kiné. Mais ouais, après, ça on est, on est vraiment dans la même profession, mais après, à moi de téléphoner d'envoyer des patients. » (E2P1)

4.5.7.7.4. Par la présence de consultation de spécialistes au sein de la structure

« Mais, pour être passée en Centre Bretagne en stage, c'est vrai que, quand les gens, ils doivent aller, ils doivent faire cinquante bornes pour aller voir le spécialiste, ce serait un confort. » (E1I3)

« Et puis même pourquoi pas avoir des gens, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé, mais euh, même avoir des consultations ponctuelles par exemples. Enfin, des spécialistes qui viendraient une journée, ou euh... » (E1I3)

« par exemple qu'une journée par semaine, je sais que, qu'on a un cardio dans les murs... » (E1I3)

« Le lendemain, c'est, enfin, c'est vrai que, ce serait euh... Quand on est près des villes y'aurait peut-être pas d'intérêt » (E1I3)

4.5.7.7.5. Par la coopération dans les soins

« Ouais, ou alors que la proximité géographique ferait que tu irais assister l'infirmière dans un geste technique. Euh, je ne sais pas, moi j'imaginai aussi ça dans l'autre sens, en fait, elle fait un pansement du coup tu peux aider. Sur des points de suture, tu n'es pas sûr, enfin elle n'est pas sûre de les enlever ou pas, et bien tu vas. Au contraire, je me disais que ça peut, comme tu disais, ça coupe, le fait d'en avoir en consultation. J'ai l'impression que, si t'es à coté... Mais je ne sais pas comment, c'est réalisable, mais. Si t'es à coté, et, de temps en temps, tu peux justement aller dans le bureau de l'infirmière, ou dans le bureau de la sage-femme, et voir, je ne sais pas moi, un examen. Et ben, ça peut aussi te donner cette petite bouffée d'oxygène. » (E1I2)

4.5.7.7.6. Cette collaboration, nécessite de définir chacune des compétences pour chaque praticien

« On a intérêt de bien de se connaître pour, ouais, pour que cela marche, quoi » (E1I3)

« Peut-être déjà bien de déterminer le rôle de chacun. Enfin l'activité et les compétences de chacun, de chaque professionnel, pour essayer peut-être, de ne pas, empiéter les uns sur les autres. Euh moi je pense, clairement, l'histoire de la rééducation périnéale, toujours cette petite guerre entre les kinés et les sages-femmes. Voilà si, on venait à travailler avec des kinés, je pense qu'il faudrait d'emblée que les choses soient simplement dites, et clairement exposées, enfin pour éviter tout conflit par la suite de dire, enfin voilà. Je n'ai rien contre les kinés, j'aime bien les kinés, donc... » (E2P5)

« tout en sachant que nous avons des compétences, mais qui sont limitées, mais que, en cas de pathologie, il est évident la sage-femme ne doit pas garder une patiente avec une pathologie et travaillera, enfin en équipe avec les médecins ou obstétriciens. Moi, il me semble pour que cela fonctionne bien, il faut que chacun sache ce que l'autre peut faire ou a le droit de faire et que... » (E2P6)

« C'est pour ça que cela doit être bien défini au départ. » (E2P4)

« Que cela doit être bien défini, parce que voilà, entre nous on peut se marcher sur les pieds... » (E2P6)

« Avec tous les statuts, avec, au départ dans la mise place de, de la collaboration, de voilà, c'est de la mise sur table... »

« Des fois on a le droit de faire, des fois on n'a pas le droit de faire. »

4.5.7.7.6.1. Parce que certaines professions de santé ont les mêmes compétences, ce qui est source de conflits

« Vous, c'est finalement, votre profession qui, qui enfin empiète, qui se recoupe le plus avec celle des médecins... » (E2P4)

« ...Parce que nous, un médecin ne va pas aller faire de la kiné ou encore moins l'orthophonie. » (E2P4)

« Bah, c'est bien pour ça qu'on est « profession médicale à responsabilités limitées ». » (E2P5)

« On est le cul entre deux chaises ! On n'est pas paramédicale, mais on est médicale à responsabilités limitées. » (E2P6)

« Oui, oui. C'est vrai que ce n'est pas facile comme position. » (E2P4)

4.5.7.7.6.2. L'arrêt de la prise en charge de la rééducation abdomino-périnéale par les sages-femmes, avec la reprise de cette activité par les kinésithérapeutes est un exemple

« Nous au départ, quand j'ai commencé en deux mille six, on avait le droit de faire de la rééducation abdominale postnatale. Puis un jour, on n'a plus eu le droit, bon ben, voilà. C'est-à-dire que nous, nous avons respecté les règles, on a dit, sans pis on n'a plus le droit de le faire, pourquoi ? Je ne sais pas ? Et puis on adresse toutes nos patientes à qui on fait de la rééducation périnéale, ben après on leur dit, « votre ordonnance non, vous allez voir un kiné ». Alors qu'on aurait très bien pu dans notre cabinet, continuer notre petit truc toute, notre petite sauce. » (E2P6)

« Comme on le faisait avant. Mais bon voilà, au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, ben il faut, il faut que tout le monde soit clean par rapport à ça. Et la rééducation périnéale, c'est quand même aussi du domaine de la sage-femme, profession sage-femme. » (E2P6)

4.5.7.7.7. Cette collaboration peut être aussi sous forme de délégation d'actes techniques ou le transfert de compétence

« Y'a une chose aussi, est-ce que le fait que, par exemple quand y'a une infirmière à côté, pour tout ce qui est ablation de points de suture, nettoyage de plaie, vaccinations, même parfois par délégation, du coup nous, ben, on perdrait un peu ce côté technique. C'est aussi des petits gestes de rien du tout, mais c'est vrai que ça casse (ouais) avec le reste, après une consultation de renouvellement d'ordonnance, d'éducation ou quelque chose comme ça. Faire un vaccin comme ça, c'est vrai bien, c'est un petit peu technique. (Hum) Est-ce que... Ou enlever des points ou quelque chose comme ça. Et dans ce cas-là, peut-être que le patient voit qu'il n'y a pas de place pour voir le médecin, il va voir l'infirmière, et, du coup, ça ferait qu'on ferait moins de gestes techniques. » (E1I6)

