



L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ?

Yoann Seigneur

► To cite this version:

Yoann Seigneur. L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00960372

HAL Id: dumas-00960372

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960372>

Submitted on 16 Apr 2014

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.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

SEIGNEUR Yoann

NÉ LE 31 Mai 1986 à CHATEAUDUN (28)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 DECEMBRE 2013

**L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire :
Quels attraits, quelles contraintes ?**

**Etude qualitative à partir d'un panel
de dix médecins généralistes de Haute-Normandie**

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Eric GUILLEM

MEMBRES DU JURY : Professeur Philippe CHASSAGNE

Docteur Pierre FAINSILBER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET**
H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -**
M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E.
COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P
FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R.
LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER
- J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M.
MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M.
ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON –
Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER -
B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ -
P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie

M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne – Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie

M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo- faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du développ. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie

M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique

Mme Marie-Laure **GROULT**

M. Hervé **HUE**

Mme Laetitia **LE GOFF**

Mme Hong **LU**

Mme Sabine **MENAGER**

Mme Christelle **MONTEIL**

M. Mohamed **SKIBA**

Mme Malika **SKIBA**

Mme Christine **THARASSE**

M. Frédéric **ZIEGLER**

Botanique

Biophysique et Mathématiques

Parasitologie Immunologie

Biologie

Chimie organique

Toxicologie

Pharmacie Galénique

Pharmacie Galénique

Chimie thérapeutique

Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane **EL MEOUCHE**

Bactériologie

Mme Juliette **GAUTIER**

Galénique

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, Professeur de Médecine Générale, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de tout faire pour offrir aux internes de Médecine Générale de Rouen une formation de qualité.

Monsieur le professeur Philippe CHASSAGNE, Professeur de Gériatrie, je vous remercie d'accepter de juger mon travail. Le semestre passé à vos côtés au début de mon internat a été très formateur et reste une étape marquante de mon apprentissage.

Monsieur le docteur Pierre FAINSILBER, Médecin Généraliste Enseignant, je vous remercie de participer à ce jury et pour votre engagement dans la formation des futurs médecins généralistes.

Monsieur le docteur Eric GUILLEM, Médecin Généraliste et Maître de Stage, je te remercie de m'avoir accueilli comme étudiant et de m'avoir aidé à devenir le médecin que je suis actuellement. Merci aussi d'avoir accepté de diriger mon travail en prenant (une fois de plus) sur ton temps libre. Je suis fier de devenir ton associé et de continuer à travailler avec toi.

Sandra, mon épouse adorée, tu m'as aidé pour ce travail plus que je ne saurais dire. Tu es une femme absolument merveilleuse, je suis le plus chanceux des hommes et je suis tellement fier que tu m'aies choisi pour vivre à tes côtés. Je t'aime, à la folie et plus que tout...

Loïc, mon fils, tu es un rayon de soleil qui illumine ma vie et le plus beau cadeau d'anniversaire que ta Maman ne me fera jamais !

Maman et Papa, merci de votre amour et votre soutien sans faille toutes ces années et merci de m'avoir depuis toujours apporté les valeurs qui me tiennent à cœur aujourd'hui.

Florian, mon p'tit frère dont je suis si fier, continue à bien bosser et à être heureux.

Et Kévin, merci beaucoup d'être auprès de lui et pour tout le bonheur que tu lui apportes.

Mamie Huguette, Mamie Julia, Papi Henri, merci du fond du cœur pour votre soutien et votre amour.

« Pépé Pipe » tu n'es plus là pour voir ce que je suis devenu mais je suis sûr que tu aurais été fier de moi.

Vincent, Hervé, Olivier, Karim, J-B, c'est un plaisir et un honneur d'être ami avec des types aussi bien ! Comme quoi les geeks-rolistes font en plus d'excellents médecins.

Guillaume, tu es mon plus vieil ami et même si on ne se voit pas souvent et que tu vis loin d'ici, je pense souvent à toi.

Docteur Stéphane LOHIER, merci pour ce semestre avec toi qui m'a énormément appris, m'a remotivé dans ma lecture de Prescrire et m'a fait garder en tête qu'avant tout « *Primum non nocere* ».

Merci aux maîtres de stages, médecins et enseignants qui m'ont transmis leur savoir au cours de ces années et particulièrement les docteurs Pierrick HOULBERT, Olivier DUPREZ, François DE GOLMARD, Ionut POP, Silviu TIFREA, Alexandre BAGUET, Xavier GBAGUIDI, Cédric LE GUILLOU, David NOEL et Isabelle QUATRESOUS.

Merci à tous les soignants et à tous les patients rencontrés pendant mes études et qui m'ont appris plein de choses aussi importantes que les connaissances médicales.

Merci aux collègues du cabinet médical Benoit Malon de Sotteville-lès-Rouen de bien vouloir m'accueillir prochainement parmi eux.

Merci à tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude et au docteur Martin REVILLON de l'URPS de Haute-Normandie qui m'a permis d'entrer en contact avec eux.

Merci à Martin WINCKLER, Dr BOREE et JADDO : j'adore vos textes, ils parlent de ce qu'est vraiment la médecine générale et c'est tellement réconfortant de voir que l'on n'est pas seul à vivre les choses ainsi. Mention spéciale pour *Les Trois Médecins* que j'ai découvert en PCEM2 et qui a été fondamental dans la construction de ma vision de ce que doit être un médecin ; je pense que sa lecture devrait être imposée à tous les étudiants en médecine.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Version du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	23
II.	Généralités	25
A.	Contexte	25
1.	<i>L'exercice de la médecine de groupe dans le monde</i>	<i>25</i>
2.	<i>L'exercice de la médecine de groupe en France.....</i>	<i>28</i>
B.	Cadre juridique – politiques de santé	30
C.	Types de groupes pluridisciplinaires	32
1.	<i>Présentation.....</i>	<i>32</i>
2.	<i>Cabinets de Groupe Pluridisciplinaires (CGP).....</i>	<i>32</i>
3.	<i>Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)</i>	<i>32</i>
4.	<i>Pôles de Santé Pluridisciplinaires (PSP)</i>	<i>33</i>
5.	<i>Centres de Santé.....</i>	<i>33</i>
D.	Structures juridiques	35
1.	<i>Présentation.....</i>	<i>35</i>
2.	<i>Société Civile de Moyens (SCM)</i>	<i>35</i>
3.	<i>Société d'Exercice Libéral (SEL).....</i>	<i>37</i>
4.	<i>Groupement d'Intérêt Economique (GIE)</i>	<i>40</i>
5.	<i>Société Civile Professionnelle (SCP).....</i>	<i>43</i>
6.	<i>Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)</i>	<i>45</i>
7.	<i>Autres formes juridiques.....</i>	<i>47</i>

8. Société Civile Immobilière (SCI).....	47
E. Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)	49
1. Présentation.....	49
2. Module 1 : « Missions coordonnées ».....	49
3. Module 2 : « Nouveaux services aux patients »	52
4. Module 3 : « Coopération entre professionnels de santé ».....	57
5. Structures concernées en Haute-Normandie.....	58
6. L'avenir des NMR	58
III. Matériel et Méthodes.....	60
A. Principe de l'étude	60
B. Sélection des participants.....	60
C. Elaboration et évolution du guide d'entretien	61
D. Réalisation des entretiens semi-dirigés	62
E. Retranscription des entretiens semi-dirigés	62
F. Analyse des entretiens	62
1. Analyse assistée par informatique (Phase 1)	62
2. Analyse manuelle (Phase 2)	63
3. Synthèse.....	63
G. Elaboration de la synthèse des résultats	63
H. Coût.....	63
IV. Résultats	64
A. Présentation	64

B. Les motivations à l'installation en groupe pluridisciplinaire	65
1. Carte des concepts.....	65
2. Travailler en groupe.....	65
3. Ne pas exercer seul.....	66
4. Le secrétariat.....	67
5. Les échanges et conseils entre professionnels.....	67
6. Harmoniser les pratiques.....	68
7. Les horaires et vacances.....	68
8. L'épanouissement professionnel.....	68
9. Pratiquer un exercice médical particulier	68
10. Facteurs modifiant les motivations.....	69
C. Le projet de groupe pluridisciplinaire	70
1. Carte des concepts.....	70
2. Une démarche qui prend du temps.....	70
3. Construire en équipe	71
4. Les locaux professionnels	73
5. La structure juridique	74
6. Les institutions.....	75
7. L'implantation.....	76
D. S'organiser	78
1. Carte des concepts.....	78
2. Avant tout : se réunir	78
3. Les charges	80

4.	<i>L'agencement du cabinet</i>	81
5.	<i>Le réseau informatique</i>	83
6.	<i>L'organisation quotidienne</i>	84
E.	Les autres professionnels de santé – partie 1 : Exercer ensemble	86
1.	<i>Carte des concepts</i>	86
2.	<i>Echanger des conseils</i>	87
3.	<i>Se réunir</i>	89
4.	<i>Bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération</i>	89
5.	<i>Elaborer des protocoles</i>	91
6.	<i>Echanger des patients</i>	94
7.	<i>Consulter ensemble</i>	96
8.	<i>Enseigner</i>	96
9.	<i>Accueillir des remplaçants, des collaborateurs, de nouveaux associés</i>	97
10.	<i>Harmoniser les pratiques</i>	98
11.	<i>Toujours se former</i>	100
12.	<i>Etre ami avec ses associés ?</i>	100
13.	<i>Les relations « hors-groupe »</i>	101
F.	Les autres professionnels de santé – partie 2 : Les conflits	103
1.	<i>Carte des concepts</i>	103
2.	<i>Les causes de conflits</i>	104
3.	<i>La gestion des conflits</i>	110
G.	Les relations avec les patients	113
1.	<i>Carte des concepts</i>	113

2.	<i>Médecin traitant</i>	113
3.	<i>Disponibilité</i>	115
4.	<i>Permanence des soins</i>	116
5.	<i>Prise en charge globale</i>	116
H.	L'impact sur la vie professionnelle	117
1.	<i>Carte des concepts</i>	117
2.	<i>Qualité de travail</i>	117
3.	<i>Exercice médical particulier</i>	118
4.	<i>Temps de travail</i>	120
5.	<i>Revenus</i>	120
6.	<i>Epanouissement</i>	123
7.	<i>Sécurité</i>	123
8.	<i>Travail administratif</i>	125
I.	L'impact sur la vie privée	127
1.	<i>Carte des concepts</i>	127
2.	<i>Loisirs, activités annexes</i>	127
3.	<i>Horaires et vacances</i>	128
4.	<i>Qualité de vie</i>	129
J.	Les enjeux du système de santé	131
1.	<i>Carte des concepts</i>	131
2.	<i>Démographie médicale</i>	131
3.	<i>Retraites</i>	132
4.	<i>Féminisation</i>	133

K. Cartographie globale des concepts	134
L. Analyse lexicale	136
V. Discussion.....	139
A. Discussion des résultats	140
1. <i>Les motivations</i>	140
2. <i>Le projet</i>	140
3. <i>L'organisation</i>	142
4. <i>L'exercice commun</i>	143
5. <i>Les conflits</i>	145
6. <i>Les relations avec les patients</i>	146
7. <i>L'impact sur la vie professionnelle</i>	147
8. <i>L'impact sur la vie privée</i>	148
9. <i>Les problématiques du système de santé</i>	148
B. Discussion de la méthode.....	150
1. <i>La méthode de recueil</i>	150
2. <i>La retranscription des données</i>	151
3. <i>L'analyse des verbatims</i>	151
4. <i>La mise en forme des résultats</i>	152
C. Quelles perspectives d'avenir ?	153
VI. Conclusion	154
VII. Abréviations et sigles utilisés	158
VIII. Bibliographie.....	160

I. INTRODUCTION

La Médecine Générale est l'exercice médical de premier recours et est considérée comme « le socle de la médecine de proximité » (1). Cet exercice s'est peu à peu modifié au fil du temps : le médecin « de famille », exerçant seul dans son cabinet, avec des horaires extensibles, laisse peu à peu la place à des praticiens aspirant à une pratique différente de la médecine générale, équilibrant davantage vie professionnelle et vie privée. (2)

Dans le même temps, l'évolution de la démographie médicale, avec les nombreux départs en retraite et les réticences fréquentes des jeunes praticiens à une installation qui les inquiète (3), ainsi que les disparités territoriales de l'offre de soins, entraînent chez les patients une demande de disponibilité plus importante de leur médecin.

Dans ce contexte, comment concilier le besoin d'une présence médicale de premier recours avec le désir d'une vie personnelle épanouie ?