4.5.7.7.8. Cette collaboration permet aussi un roulement dans la permanence de soins, un tour de garde est indispensable dans une MSP pour concilier des horaires convenable

« Oui, mais dans l'éventualité où l'on travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, moi, c'est comme ça [le roulement] que je verrais les choses, quoi, au même titre que... » (E1I2)

« Oh ben oui, si tu es dans une maison, une maison pluridisciplinaire et que tu ne peux pas mettre ça [le roulement] en place, sincèrement, je ne vois pas l'intérêt quoi. » (E1I3)

« Mais après pour le fonctionnement aussi, moi je me disais, ça pourrait permettre à certains médecins de terminer à des heures honorables, comme tu disais dix-neuf heures par exemple. Et puis qu'il y aurait un roulement avec un qui fait que, si éventuellement ça intéresse certains médecins de faire des roulements avec un qui termine beaucoup plus tard ce soir-là, une fois par semaine, une fois tous les quinze jours, qui permet, qui permet de voir les gens qui ont des horaires, ben voilà. » (E1I2)

4.5.7.8. Il est bien évident que cela passe aussi par des concessions

« C'est sûr, il faut accepter de faire des concessions. De toute façon, même qu'on ne soit pas en groupe ou même dans les groupes médicaux. » (E1I7)

« Ah mais oui, il faut, c'est pareil. » (E1I7)

« ben accepter que les autres puissent un peu critiquer ta pratique, ou euh... » (E1I3)

4.5.8. La recherche du bénéfice financier ne doit pas être une des priorités de la MSP (l'offre de soins ou le projet de santé est à définir)

« Ouais, mais, bon pour, y'a des gens qui voient aussi le regroupement médical comme la facilité d'avoir des patients, de développer une plus grande patientèle, parce que c'est ça aussi. Faut pas, faut pas se leurrer. Et puis... » (E2P2)

« On en a parlé tout à l'heure, et c'est vrai, y'a des personnes qui rejoignent des, des maisons de santé parce que, parce qu'elles bénéficient de, de l'impact des patients de, de, pour ma part par exemple, du kiné, qui va être à la porte d'à côté, donc voilà, ou, du médecin » (E2P2)

« Dans la semaine. Je laisse, j'ai un délai de cinq jours et j'attends cinq jours. Enfin j'attends une semaine finalement, je les reçois la semaine suivante, mais je ne fais pas ça dans le, toute de suite. » (E2P2)

« Et, je ne le ferais pas non plus s'il y avait... » (E2P2)

« On revient au supermarché. » (E2P4)

« C'est aussi du risque dans ces cas-là, de gens qui vont passer du kiné, à l'orthophoniste, à la pédicure, alors de midi à, ou de deux heures à quinze heures trente, alors une demie heure chez l'un, une demie heure chez l'autre... Ça fait un peu... Moi je sais que j'évite, par exemple quand on travaille, quand on a des clients, des patients communs, [...] on essaie, nous... » (E2P4)

« D'avoir un temps de pose, et... De ne pas enchaîner. » (E2P1)

« De ne pas dire [...] : « vient, j'arrive tout de suite après ». Si [...] y va le lundi, j'essaie d'y aller le mardi. » (E2P4)

« Mais le risque c'est que, s'il y avait une demande, une demande des gens qui ne sont pas au courant que, qu'il vaut mieux patienter, que tout se stabilise, quand ils ont vu l'ostéo. » (E2P4)

4.5.9. La nécessité de définir le statut juridique de la MSP, malgré les interrogations

« Si c'est difficile, je suis plutôt pour une constitution d'une, d'une SCI, SCM. C'est plus intéressant, je pense, au niveau financier. » (E2P5)

« Je pense que de toute façon dans le cas, où ils sont propriétaires, c'est même, c'est un système d'associés quoi, vous avez des parts par rapport à, enfin voilà, je pense que si trois quart des personnes veulent refaire une salle d'attente et que cette personne-là, je pense qu'il y a possibilité aussi, il doit y avoir des pourcentages, il doit avoir des parts. Si vous avez, ouais, soixante-dix pour cent de parts qui veulent faire la salle d'attente, ben l'autre avec ses trente pour cent, bon ben... (E2P2)

« Ben je pense au départ, il y a un contrat entre les différents associés et tout est stipulé dedans. » (E2P4)

« Oui, quand on fait une société, y'a un contrat, donc... » (E2P5)

« Effectivement y'a un contrat, si y'a la majorité... » (E2P4)

« Ouais, peut-être. Je ne connais pas trop la société, c'est vrai que... » (E2P1)

« Après, ça il faut se renseigner, parce que c'est délicat. » (E2P2)

4.5.9.1. Parce qu'il faut gérer les locaux, l'intendance et que les projets peuvent être divergents lorsqu'il existe un écart générationnel entre les professionnels

« Après se pose le problème, des, des différences d'âges, par exemple entre, entre les propriétaires. J'ai déjà vu ça quand j'étais remplaçante. Quand, quand certains sont en fin de carrière par exemple et qui ont envie juste de, de lever un peu le pied, de finir tranquillement sur la pente douce, et que, qu'il y a des jeunes qui, qui au contraire ont envie d'investir, de refaire les locaux, de... Moi tout ça, ça me paraît ingérable. » (E2P3)

« Ah mais ce n'est pas parce que je suis en fin de carrière, que je n'ai pas envie d'avoir un bureau bien peint et... Non, ça c'est deux genres de choses différentes, oui. » (E2P4)

« J'ai déjà vu des choses comme ça, quand même. » (E2P3)

« Ouais, après ça dépend des caractères de chacun, quoi. Ben peut-être sous forme d'une assemblée, je ne sais pas moi, comme on peut avoir des copropriétés. » (E2P1)