Depuis quelques années, la dynamique tend au regroupement des médecins généralistes, délaissant l'exercice isolé au profit de l'exercice de groupe jugé plus souple, notamment en termes de contraintes d'horaires et de congés. Entre 1998 et 2009, selon le « baromètre santé médecins généralistes », le pourcentage de médecins exerçant en groupe plutôt que seul est passé de 43% à 54%. (4)(5)

De plus en plus, le médecin généraliste assume un rôle de coordonnateur de la prise en charge des patients, en lien avec l'hôpital mais aussi avec les médecins spécialistes, les professionnels médicaux (sages-femmes et chirurgiens-dentistes) et les professionnels de santé paramédicaux exerçant en libéral. La mise en place du parcours de soins coordonné place le médecin traitant, qui est le plus souvent le médecin généraliste, au cœur de ce parcours avec pour mission d'organiser l'orientation du patient et la synthèse des informations médicales le concernant. (6)

Cette place centrale dans la prise en charge du patient incite de plus en plus au regroupement des médecins généralistes, non seulement entre eux, mais également avec des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux au sein de structures communes.

Les politiques de santé à l'échelon national comme aux échelons locaux favorisent ce type de regroupement avec, entre autres, la mise en place des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération.

Ce développement de l'exercice médical incite à se poser la question suivante :

« L'exercice pluridisciplinaire de la médecine générale est-il le mode idéal d'exercice ? ».

L'exercice en groupe, et particulièrement en groupe pluridisciplinaire, présente des attraits mais aussi des contraintes. Les uns comme les autres sont parfois difficiles à cerner, que l'on soit un jeune médecin généraliste cherchant à s'installer pour la première fois ou un médecin plus expérimenté désireux de changer de mode d'exercice.

Le but de cette étude est de déterminer, par l'expertise issue de médecins généralistes exerçant déjà au sein de structures pluridisciplinaires, quels sont ces attraits et contraintes, de dégager les points positifs comme les points négatifs.

Tout cela afin d'apporter une vision lucide et objective de la pratique de la médecine générale en groupe pluridisciplinaire ; pour fournir aux médecins la possibilité d'un choix éclairé, mais aussi pour cerner les problèmes et les attentes des médecins afin d'alimenter les réflexions sur les politiques de santé futures.

II. GENERALITES

A. Contexte

1. L'exercice de la médecine de groupe dans le monde

a) Présentation

L'équipe de l'IRDES, dirigée par le Docteur Yann Bourgueuil, s'est attachée en 2007 à décrire les pratiques de groupe dans d'autres pays européens et en Amérique du Nord afin d'en tirer des enseignements possibles pour améliorer le modèle français. (7)

Leurs estimations étaient, qu'en 2007, 39% des médecins généralistes français exerçaient en groupe contre 97% en Suède et Finlande, 92% au Royaume-Uni, 90% au Québec et 57% aux Pays-Bas. En revanche, la Belgique, l'Allemagne et l'Italie affichaient des estimations à 30% ou moins.

En France, en 2007, les estimations concernant l'exercice pluridisciplinaire des médecins généralistes étaient de 16%.

Les pays étrangers où l'exercice en groupe est prédominant présentent deux modes d'organisation principaux selon les pays : public ou privé.

b) Suède et Finlande

En Suède et Finlande, le regroupement se fait principalement au sein de Centres de Santé publics où les médecins sont salariés ou payés à la capitation (forfait correspondant au nombre de personnes résidant dans sa région ou au nombre de personnes sur sa liste de patients). Ces centres sont gérés et financés par les collectivités locales et assurent à la fois les soins et les services médico-sociaux et collectifs (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation....). Ils sont organisés de manière pluridisciplinaire (avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux) et plurispécialisée (avec d'autres médecins spécialistes), les structures étant de taille variable en fonction de la zone géographique.

Cette organisation est liée à la volonté des pouvoirs publics, dans les années soixante-dix et quatre-vingt, de valoriser les soins primaires. L'organisation est donc communautaire et décentralisée (à l'échelle de la région pour la Suède et de la municipalité pour la Finlande).

En Suède, depuis les années quatre-vingt, les soins primaires sont fournis exclusivement en Centres de Santé où les médecins sont salariés (avec des mécanismes d'incitation à l'activité).

En Finlande, suite à la loi de 1972, la plupart des médecins libéraux dispensant les soins sont devenus fonctionnaires de l'Etat.

c) Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les médecins sont sous contrat avec l'autorité locale de santé (*Primary Care Trust*) et sont sous conventionnement avec le *National Health Service (NHS)* tout en gardant un statut de travailleur indépendant.

Dans les années soixante-dix, face à la pénurie de médecins généralistes, des mesures ont été mises en place pour favoriser l'exercice de groupe : abolition de la liberté d'installation et obligation d'une taille minimale de 1000 patients par cabinet, incitation au recrutement d'infirmiers (salaire financé à 70% par le NHS), dotation spécifique de 5% du revenu total de la pratique pour les adhérents à un Centre de Santé.

Dans les années quatre-vingt, le mouvement s'est accéléré avec la création des *Primary Care Trusts (PCT)* qui gèrent tous les services de soins primaires. Ils sont dirigés par un conseil d'administration composé de représentants des médecins généralistes, des infirmiers, des services sociaux, des autorités locales et de la population locale.

Depuis 2004, le *New GP Contract* permet au NHS de passer contrat directement avec cabinets et médecins, les listes de patients s'effectuant par cabinet et non pas par médecin. L'objectif est l'optimisation de l'organisation du travail et des revenus, avec à terme la disparition des derniers cabinets individuels.

d) Pays-Bas

L'exercice se fait principalement en groupes composés uniquement de médecins généralistes avec une place importante de l'assistante médicale. Les Centres de Santé sont minoritaires. Une expérimentation de réseau de soins primaires a été réalisée dans la ville

d'Almere et est toujours opérationnelle depuis les années soixante-dix, même si ce principe n'a pas été généralisé à l'ensemble du pays.

e) Québec

La majeure partie des médecins généralistes exercent dans des cabinets médicaux privés avec rémunération à l'acte où exercent volontiers des médecins spécialistes (50% des cabinets), des psychologues (40%), des diététiciens (30%), des infirmiers (17%), des kinésithérapeutes (12%). Ce regroupement s'est réalisé principalement en réponse à la création, dans les années soixante-dix, des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), Centres de Santé pluridisciplinaires publics destinés à être la porte d'entrée prédominante du système de soins. Cependant, peu de médecins étant favorables à ce mode d'exercice, le regroupement s'est réalisé principalement de manière privée. Seuls environ 20% des médecins exercent dans les CLSC. Se développent également plus récemment (depuis l'an 2000), des réseaux de médecins généralistes collaborant avec des infirmiers, appelés Groupes de Médecins de Famille (GMF), qui fournissent des soins de première ligne. Des Unités de Médecins de Famille (UMF) existent sur le même principe et sont également des lieux de formation en collaboration avec les facultés. (8)

f) Ontario

Le regroupement y est plus faible qu'au Québec, de l'ordre de 60%, et principalement entre médecins généralistes uniquement (regroupement monospécialisé). Dans les *Community Health Centers (CHC)*, qui sont l'équivalent des CLSC québécois, ne travaillent qu'environ 5% des médecins généralistes. Depuis l'an 2000, les médecins peuvent se rassembler au sein des *Family Health Teams (FHT)* correspondant aux GMF québécois.

g) Les causes de regroupement

Les raisons ayant conduit à un regroupement des médecins généralistes dans les pays où celui-ci est plus développé qu'en France sont principalement :

- La place accordée aux soins primaires dans les politiques de santé : les pays présentant un fort taux de regroupement disposent d'une politique de santé mettant en avant les soins primaires et dans laquelle les médecins généralistes jouent le rôle de pivot dans la prise en charge des patients.

- La reconnaissance des professionnels de santé dispensant ces soins (médecins généralistes et infirmiers) à la fois socialement, à travers entre autres des organismes de représentation professionnelle, et financièrement.
- La réponse à une demande de soins plus importante avec des effectifs de professionnels plus faibles.
- L'amélioration des conditions de travail, surtout pour les jeunes médecins qui souhaitent une meilleure qualité de vie et des horaires moins restrictifs que leurs aînés.
- La féminisation de la médecine générale, qui est également un élément à prendre en compte même s'il ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail.

h) Les points-clés des différentes formes de regroupement

Les points de réflexion apportés par les expériences des pays où le regroupement des médecins généralistes est important sont :

- L'inscription des patients sur des listes correspondant à des groupes de médecins incite ces derniers à s'inscrire dans une logique de prise en charge de population plutôt qu'une logique de patientèle.
- La coopération entre professionnels de santé avec notamment les possibilités de délégation de tâches entre médecin et infirmier favorise également le regroupement, notamment en structures pluridisciplinaires.
- Les Nouveaux Modes de Rémunération qui viennent remplacer ou compléter le paiement à l'acte (capitation, forfaits, paiement à la performance).
- Les contrats avec les autorités locales de santé en parallèle du conventionnement national.

2. L'exercice de la médecine de groupe en France

Dans les suites de leur travail sur l'exercice de groupe à l'étranger, l'équipe de l'IRDES a participé à la rédaction du « baromètre santé médecins généralistes 2009 » (5) qui comporte un chapitre intitulé « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale ».

Ils ont par la suite rédigé un article détaillant cette dynamique de regroupement à partir des données du baromètre. (4)

Entre 1998 et 2009, le pourcentage de médecins généralistes exerçant en groupe en France est passé de 42,9% à 53,7%, ce regroupement s'effectuant principalement chez les jeunes médecins (< 40 ans) pour lesquels ce taux atteint 80% en 2009.

Parmi ces médecins installés en groupe, les trois-quarts exercent en groupes composés exclusivement de médecins. Ces groupes sont principalement de petite taille (le plus souvent, deux associés) mais les plus jeunes médecins tendent également à s'installer dans des groupes comportant plus de confrères (63% exercent dans des cabinets de trois médecins ou plus).

Un quart de ces médecins exercent donc en groupe pluridisciplinaire sans qu'un mode d'organisation prépondérant soit identifiable ; les plus fréquents sont l'association de deux médecins et un paramédical (11% des cas), deux médecins et deux paramédicaux (9%) et trois médecins et deux paramédicaux (6%).

Les médecins exerçant en groupe uniquement médical n'ont pas un volume moyen hebdomadaire de travail inférieur à celui de leurs confrères exerçant seuls, mais organisent leur temps de travail différemment. En revanche, ceux exerçant dans un groupe pluridisciplinaire ont une activité proportionnellement plus élevée que dans les groupes uniquement médicaux.

Par ailleurs, les médecins exerçant en groupe, pluridisciplinaire ou non, semblent plus impliqués dans la formation et l'enseignement et s'appuient plus sur l'outil informatique.

En revanche, les pratiques de prévention ne semblent pas significativement différentes chez les médecins exerçant en groupe de celles de leurs confrères isolés. Ces résultats peuvent en partie être expliqués par le fait qu'exercer en groupe n'implique pas nécessairement des échanges professionnels, ni un projet de soins commun.

B. Cadre juridique – politiques de santé

Depuis plusieurs années, les politiques de santé en faveur du regroupement des médecins et de l'exercice se développent en France, parfois dans la même direction que les politiques de santé étrangères des pays où ce regroupement est plus fréquent.

Les principales politiques de santé mises en œuvre ces dernières années afin de favoriser ce regroupement sont (5)(9) :

- 2004 : Mise en place du parcours de soins coordonné et définition du médecin traitant.
 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (10)
- 2006 : Création du statut de médecin collaborateur libéral.
 - Décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié. (11)
- 2007 : Adoption d'une incitation financière à la pratique de groupe en zone éligible par le plan de démographie médicale.
 - Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. (12)
- 2007-2009 : Définition des Maisons et Pôles de Santé pluridisciplinaires et expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération pour des Maisons de Santé, Pôles de Santé et Centres de Santé volontaires.
 - Article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. (13)
 - Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération de professionnels de santé. (14)
- 2009 : Mise en place de la coopération entre professionnels de santé.
 - Article L4011-1 du CSP (15) créé par l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, relatif à la coopération entre les professionnels de santé. (16)
- 2010 : Annonce de la création de 250 Maisons de Santé Pluridisciplinaires sur trois ans. (17)

- 2010 : Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient.
 - Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. (18)
 - Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. (19)
 - Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. (20)
 - Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. (21)
- 2011-2012 : Mise en place des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA).
 - La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (22)
 - Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. (23)
- 2012 : Texte relatif à la future négociation conventionnelle interprofessionnelle sur la rémunération d'équipe.
 - Article 45 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. (24)

C. Types de groupes pluridisciplinaires

1. Présentation

L'exercice pluridisciplinaire peut prendre différentes formes selon la structure physique mise en place : simple association de professionnels de santé au sein d'une structure juridique commune, Maison de Santé Pluridisciplinaire ayant élaboré un projet de santé, Pôle de Santé Pluridisciplinaire à l'échelle d'un territoire de santé ou encore Centre de Santé faisant partie du service public.