« Mais comme on peut savoir aussi que les copropriétés cela peut être bien, bien lourd à gérer. » (E2P3)

« Moi ça ne me bloquerait pas. Ben si c'était à deux mois de mon départ, peut-être je dirais bon ben, peut-être je dirais : « écoutez faites ça, quand je ne serais plus là », mais bon. » (E2P4)

4.5.9.2. Les locaux d'examen peuvent aussi être partagés entre les professionnels dans la semaine

« Ouais, un bureau pour recevoir les intervenants. » (E1I6)

« Parce qu'on peut aussi être plusieurs professionnels dans une même pièce puis et s'organiser, enfin après il existe des cabinets comme ça, où par exemple, les infirmières l'utilisent de tel, de tel jour à tel jour, et puis un autre moment cela peut être une autre profession, si au niveau du matériel cela ne pose pas de soucis. Moi, je vois par exemple un suivi de, de grossesse, à part une table d'examen... » (E2P6)

« Qui peut être la même que la nôtre. » (E2P1)

« Qui peut être la même, voilà c'est ça, c'est... Autant pour la rééducation périnéale, on a besoin plus de matériels. Mais des consultations prénatales, des consultations d'allaitement... » (E2P6)

« Des consultations postnatales, on n'a pas besoin d'un, on peut partager aussi, un local, donc cela peut être aussi sous forme de... Pourquoi pas. » (E2P6)

« Dans ce cas-là, un local d'examen, parce qu'on a quand même chacun, son petit bazar... » (E2P4)

« Donc un local d'examen. » (E2P4)

« Et peut-être aussi qu'effectivement y'a un roulement, comme vous le disiez. Peut-être que certains médecins sont en visite pendant que les autres sont en consultation, des choses comme ça ? » (E2P4)

4.5.9.3. Lors de la cessation de l'activité, les locaux peuvent être cédés à d'autres professions car la configuration de la structure est particulière pour le travail des professionnels

« Non, mais même si, si les autres praticiens restent, et qu'il y a une personne qui part en retraite. Si elle n'arrive pas à céder, elle peut toujours louer à, mais à une autre... » (E2P2)

« Oui, elle trouvera quelqu'un d'autre, à s'installer. » (E2P5)

« Même à un autre professionnel de santé, pourquoi pas. » (E2P2)

« Avec, avec le, le, aussi la perspective de savoir si on part en retraite, de savoir si on arrive à recéder sa part ou si on se retrouve comme actuellement, à ne pas pouvoir vendre sa part, son cabinet. Y'a des cabinets qui ferment, personne ne suit derrière. Si c'est un magnifique cabinet, on a investi et autre, on se retrouve, voilà le bec dans l'eau. » (E2P3)

« Ben ça reste quand même un bien immobilier, non ? Comme tout bien immobilier, il a une valeur. » (E2P5)

« Il a une valeur, oui d'accord. Mais si c'est un, si c'est une maison pluridisciplinaire, on ne va pas mettre un appartement dans une pièce. » (E2P5)

« C'est sûr. Moi, j'exerce dans un appartement, donc si y'a personne qui reprend la suite, ben l'appartement, ben on le loue, on le vend, il redevient appartement. C'est pas un problème. Tandis qu'ici, c'est quand même une structure particulière, donc il faut retrouver... Bon alors l'acquéreur qui transformerait, pourrait en faire... » (E2P4)

« Nous, on a acheté une maison d'habitation qu'on a transformée en cabinet qui peut éventuellement redevenir maison d'habitation. Je pense qu'après c'est au départ quoi, prendre quelque chose qui soit habitation, soit... Y'a moyens de concilier les deux. » (E2P5)

4.5.9.4. Les moyens matériels et humains sont aussi partagés, permettant une diminution des charges

« En plus, ça permet de mutualiser aussi les moyens, enfin. Je veux dire, pour être à plusieurs pour avoir, je ne sais pas, un espace, pour avoir du matériel. Je parle par exemple, pour un regroupement de médecins. Enfin c'est vrai, que c'est intéressant, bah, pour s'acheter du matériel, pour faire, ben voilà des gestes, et avoir quelque chose d'un peu plus technique, ben voilà quoi. Dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant » (E1I5)

« Pour des questions de gestion aussi, de secrétariat, des, des questions d'intendance aussi, tout simplement, de secrétariat, d'allègement des charges, pourquoi pas, plutôt d'avoir chacun son petit secrétariat téléphonique. » (E2P2)

« Financièrement, ça a certainement des avantages, parce qu'on a moins de charges mais, après... » (E2P4)

4.5.10. Ces professionnels sont ouverts à toutes les possibilités d'aides malgré des interrogations sur les aides existantes

« mais, sûrement toute aide est la bienvenue » (E1I7)

« Ben, si on peut être aidée, ben bien sûr. » (E2P1)

« Par qui ? J'ai un peu peur. » (E2P1)

4.5.10.1. Parce que la MSP est un grand projet financier qui demande du temps à sa réalisation

« Ouais, tout seul c'est lourd. » (E1I5)

« Ben c'est pas un faux projet, quoi. » (E1I3)

4.5.10.1.1. Même s'il est difficile de donner une estimation du financement nécessaire

« Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait » (E1I7)

4.5.10.1.2. Le projet de la MSP demande du temps pour être monté

« Cela ne se fait pas du jour au lendemain » (E1I7)

« Après, je pense que ce qui rebute peut-être certains médecins, c'est plus l'organisation, enfin, le fait de le monter la MSP, parce que effectivement c'est un gros projet, quoi. Mais ça je peux comprendre tout à fait, quand t'as que cinq ans à faire, t'as pas envie de te lancer dans un gros truc, où le temps de mener ton projet à, à son terme, tu partiras en retraite, quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça l'obstacle actuellement quoi. » (E1I3)

4.5.10.2. Parce que l'exercice en MSP présente des aléas

« Bon, c'est un risque à prendre. » (E1I7)

« On n'est pas sûr que cela marche derrière » (E1I7)

4.5.10.3. Parce que seul, c'est difficile de monter un tel projet

« Sûrement, après plus je me dis, que peut-être que tout seul on n'a pas le courage. » (E1I7)

« Ouais, je pense quand même, qu'il faut une aide, puisque tout seul, faut vraiment vouloir. [...], on sait que tout seul ou en groupe, ça marche bien. » (E1I7)

« Après, c'est sur que faire soi-même son projet, pour la monter, ça prend du temps. C'est encore mieux si on arrivait dans une, qui est déjà toute faite, et qui tend les bras... » (E1I7)

4.5.10.4. L'investissement financier personnel est envisageable de façon variable

« Oui après, je pense que cela dépend vraiment des médecins » (E1I3)

4.5.10.4.1. Le financement personnel peut être réalisé en fonction de l'intérêt fiscal

« Après je ne sais pas, au niveau fiscal, ce qui pourrait être intéressant. Il faut essayer de faire le plus intéressant. » (E1I7)

« Et puis en termes de financement ben, peut-être qu'on peut mettre des billes dedans, peut-être que cela peut faire partie de la mairie. Ça, ça dépend vraiment des gens... » (E1I7)

« Je pense que ça peut être valable de mettre des billes dedans comme dans une clinique et tout ça. » (E1I7)

4.5.10.4.2. Pouvant se faire aussi secondairement

« Après on rachète au fur et à mesure, Voilà. Après... » (E1I7)

« Et puis après bon, si on veut prendre des parts dedans, on pourra. » (E1I7)

4.5.10.5.

e financement personnel peut se faire au prorata de l'espace utilisé et au temps de travail

« Mais c'est voir au niveau de la superficie, si on a des salles qui nous sont destinées, ben peut-être essayer de voir le coût global, et diviser en fonction de la superficie au sol, et l'espace commun le diviser en fonction du nombre de personnes. Ça me paraît logique, de fonctionner comme ça parce que s'il y en a qui travaillent à mi-

L

temps, d'autres à plein temps, ben on peut recommencer à diviser, ouais, non, pour moi ce serait en fonction de la superficie au sol. » (E2P1)

« Oui, dans ce cas la oui, dans ce cas-là on est propriétaire, parce que... » (E2P4)

« C'est qu'il y a aussi possibilité de location. » (E2P4)

« C'est ce qui arrive dans certaines villes, parce que c'est vrai que certaines villes créent une maison médicale entre guillemets et/ou paramédicale et loue aux praticiens. » (E2P4)

4.5.10.6. L'investissement financier des professionnels proches de la retraite ne doit pas être excessif

« Même sur les dernières années, mais dans ce cas, il faudrait que financièrement cela leur coûte peu ou pas grand-chose. » (E1I7)

« Parce que c'est sûr que, après, faut pas non plus qu'ils déboursent cinq mille euros à faire un an dans un nouveau, dans un nouveau bâtiment. Ça ne vaut pas le coup, quoi. » (E1I7)

« Non, et est-ce que ça, ça a vraiment un intérêt que eux aussi ils s'investissent dans l'organisation, dans tout ça, alors que, alors qu'ils ne vont pas rester, et qu'il va peut-être en avoir d'autres qui vont arriver, avec d'autres idées et que, cela n'a peut-être pas d'intérêts non plus quoi ? » (E1I3)

« Après, je pense que ce qui rebute peut-être certains médecins, c'est plus l'organisation, enfin, le fait de le monter la MSP, parce que effectivement c'est un gros projet, quoi. Mais ça je peux comprendre tout à fait, quand t'as que cinq ans à faire, t'as pas envie de te lancer dans un gros truc, où le temps de mener ton projet à, à son terme, tu partiras en retraite, quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça l'obstacle actuellement quoi. » (E1I3)

« Y'en a qui trouveront, c'est trop cher, ça ne sert à rien, après. Après, voilà. » E1 E7

4.5.10.7. L'avis des professionnels de santé doit être concerté pour la construction de la MSP

« Après on donne nos avis, chacun comme on veut que son bureau soit fait et tout ça doit être fait, la disposition ». (E1I7)

« Oui, mais moi je vois, c'est... Oui, ils n'ont pas peur de monter des groupements avec des bureaux du mètre carré. » (E2P2)

« Mais ils ne trouvent personne. » (E2P2)

« Non, même un médecin... » (E2P4)

4.5.10.7.1. Parce que sans leur avis de terrain et d'expérience, la MSP pourrait ne pas être fonctionnelle pour la pratique quotidienne

« Ouais justement, comme cela peut être fait par quelqu'un qui n'a aucune idée de savoir comment va être, comment l'exercice va-t-il être fait. Cela peut être complètement antifonctionnel comme, comme endroit. Donc je me dis, enfin, voilà, si c'est pour que ce soit quelqu'un dans son bureau qui imagine : « ah, ce serait bien que la secrétaire était au centre de tous les autres », peut-être que ce serait bien, mais peut-être qu'à l'utilisation, ce ne serait peut-être pas intéressant en fait, parce que... » (E1I2)

« Moi aussi sous réserve de l'espace qui est, enfin j'ai besoin d'une certaine surface de travail. J'ai eu par exemple des, par exemple, pourquoi, je n'ai pas racheté un cabinet de groupe, parce que moi, le seul cabinet que j'ai vu en groupe, bah c'était une pièce de douze mètres carrés, et que c'est clairement pas possible, enfin pour ma part de travailler dans douze mètres carrés. Pour moi, ce serait la seule, hormis avec les personnes, avec lesquelles bien sûr je rentre, je rentre dans la maison, mais c'est ce qui ce serait vraiment l'espace de travail, quoi. » (E2P2)