2. Cabinets de Groupe Pluridisciplinaires (CGP)

Un cabinet de groupe pluridisciplinaire est un cabinet où exercent au moins deux professionnels de santé dont un médecin généraliste et un professionnel médical ou paramédical au sein d'une structure juridique commune (le plus souvent SCM ou SEL).

Cette association peut aboutir à un véritable exercice coordonné même en l'absence de projet de santé formalisé, mais peut aussi correspondre à une simple juxtaposition de professionnels partageant des locaux et des charges sans exercice médical commun.

3. Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)

La définition d'une Maison de Santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique : (25)

« Art. L. 6323-3. - La Maison de Santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. »

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la Maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

En pratique, lors de la sollicitation de fonds publics pour la Maison de Santé, le cahier des charges impose la présence d'au moins deux médecins généralistes et un auxiliaire médical (infirmier ou masseur-kinésithérapeute) qui soient signataires du projet de santé.

4. Pôles de Santé Pluridisciplinaires (PSP)

La définition d'un Pôle de Santé est donnée par l'article L. 6323-4 du code de Santé Publique : (26)

« Art. L. 6323-4. - Les Pôles de Santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des Maisons de Santé, des Centres de Santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Il s'agit donc d'un exercice médical ayant lieu au sein d'un territoire de santé par des acteurs divers, y compris des structures sociales et des structures de santé.

La plupart des professionnels de santé considèrent les Pôle de Santé comme des Maisons de Santé « hors les murs ». Ce n'est pas exactement la définition décidée par le législateur mais ces deux approches ne sont pas contradictoires. (27)

5. Centres de Santé

La définition d'un Centre de Santé est donnée par l'article L. 6323-1 du code de Santé Publique : (28)

« Les Centres de Santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

[...]

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

[...]

Les médecins qui exercent en Centre de Santé sont salariés. »

En l'absence de Centre de Santé de soins de premier recours en Haute-Normandie (29), ceux-ci ne seront pas abordés dans cette étude.

D. Structures juridiques

1. Présentation

La formation d'un groupe pluridisciplinaire nécessite la création d'une structure juridique permettant de rassembler ses membres, de définir les règles communes pour assurer son fonctionnement.

Pour cela, plusieurs types de structures juridiques existent en fonction des objectifs des futurs associés. Plusieurs entités juridiques peuvent être mises en place en parallèle afin de couvrir des besoins divers.

Un tableau comparatif des avantages et inconvénients de ces différentes structures est disponible sur le site Internet de la Plateforme d'Accueil des Professionnels de Santé (PAPS) de Haute-Normandie. (30)

Le chapitre suivant explique donc les différentes formes juridiques pouvant être utilisées pour un groupe médical, pluridisciplinaire ou non. Sa lecture peut être fastidieuse mais la connaissance des détails de ces différentes formes est nécessaire, notamment pour un professionnel désireux de mettre en place un tel groupe.

Nous n'avons pas abordé le cas du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui nécessite la présence d'un établissement de santé et sort donc du strict cadre de l'étude.

2. Société Civile de Moyens (SCM)

D'après le site Internet de l'Association pour la Création d'Entreprises <http://www.apce.com> (31)

a) Définition

C'est une structure juridique réservée aux professions libérales et dont l'objet est la fourniture de moyens matériels (locaux, personnel, matériel) à ses membres, afin de faciliter l'exercice de leur profession. Les associés mettent en commun certains moyens d'exploitation de leur activité afin d'en réduire le coût. Ils conservent une totale indépendance au titre de leur activité professionnelle. Aucun capital initial n'est requis

b) Associés

Le minimum est de deux associés, sans limite maximale. Il peut s'agir de personnes physiques ou morales. Il doit s'agir de membres de professions libérales, réglementées ou non. Si les professions libérales sont différentes, leur activité doit être voisine.

c) Responsabilité

Tous les associés ont une responsabilité indéfinie et conjointe (ils sont responsables sur leurs biens personnels des dettes de leur société à proportion de leurs parts dans la société)

Le ou les gérants sont responsables civilement et pénalement.

d) Régime fiscal

Aucune imposition au niveau de la société. L'option pour l'impôt sur les sociétés est impossible. Les résultats sont déterminés au sein de la SCM selon les règles applicables aux BNC et/ou aux BIC, puis ils sont répartis entre les associés.

En principe, les SCM sont redevables de la TVA mais elles peuvent être exonérées au titre des prestations de services effectuées au bénéfice des associés si :

- les membres de la société exercent une activité exonérée ou pour laquelle ils n'ont pas la qualité d'assujetti.
- les services sont rendus aux associés de la SCM.
- les services rendus sont utiles à l'exercice de la profession de leurs membres.
- les sommes réclamées aux associés correspondent exactement à la part leur incombant dans les dépenses communes de la société.

Les associés de la SCM sont personnellement soumis, pour la part de bénéfices correspondant à leurs droits, à l'impôt dont ils sont passibles au titre de leur activité professionnelle. Ils peuvent déduire, du bénéfice réalisé dans le cadre de leur activité professionnelle, les sommes versées à la SCM au titre des dépenses engagées pour l'exercice de leur profession.

e) Régime social

Il n'existe pas de disposition particulière concernant le régime social du gérant de SCM. Il semble toutefois possible d'appliquer les règles suivantes :

- Gérant associé : il est en principe soumis au régime social des travailleurs non-salariés. Il cotise sur la part des bénéfices de la société qui lui revient, augmentée éventuellement de la rémunération qui lui est versée pour ses fonctions de gérant. Depuis le 1er janvier 2013, le gérant associé ne peut plus déduire forfaitairement de sa rémunération, des frais professionnels (à hauteur de 10 %), pour déterminer l'assiette de calcul de ses cotisations sociales. La déduction de ses frais réels reste possible (Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 17 décembre 2012).
- Gérant non associé : il est en principe soumis au régime des travailleurs non-salariés, sauf si l'on peut reconnaître un véritable lien de subordination entre lui et la société.