« Bon je m'entendais bien, parce que c'était un délire, quand j'avais une rééducation pour la voix, et puis pour des trucs pour lesquels les patients s'allongent, il fallait que je pousse le bureau, que, enfin c'était vraiment... C'était trop petit, c'était pas faisable quoi. Mais ça, je pense que, dans la mesure où c'est construit... Puis en général ce qui se construit actuellement, quand même respecte des normes justement. » (E2P4)

4.5.10.8. La politique de santé actuelle, propose des aides financières

« Après voilà, les pouvoirs publics sont vraiment dans le ... » (E1I3)

« Sont vraiment sur ce créneau là. Alors je pense qu'il y a moyens après, d'avoir des subventions, des aides et tout ça...Mais... » (E1I3)

4.5.10.8.1. L'aide de la municipalité est particulièrement à solliciter

« Faut qu'ils soient mis à disposition par la municipalité ou euh... » (E1I6)

« Ça, c'est claire ! » (E1I2)

« Ça, c'est parfait... » (E1I4)

« Ben, non je crois qu'ils ont fonctionné comme ça, la maison médicale de [...]. Je crois que c'est la maison qui a mis à disposition un terrain, plus, plus a construit avec l'accord des différents thérapeutes, a construit le bâtiment, et après c'est sous forme de location aujourd'hui. Et ça a bien fonctionné, euh je ne sais pas, si ça a bien fonctionné, mais les locaux d'extérieur et d'intérieur, c'est plutôt sympa. Après, je ne sais pas, comment cela se passe aujourd'hui. Mais ouais, c'était, moi je trouvais que c'était plutôt une bonne idée, que la Mairie participe à ce projet-là. » (E2P1)

« Là apparemment, c'est pareil sur [...]. C'est le maire qui met à disposition le terrain, qui avec les professions qui sont susceptibles d'y venir, à envisager justement la forme etc. Et après ce sera loué à chacun. » (E2P4)

4.5.10.8.1.1. Parce que l'espace pour construire la structure est à trouver

« Ouais, parce que qu'il faudrait quelque chose de grand comme bâtiment. » (E1I6)

« Ouais, ce serait tellement grand, ce serait peut-être plus la municipalité (E1I7)

4.5.10.8.1.2. Parce que c'est le rôle de la municipalité de permettre le développement de la commune

« Et puis, je trouve que, enfin, ce n'est pas pour nous décharger d'un problème ou quoi que ce soit, ce n'est pas du tout dans ce sens-là. Mais par exemple une part de la municipalité ou des collectivités locales euh enfin, c'est important. Dans le sens où je veux dire, admettons, y'a une maison médicale, enfin qui se crée, dans une ville ou dans un village, ça crée une dynamique. Je veux dire quand on est dans cette optique-là, de zone enfin, désertée entre guillemets sur le plan médical, enfin y'a, y'a quand même un certain nombre d'avantages pour tout le monde à, enfin voilà à mettre un projet comme ça, à mettre en place. » (E1I5)

4.5.10.8.1.3. Parce que la municipalité pourrait rassembler le projet

« Surtout, il faudrait quelqu'un pour unifier le tout. Chacun s'occupe de sa partie, et s'assure que... Mais après quelqu'un, un acteur, qui soit là pour unifier la, la mise en place de tout ça quoi. Alors souvent c'est vrai, le plus pratique serait la mairie » (E1I7)

« Et, y'aura quelqu'un en plus, derrière, pour gérer tout ça donc. » (E1I7)

4.5.10.8.1.4. Cette aide engage la discussion, la négociation avec les élus locaux

« Après je ne sais pas comment financièrement, c'est faisable, est-ce qu'on va voir la Mairie ? « Écoutez vous construisez, on s'installe là, on loue... » » (E1I7)

« Je ne me rends pas du tout compte du prix que cela fait » (E1I7)

4.5.10.8.2. Les aides financières publiques ne sont pas pérennes mais des opportunités actuellement

« Peut-être qu'il faut effectivement, qu'il y ait, se dire un peu que voilà c'est une promotion, on peut l'avoir maintenant, peut-être que dans quelques années ce ne sera plus faisable, ouais en profiter... » (E1I7)

4.5.10.9. Les aides d'experts, d'entrepreneur

« Ah oui, je pense qu'il faut qu'il y ait un entrepreneur, ça c'est sûr. » (E1I3)

« Je pense qu'il existe une, je ne sais plus où est-ce que j'avais vu ça. Je crois que c'était à un congrès à [...], au [...], là où y'avait... Une, je ne sais plus du tout, c'est fou, mais y'avait une entreprise qui faisait juste ça. » (E1I5)

« Oui, voilà, c'est ça, qui proposait des services ben, pour la maison médicale justement. Je ne sais plus comment ça s'appelle. Mais, je sais que cela existe, ouais. » (E1I5)

« Un architecte... » (E1I3)

4.5.10.9.1. Pour réunir et synthétiser les projets

« Mais, peut-être que ce serait bien, de passer par un, quelqu'un d'extérieur pour tout ce qui est de la réalisation pratique. » (E1I7)

4.5.10.10. Un leader est nécessaire dans la création de la MSP

« Ouais, je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un derrière pour pousser probablement financièrement, et en tout cas au niveau de l'organisation pratique » (E1I7)

4.5.11. Cependant ils émettent des réserves

4.5.11.1. Concernant le patient, cette organisation pourrait présenter un défaut pour les patients dans le choix du praticien

« Est-ce que, il y a aussi un défaut de liberté, dans ces endroits où les gens vont se dire, bon, ben, si t'es en cabinet pluridisciplinaire, enfin dans ta maison, où t'as l'infirmière, le kiné, des gens, est-ce qu'ils ne vont pas se sentir obligés de se tourner vers ce professionnel-là, alors qu'ils n'ont pas de bonne relation ? Y'a ça, qui peut être embêtant pour certains. » (E1I4)

4.5.11.1.1. A cause de la nécessité de consulter un professionnel facilement à proximité immédiate

« Les gens, ils vont sortir, vont voir la plaque de, vont chez la gynéco, ils voient la plaque de la sage-femme, bon je vais aller faire mon accouchement à coté de ma gynéco. » (E2P2)