Les associés relèvent du régime social dont ils dépendent au titre de leur activité professionnelle.

f) Transmission

- Elle se fait par cession de parts sociales.
- Les droits d'enregistrement sont à la charge de l'acquéreur : 3 % (abattement possible).
- La cession est soumise à l'impôt sur la plus-value à la charge du cédant.

3. Société d'Exercice Libéral (SEL)

D'après le site Internet de l'Association pour la Création d'Entreprises <http://www.apce.com> (31) et des informations de la revue *Acta Endoscopica* (32)

a) Définition

Structure juridique constituée pour permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux.

Les SEL sont soumises à toutes les dispositions prévues par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, sauf dispositions spéciales prévues par la loi du 31 décembre 1990 qui les a instituées.

Les SEL peuvent prendre les formes suivantes, calquées sur les différentes formes de sociétés commerciales :

- SELARL (Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée) calquée sur la SARL.

- SELURL (Société d'Exercice Libéral Unipersonnelle à Responsabilité Limitée) calquée sur l'EURL.
- SELAFA (Société d'Exercice Libéral A Forme Anonyme) calquée sur la SA.
- SELAS (Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée) calquée sur la SAS.
- SELCA (Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions) calquée sur la SCA.

La SELARL étant pratiquement la seule forme de SEL utilisée par les médecins – car c'est la seule permettant de conserver soit le régime social des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, soit le régime social des non-salariés – c'est la seule que nous présenterons ici en détails.

b) Associés

Les professions libérales concernées sont indiquées sur une liste. Il n'est pas possible de créer une SEL pluridisciplinaire. Il existe trois types d'associés :

- Associés exerçant leur profession au sein de la société ou Sociétés de Participations Financières de Professions Libérales (SPFPL) : ils doivent détenir plus de 50% du capital social et des droits de vote.
- Professionnels extérieurs à la société : avec une limite inférieure à 50% du capital social.
 - Médecins ou pharmaciens exerçant ailleurs.
 - Anciens associés ayant exercé dans la SEL (pendant maximum 10 ans)
 - Ayant-droits des personnes précédemment citées (maximum 5 ans après le décès de l'associé).
- Tiers non professionnels (y compris des personnes morales comme des sociétés) avec une participation limitée à 25% du capital social ; à l'exception de toute autre profession libérale de santé réglementée, des fournisseurs et prestataires de services dans le secteur de la médecine, organismes d'assurance, prévoyance et protection sociale qui ne sont pas autorisés à détenir de parts dans une SEL médicale.

Le nombre d'associés pour une SELARL est de deux au minimum et de cent au maximum.

c) Fonctionnement

Dans la SELARL, le gérant est choisi parmi les associés exerçant son activité professionnelle dans la société.

La SEL est inscrite en elle-même au Tableau de l'Ordre. Tous les associés doivent exercer au même endroit sauf dérogation spéciale. Les associés doivent consacrer l'exclusivité de leur activité libérale à la société.

Les honoraires sont mis en commun et la rémunération de chaque associé (et éventuellement des fonctions de gérant) est définie par les statuts.

Les décisions sont prises lors d'assemblées générales (majorités nécessaires variables selon les types de décisions).

d) Responsabilité

Les actionnaires ou associés d'une société d'exercice libéral n'engagent leur responsabilité qu'à hauteur de leur apport en capital (leurs biens personnels ne peuvent pas être mis en cause).

Cette responsabilité limitée ne s'applique pas aux actes professionnels pour lesquels chaque praticien assume un engagement personnel illimité. La société en elle-même est par ailleurs responsable des actes professionnels de ses membres.

Les dirigeants sont également responsables de leurs fautes de gestion.

e) Régime fiscal

Les sociétés d'exercice libéral sont assujetties de plein droit au régime de l'impôt sur les sociétés.

Les points fiscaux principaux différenciant ce type de société sont la taxation des bénéfices de la société à 33,3 % au maximum, l'abattement de 10% et 20% avant impôt sur le revenu pour les bénéficiaires des rémunérations, abattement de 50% sur les dividendes.

Diverses taxations sont par ailleurs liées au régime de l'impôt sur les sociétés.

f) Régime social

Les dirigeants majoritaires de SELARL sont assujettis au régime des travailleurs non-salariés ou au régime spécial des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

g) Transmission

Concernant les sociétés d'exercice libéral, le droit de retrait permet de cesser son activité au terme d'un délai de prévenance de six mois tout en conservant ses parts pendant un délai maximum de dix ans.

Par ailleurs, dans les SELARL, la cession de parts sociales à des tiers est soumise à un agrément qui doit être donné à la majorité des trois-quarts des porteurs de parts sociales exerçant leur activité libérale au sein de la SEL.

4. Groupement d'Intérêt Economique (GIE)

D'après le site Internet de l'Association pour la Création d'Entreprises <http://www.apce.com> (31)

a) Définition

Il permet à plusieurs entreprises préexistantes de se regrouper pour faciliter ou développer leur activité économique, tout en conservant leur indépendance.

L'activité du GIE doit être le prolongement de l'activité économique de ses membres. Elle ne doit pas s'y substituer. C'est ce qui la différencie fondamentalement de la société qui peut avoir une activité sans rapport avec celle de ses associés.

Le GIE peut se constituer avec ou sans capital.

- Avec capital :
 - Aucun montant minimum n'est exigé.
 - Les modalités de souscription et de libération des apports sont librement déterminées par les statuts.
 - Les apports en nature n'ont pas à être évalués par un commissaire aux apports.
 - Les fonds apportés en numéraire n'ont pas à faire l'objet d'un dépôt.
 - Il est possible d'effectuer des apports en industrie.
 - Le capital peut être variable.
- En l'absence de capital :
 - Le groupement fonctionne comme une association.

- Il perçoit des cotisations de ses membres si la facturation de ses services et les réserves qu'il a pu constituer s'avèrent insuffisantes.
- Il est possible de faire des apports en numéraire, en industrie ou en nature.

b) Associés

Le GIE doit être constitué de deux membres au minimum. Aucun maximum n'est imposé.

Il peut s'agir de personnes physiques ou de personnes morales.

Chaque membre du groupement doit exercer une activité économique qui trouve son prolongement dans celle du GIE.

Les droits et obligations des membres (droit de vote en assemblée, droit aux bénéfices et au boni de liquidation, contribution aux dettes, conditions de retrait du groupement...) sont librement fixés par les statuts.

c) Fonctionnement

- Le GIE est dirigé par un ou des administrateurs.
 - Les fondateurs fixent librement dans le contrat constitutif du groupement les modalités d'administration (administrateur unique ou non, choisi parmi les membres ou non, durée du mandat, mode de nomination).
 - A défaut, c'est l'assemblée des membres qui en décide.
 - Les pouvoirs des administrateurs sont également déterminés librement. Toutefois les limitations de pouvoirs n'ont d'effet qu'à l'égard des membres du groupement. Vis-à-vis des tiers, les administrateurs engagent le groupement par tout acte entrant dans l'objet social.
- L'assemblée générale est composée des membres du GIE.
 - Elle a le pouvoir de prendre toutes les décisions dans les conditions librement déterminées par le contrat constitutif du groupement.
 - En l'absence de disposition particulière, les décisions sont prises à l'unanimité.
- Un ou plusieurs contrôleurs de gestion sont obligatoirement désignés.
 - Ce sont toujours des personnes physiques, membres ou non du GIE, nommées par l'assemblée des membres.
 - Leur rôle consiste à assurer le contrôle de la gestion dans les conditions prévues par les statuts.

d) Responsabilité

Tous les associés sont en principe responsables solidairement et indéfiniment sur leurs biens personnels des dettes du groupement envers les tiers, sauf si une convention avec un tiers déterminé limite cette responsabilité.

e) Régime Fiscal

Chaque membre est imposé pour la partie des bénéfices réalisés par le GIE qui correspond à ses droits, au titre de l'impôt sur le revenu (catégorie BIC pour une activité commerciale ou artisanale, BA pour une activité agricole, BNC pour une activité libérale), ou à l'impôt sur les sociétés selon le cas.

Si le GIE correspond à un "groupement de dépenses", chaque membre peut déduire cette quote-part de pertes de ses propres résultats.

Les administrateurs "membres" du groupement sont soumis au même régime (leur rémunération s'ajoute à leur part de bénéfices).

Les administrateurs "non membres" du groupement sont soumis au régime des traitements et salaires.

f) Régime Social

- Régime des non-salariés : Ils cotisent sur la part des bénéfices du groupement qui leur revient.
- Régime général des salariés : pour en bénéficier, les membres du groupement doivent :
 - percevoir une rémunération en contrepartie de leur activité.
 - exercer une activité salariée effective et distincte de celle exercée en tant que membre du groupement, et ceci dans le cadre d'une subordination réelle.

g) Transmission

Cession de parts sociales pour laquelle l'unanimité est requise, si rien n'a été prévu par le contrat.

Droits d'enregistrement si l'acte est enregistré (à la charge de l'acquéreur) : droit fixe de 125 euros.

5. Société Civile Professionnelle (SCP)

D'après le site Internet de l'Association pour la Création d'Entreprises <http://www.apce.com> (31)

a) Définition

Les Sociétés Civiles Professionnelles (SCP) ont été créées dans le but de permettre à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée.

Les SCP sont régies par la loi du 29 novembre 1966 complétée pour chaque profession libérale de décrets d'application tenant compte des spécificités de leur activité.

Il n'est pas possible de constituer une SCP pluridisciplinaire.

Aucun capital social minimum n'est exigé :

- Il peut être constitué d'apports en numéraire (espèces ou chèques) ou en nature (apport de matériel, clientèle, droit au bail). Ces derniers doivent être libérés entièrement lors de la constitution de la structure.
- Les apports en industrie sont possibles et constituent des éléments essentiels de la SCP dans la mesure où l'associé n'entre dans la société que pour y exercer sa profession et où l'objet de la société se confond avec l'activité de ses membres. De tels apports ne peuvent concourir à la formation du capital social. Ils donnent cependant lieu à l'attribution de parts ouvrant droit au partage des bénéfices et à une participation aux décisions collectives.

Les honoraires sont encaissés par la société qui acquitte les dettes et répartit le solde entre les associés.

b) Associés

Deux associés au minimum. Il n'y a pas en principe de nombre maximum d'associés, mais les décrets d'application propres à chaque profession limitent souvent le nombre d'associés.

Seules des personnes physiques peuvent constituer une SCP.

Ils ont une obligation de résidence professionnelle commune et s'obligent à consacrer l'exclusivité de leur activité libérale à la société.

c) Fonctionnement

La société est dirigée par un ou plusieurs gérants désignés dans les statuts ou dans un acte séparé. A défaut, tous les associés sont considérés comme gérants. Ils doivent obligatoirement être choisis parmi les associés.

Les modalités d'exercice de leur mandat sont déterminées dans les statuts. Dans le silence des statuts, les pouvoirs des gérants se limitent aux actes de gestion que demande l'intérêt de la société.

Les décisions collectives sont prises en assemblée. Ce sont les statuts qui en fixent librement les modalités (majorité requise, quorum). En général, elles sont prises :

- pour les décisions ordinaires, à la majorité des voix des associés présents ou représentés.
- pour les décisions extraordinaires, à la majorité des trois-quarts de l'ensemble des associés.

Chaque associé dispose donc du même nombre de voix indépendamment du nombre de parts détenues.

d) Responsabilité

- Associés
 - Ils sont responsables indéfiniment des dettes sociales à l'égard des tiers.
 - Chaque associé répond également sur l'ensemble de son patrimoine personnel des actes professionnels qu'il accomplit, la SCP étant solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.
- Gérants : Responsabilité civile et pénale des dirigeants.

e) Régime Fiscal

Aucune imposition au niveau de la société. Le bénéfice imposable est déterminé selon les règles applicables aux bénéfices non commerciaux (recettes encaissées et dépenses acquittées). Les bénéfices sont imposés chez l'associé, à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux, sur la quote-part des bénéfices qui lui revient.