4.5.11.1.2. Mais aussi à cause de la nécessité de consulter un professionnel facilement informé de la maladie du patient, par du fait que la transmission des données médicales soit plus aisée entre les praticiens au sein d'une MSP

« Et puis en plus de ça, ils partent du principe que vous travaillez avec les gens avec qui vous partagez, votre espace de travail, quoi, donc ils ne se posent pas la question. » (E2P2)

4.5.11.1.3. Bien qu'en réalité, le patient conserve toujours son choix de praticien

« Et puis même vos patients, ils ont des préférences, je pense. Voilà, parce que, pour les patients aussi, d'avoir le choix de son praticien, c'est quand même, la chose, la plus, la plus importante. » (E2P2)

« Mais là, à la limite, bon, ils vont là où ils veulent. » (E2P4)

« Oui mais, justement ils ont le choix. » (E2P3)

« Oui, ils ont, le choix » (E2P4)

« Moi je ne sais pas moi, ce n'est pas parce que j'accrocherais avec le kiné, par exemple, que j'accrocherais avec une autre profession paramédicale, donc que je pourrais très bien aller voir quelqu'un d'autre ailleurs. Je ne pense pas que, cela m'influence quoi. » (E2P4)

« Si j'ai eu de bons échos ou si la personne, je ne sais pas, moi... » (E2P4)

4.5.11.1.4. Le manque de suivi personnalisé et global, par un unique praticien pourrait se faire

« Mais bon, c'est vrai, ce sera « tu peux venir entre deux consultations »...Et au lieu de ça, ben, on n'ira pas chez le patient, voir, « tiens bah non, le pansement est fait, je ne regarde pas, j'attendrai la prochaine fois, vous ne recommencer pas » (E1I7)

« Moi, je ne suis pas certaine parce que, mais bon. J'ai une patiente qui est venue, qui venait de [...]. Donc moi, je suis sur [...], donc j'étais un peu surprise mais bon, c'est comme ça... Et son critère, c'était, elle voulait être avec quelqu'un qui travaille seul. C'était son critère, parce qu'elle ne veut pas, passer de... » (E2P3)

« Passer de l'un à l'autre. » (E2P6)

« Avoir plusieurs kinés et donc elle a cherché dans la liste clairement une femme qui travaille seule, voilà. Donc y'a aussi des gens, quelques uns comme ça, sans doute. »

« Pour nous, euh, pas forcément. On aura peut-être besoin de voir moins, le patient, peut-être qu'il viendra un peu moins. L'infirmière, qui est à côté, elle dira : « écoutez, y'a peut-être pas besoin de voir le médecin pour ça. » » (E1I7)

4.5.11.2. Concernant les professionnels de santé, la vraie valeur ajoutée de la MSP par rapport à un regroupement est difficile à estimer

« Je ne sais pas si cela apporterait plus qu'un, qu'un regroupement juste de médecins généralistes. Puisque, finalement, va falloir qu'on les fasse nos consultations, va quand même falloir voir les médecins, euh non les patients. Si on est 2 médecins, dans une maison pluridisciplinaire on aura les mêmes contraintes que, si on est à 2 médecins, juste tous les 2 ou...Et, on en aura plus que, si on est à 4, sans paramédicaux, quoi. Donc, je ne sais pas si cela va tellement nous apporter plus au niveau organisationnel. Cela va être effectivement plus simple, par rapport aux relations avec les paramédicaux. Mais est-ce que cela va être plus simple pour notre organisation ? J'n'en suis pas sûre. » (E1I3)

« Mais ça, limite, tu peux le faire même en étant pas dans une maison pluridisciplinaire, dans un cabinet de cinq médecins tu peux très bien mettre aussi... » (E1I3)

4.5.11.2.1. Les contraintes de gestion d'intendance peuvent être chronophages

« Après y'a, y'a tout l'aspect gestion, c'est ce qu'on a dit aussi .C'est vrai que, faut être d'accord pour les investissements, faut, ben faut accepter aussi de venir se réunir régulièrement pour décider de : « ben, qu'est-ce qu'on... Tiens, voilà, y'a tel problème dans tel local, est-ce qu'on fait les travaux, est-ce qu'on ne les fait pas ? ». C'est sûr que, ce sont des cas qu'on n'y pense pas forcément. Là c'est pas, là on n'est pas trois à prendre la décision, on est sept, huit. Euh, chacun, pas forcément les mêmes moyens financiers, enfin, y'a tout cet aspect-là, qui effectivement il n'est pas forcément facile, quoi » (E1I3)

4.5.11.2.2. Le temps passé pour des avis entre les consultations est imprévisible

« Mais bon, je pense que, non, cela ne peut pas faire gagner énormément de temps au médecin... » (E1I7)

« On peut gagner du temps dans ce sens-là. » (E1I3)

« Pour voir la plaie, le pansement » (E1I6)

« Voire peut-être même perdre du temps parfois » (E1I7)

« Parce que « est-ce que tu peux venir voir entre deux consultations ? » » (E1I7)

4.5.11.2.3. La coopération n'est pas encore rémunérée

« Ouais mais, tu ne peux, je pense que tu ne pourrais pas faire ça énormément. Ce serait qu'à l'occasion parce que... » (E1I6)

« Ouais, c'est pour ça que je disais que, je ne sais pas comment c'était réalisable. » (E1I2)

« Ça, ça marche seulement quand t'as une activité salariale, salariée comme à l'hôpital quoi. Parce que voilà, t'es pas un peu dans l'acte, tu ne peux pas vraiment, je ne sais pas comment tu... » (E1I6)

« Tu ne peux pas passer ta journée à donner juste des avis gratuits. » (E1I7)

« Et, on ne peut pas coter non plus deux, deux actes,... » (E1I7)

« un infirmier et un médecin pour faire des points de sutures... » (E1I7)

4.5.11.2.4. Du fait de la délégation de tâches, le rythme de travail peut changer du rythme habituel avec moins de temps mort

« C'est vrai que ça repose des fois l'esprit parce que... » (E1I7)

« Bah, là, t'as pas besoin de réfléchir » (E1I5)

4.5.11.3. Ces réserves incitent à chercher des retours d'expérience pour tirer les leçons qui pourraient se révéler bénéfiques avant de se lancer dans un tel projet

« Par contre, on parle beaucoup justement des MSP, que, on s'imagine beaucoup, de, fonctionnant dedans, avec pleins d'idéaux comme ça... Mais je n'arrive pas en dehors des quelques points qu'on a soulevés, parce que là, on se dit « oh, ce serait bien qu'il y ait une assistante sociale, l'infirmier, qu'il y ait ceci cela... ». Mais en dehors des points de difficultés des relations humaines, et puis même peut-être de secret, les choses qui sont dites à un corps de métier et autres, euh, je n'arrive pas à avoir d'éclairage sur tout ce qui pourrait être négatif justement. J' n'entends pas beaucoup de gens qui nous disent « Non, mais attendez, c'est, c'est, ça va être infernal de vivre dans une – désolé pour les bruits de parasites – euh, ça va être infernal de vivre, d'exercer dans une maison... ». Parce que j'aimerais bien, avoir l'autre point de vue des gens qui... » (E1I2)

« Ouais, les arguments négatifs. On n'y vient, on n'y pense pas comme ça, mais bon. » (E1I2)

« Oui peut-être, c'est parce que on est un peu naïf, on commence. Enfin, va commencer. Je ne sais pas. » (E1I6)

« Parce qu'il y a bien des MSP qui sont montées et qui n'ont pas marché, je suppose. Pour des vraies raisons... » (E1I4)

« Ouais, mais alors, c'était peut-être pas les mêmes mentalités, euh, les mêmes, les mêmes façons d'exercer, je ne sais pas... » (E1I2)

4.6. Bien que la MSP à Lannion ne soit pas envisagée par les MG à Lannion, les médecins généralistes installés, ils y privilégieraient

4.6.1. Une organisation assez proche des internes et des professionnels paramédicaux

4.6.1.1. La collaboration avec les paramédicaux

« il peut avoir des paramédicaux aussi pour participer au... ? » (E3MG4)

« c'est vrai c'est facile, d'avoir une prise de sang immédiatement. Et puis, ou du kiné, enfin bon tout, plein d'autres choses... Après, donc ça, c'est les avantages. » (E3MG4)

4.6.1.2. Une structure d'accès facile

« Un grand parking. » (E3MG1)

« Et pas d'escaliers » (E3MG1)

4.6.1.3. Une structure fonctionnelle

« C'est ça, une salle d'urgences » (E3MG4)

« Un logement pour les internes, parce qu'on a eu une interne qui n'avait pas de quoi loger. » (E3MG1)

« Je ne sais pas, une salle de réunion. » (E3MG1)

« Pour faire des conférences ou comme vous avez au groupe. » (E3MG1)

« Une salle d'attente commune, je ne sais pas, après si ça fait partie des... Ou pas... » (E3MG4)

« Un secrétariat très étoffé. Pour gérer tous les problèmes, administratifs. » (E3MG2)

4.6.2. Par contre, le financement serait plutôt personnel

4.6.2.1. Pour rester indépendant

« J'ai été la trésorière de, d'association, alors je vois, ce qui se passe quand on a des subventions. Il faut donner des comptes après, à ceux qui donnent les subventions. Ça, ça m'ennuie un peu. » (E3MG1)

« Après, c'est le problème de l'indépendance. » (E3MG4)

« Et c'est des fourches caudines, sous lesquelles, il faut passer ! » (E3MG2)

4.6.2.2. Parce l'exercice libéral de médecine générale n'a pas besoin de plateau technique

« Je crois que, qu'on n'est pas dans les mêmes, les mêmes réflexions, en médecine générale, parce qu'on n'a pas, on n'est pas une spécialité à plateau technique. » (E3MG2)

« C'est vrai qu'en médecine générale, à la limite, là, le gros point financier... C'est l'immobilier, parce que, au point de vue installation, en elle-même, y'a l'informatique qui coûte cher, faut un bureau, une table d'examen... » (E3MG3)

« c'est plus finalement, c'est plus l'immobilier, et c'est vrai que, d'un point de vue... » (E3MG3)

« Le fonctionnement du cabinet ? Oui, oui. » (E3MG3)

4.6.2.3. Les avis sont partagés concernant la pleine propriété du local

4.6.2.3.1. Car certains craignent l'investissement à perte en location

« je n'ai pas de, je n'ai pas l'intention de, de rester quelque part où, j'aurais à payer un loyer. [...] Je ne me vois pas travailler quelque part, où j'aurais à payer un loyer sans... A perte, pour moi, c'est à perte... » (E3MG1)

« ceux qui ont investi, et qui se sont installés seuls, qui sont propriétaires de leur local. Cela n'empêche que leur local, si le jour où ils veulent partir, leur local, ils peuvent le vendre à n'importe qui, ce n'est pas un cabinet, forcément à un cabinet médical. » (E3MG3)

4.6.2.3.2. D'autres craignent les difficultés de trouver un successeur, avec des frais financiers qui pourraient exister avec les statuts juridiques actuels

« Oui, mais si tu n'es pas remplacé au bout du compte, et que tu ne peux pas revendre tes parts immobilières, ben, t'es obligé de mettre de l'argent quand même dedans » (E3MG2)

« Ils n'ont aucune obligation ». (E3MG3)

4.7. Pour les médecins spécialistes non généraliste, la MSP serait à l'image d'une polyclinique

« Ça ne va pas être sous forme de maison médicale, mais plutôt sous forme de polyclinique, à ce moment-là, sur Lannion » (E3PN)

4.7.1. Une gestion administrative par des bureaucrates

« Oui, il faut des administrateurs. » (E3GN)

« Des administrateurs, ça c'est certain. Ou soit un directeur, ça c'est certain. » (E3GN)

« Mais c'est l'administration, qui va gérer toute l'administration. » (E3PN)

« Tu n'as pas ces tâches, administratives, à gérer. » (E3PN)

4.7.2. Mais avec une politique différente de la politique à l'hôpital, en conservant la liberté d'exercice

« Privé. Parce que je n'aime pas la mentalité du public. » (E3PN)

« Tu restes indépendant, tu vois. » (E3PN)

4.7.3. La délégation des tâches non médicales

« moi, je m'occupe, que, que l'aspect médical. Pour donner un exemple, sur l'apnée du sommeil, moi, je ne pose aucun appareil, c'est la secrétaire qui pose l'appareil. C'est la secrétaire qui transfère, par exemple. C'est une organisation qui transfère les données, moi, je fais, je viens après la secrétaire, pour analyser. Donc, je ne touche pas au matériel. » (E3PN)

4.7.4. Une collaboration surtout avec les spécialités que l'on trouve à l'hôpital, les médecins généralistes en fin de liste

« La médecine interne. C'est la médecine, pour la pneumologie, c'est la médecine interne, donc pneumo, cardio, gastro, euh, rhumato... Tout ça c'est plein de la pneumo. Avec toutes nos maladies pulmonaires qui touchent partout, donc, pour moi, j'ai besoin de tout le monde (Rires). . » (E3PN)

« Et, même des généralistes ? » (E3MG2)

« Oui, ben bien sûr ! » (E3PN)

« Mais bien sûr, (Rires). avant tout. Mais bien sûr. C'est médecine interne que c'est bien, car la pneumologie, ça concerne la médecine interne. C'est toutes, toutes les maladies de système, c'est la médecine interne, la cardio concernent la médecine interne, y'a tout.» (E3PN)

4.7.5. Avec un apport financier plutôt privé par de grands groupes, le financement personnel des professionnels étant optionnel, du fait des plateaux techniques onéreux

« Ben y'a pas beaucoup de choix, soit les médecins financent chacun, ou selon ses besoins, soit c'est un groupe financier qui va financer, c'est lui qui va être associé, en fait à, aux médecins. » (E3PN)

« Et à ce moment-là, faire quarante-neuf et cinquante et un, ça dépend de la force, de chacun de nous, pour pouvoir gérer ça, entre l'administration fiscale et le médical. Ça, c'est une solution faisable, parce que les médecins, peuvent être partenaires dans les charges aussi, chacun peut acheter, ça se met en action aussi, puis chacun peut acheter un nombre d'actions, qui correspondent à ses souhaits et à ses activités également. » (E3PN)

« il peut toujours être locataire, et faire partie du groupe. » (E3PN)

« Mais quand c'est un choix personnel, il faut que, quand même, qu'il soit adapté aux autres. [...] Il faut que tout le monde soit d'accord pour la, les plans de construction, qu'il soit adapté à toutes les spécialités également » (E3PN)

« parce que, ça va être, quand même, quelque chose de très lourd à faire, si, si, ils sont chacun les médecins, ils apportent... C'est très lourd, ça va coûter beaucoup trop cher. Faut mieux que ce soit à un groupe de financer, comme [...], ou je ne sais pas quoi, qui finance ça, et puis...» (E3PN)

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs, Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur Benoist Lejeune.....

Titre de la thèse

Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI...

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

Madame Hli TCHA

Fait à BREST, le 04 juin 2012

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le 5 Juin 2012

Le Doyen,



Le Président du Jury de Thèse,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Benoist Lejeune", written over a horizontal line.

TCHA (Hli) - Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22) - 338 f. ,tabl. , ill.
Th : Med. : BREST 2012

RESUME :

Contexte : la répartition des médecins généralistes reste très inégale sur le territoire français et soulève des difficultés d'accès aux soins primaires. La maison de santé pluridisciplinaire semble être une solution aux besoins des professionnels de santé pour gérer ces difficultés.

Méthode : nous avons essayé de tester cette hypothèse au niveau local, dans le canton de Lannion, à l'aide d'une méthode qualitative par focus group. Trois groupes de professionnels de santé ont été interviewés : les internes de médecine générale, les professionnels libéraux, paramédicaux et médicaux.

Résultats : malgré une certaine liberté dans l'exercice libéral, celui-ci est gêné par la baisse d'effectifs, par certains aspects du paiement à l'acte et par les tâches administratives. Les professionnels installés s'aident alors d'un secrétariat téléphonique, et les jeunes médecins repoussent l'installation le temps de réunir certaines conditions d'exercice. Le souhait commun d'une collaboration pluridisciplinaire est bien affirmé. Cependant, plusieurs représentations de structures pluridisciplinaires, avec des avantages et des inconvénients, sont proposées par les professionnels interviewés.

Discussion : du fait des difficultés actuelles de l'exercice et d'une recherche d'une qualité de vie satisfaisante, le devenir de l'exercice libéral s'oriente vers la collaboration pluridisciplinaire et la fin de l'exercice isolé, avec d'autres modes de rémunérations que le paiement à l'acte. Néanmoins, dans le contexte de notre étude, un projet d'une maison de santé pluridisciplinaire reste difficile à réaliser.

Conclusion : l'hypothèse de départ n'est donc pas valide. Il n'y a pas de modèle unique de maison de santé pluridisciplinaire qui puisse répondre aux attentes des professionnels de santé locaux.

MOTS CLES :

ACCES AUX SOINS PRIMAIRES
DEMOGRAPHIE MEDICALE
LANNION (COTES D'ARMOR)
MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE
MEDECINE GENERALE

JURY :

Président : Pr LEJEUNE

Membres : Dr BAIL
Pr DEWITTE
Dr NABBE

DATE DE SOUTENANCE : 5 juillet 2012

ADRESSE DE L'AUTEUR : 6 Rue Michel Marion - 35740 PACE
hli_tcha@hotmail.com