L'option pour l'impôt sur les sociétés (IS) est possible, mais cette option est irrévocable

Concernant le gérant :

- Lorsque la société n'est pas soumise à l'IS, sa rémunération, s'il en perçoit une, n'est pas déductible. Elle est imposée à l'IR avec sa part de bénéfices lui revenant dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC).
- Si la société est soumise à l'IS, sa rémunération est déductible et imposée à l'IR dans la catégorie des traitements et salaires (TS) ; alors que les bénéfices qui lui sont distribués sont imposés à l'IR dans la catégorie des revenus de capitaux mobiliers (RCM).

f) Régime Social

Le gérant est en principe soumis au régime social des travailleurs non-salariés. Il cotise sur la part des bénéfices de la société qui lui revient, augmentée éventuellement de la rémunération qui lui est versée pour ses fonctions de gérant.

g) Transmission

Elle se fait par cession de parts sociales mais les parts sociales reçues en contrepartie d'apports en industrie sont incessibles.

Droits d'enregistrement (à la charge de l'acquéreur) : 3 % (abattement possible)

Plus-value (à la charge du cédant)

Le droit de retrait pour un associé souhaitant quitter la société est une particularité de la SCP qui oblige ses associés à lui verser une indemnité correspondant à la valeur des parts.

6. Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

D'après les sites de la PAPS de Haute-Normandie (33), de la FMMPS (34) et <http://www.agmf.fr> (35)

a) Définition

Officialisées par le décret du 25 mars 2012, les SISA sont la forme juridique créée afin de permettre l'attribution de fonds publics à des structures pluridisciplinaires. En effet, les structures existantes ne se prêtent pas à un exercice pluridisciplinaire (pour les SCP ou les SEL) ou bien ne permettent pas de facturer des prestations coordonnées à l'Assurance Maladie sans avoir à s'acquitter de l'impôt sur les sociétés (pour les associations, SCM et

GIE). La création d'une SISA est indispensable à l'obtention des NMR depuis le 30 juin 2012.

b) Associés

Il peut s'agir uniquement de professionnels de santé au sens du code de la Santé Publique. Les psychologues ne peuvent pas être associés dans une SISA mais peuvent être employés par elle. La SISA ne peut intégrer que des personnes physiques et non des personnes morales.

c) Responsabilité

S'agissant de la responsabilité professionnelle, chaque praticien répond personnellement de ses activités.

Chaque associé répond des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.

Le régime de responsabilité individuelle prévu par le Code de la Santé Publique est appliqué à tous les actes professionnels exercés en SISA.

Les associés sont couverts par une assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP).

d) Régime Fiscal

L'article 36 de la loi n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 de finances rectificative pour 2011, en ajoutant un 7° à l'article 8, soumet expressément les SISA mentionnées à l'article L.4041-1 du Code de la Santé Publique au régime fiscal des sociétés de personnes, sans possibilité d'opter pour leur assujettissement à l'impôt sur les sociétés.

Ainsi, les bénéfices réalisés par les SISA sont imposés au nom de chacun des professionnels de santé associés, à proportion de leurs droits dans ces sociétés, à l'impôt sur le revenu, dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (cas notamment du pharmacien), ou celle des bénéfices non commerciaux (cas en principe des autres professionnels de santé).

7. Autres formes juridiques

D'autres formes juridiques sont possibles quoique peu répandues de par l'existence de formes plus adaptées à l'exercice de la médecine libérale. On peut citer :

- L'association loi 1901, qui n'autorise pas la redistribution de ses bénéfices entre ses membres.
- La société en participation qui n'étant pas dotée de la personnalité morale ne permet pas de conclure de contrats, d'être propriétaire... Elle ne régle que les relations entre ses membres selon le contrat établi (exercice en commun avec ou sans partage d'honoraires, contrat de groupe...).
- Les formes de SEL autres que la SELARL.

8. Société Civile Immobilière (SCI)

D'après le site Internet <http://www.l-expert-comptable.com> (36)

La SCI n'est pas une structure juridique de regroupement de l'activité mais est une forme souvent choisie par des associés qui souhaitent être propriétaires de leurs locaux.

a) Définition

C'est un groupement de personnes qui s'unissent afin d'acheter un bien immobilier dans le but d'en tirer profit.

Comme toute société, la SCI requiert d'établir des statuts qui détermineront les apports de chaque associé, le nom de la SCI, le siège social, le capital (aucun minimum), la durée de vie de la SCI (maximum 99 ans) et les modalités de son fonctionnement.

b) Associés

Un minimum de deux personnes (physiques ou morales) est requis pour la créer.

c) Fonctionnement

Une SCI est constituée d'associés et est administrée par un gérant :

- Les associés désignent et révoquent le gérant, participent aux assemblées et reçoivent des parts sociales en échange de leurs apports en nature ou en numéraire.

Ils reçoivent des dividendes lorsque l'entreprise fait des bénéfices. En revanche, en cas de dettes, la répartition se fait proportionnellement à la part que l'associé possède dans la SCI.

- Le gérant : La SCI peut être gérée par un ou plusieurs gérants, personnes physiques ou morales. Le gérant assure la gestion courante (encaissement des loyers, paiement des charges, déclaration fiscale...) de la SCI.

d) Régime fiscal :

Les associés (gérants ou non) font entrer les bénéfices encaissés dans leur revenu global, en tant que revenus fonciers dans la déclaration à l'impôt sur le revenu.

Attention, lorsqu'un associé est une personne morale (société), les bénéfices sont des bénéfices industriels et commerciaux imposés au régime réel.

Le gérant non associé de la SCI est imposé à l'impôt sur le revenu pour le salaire perçu. Ce salaire sera une charge déductible pour l'entreprise.

e) Avantages d'une SCI pour des locaux professionnels

- Une transmission exonérée d'impôts : chaque parent peut transmettre à chaque enfant, tous les six ans, 156 974 € sans payer d'impôts. On peut alors transmettre son patrimoine à ses enfants en parts de SCI.
- Pouvoir profiter de la Loi Scellier : si la SCI est imposable à l'impôt sur le revenu, elle peut bénéficier de la réduction d'impôt Scellier pouvant aller jusqu'à 37% de réduction d'impôts sur neuf ans sous certaines conditions.

E. Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)

D'après les articles concernant les NMR sur le site www.ars.sante.fr (37)

1. Présentation

Mis en place par l'Article 44-I de la loi n° 2007-1786 (13) et confirmés par le Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 (14), les Nouveaux Modes de Rémunération visent à permettre un financement de l'exercice pluridisciplinaire au-delà du paiement à l'acte qui se prête difficilement à une juste rémunération des différents professionnels impliqués.

Ces Nouveaux Modes de Rémunération comprennent trois modules, cumulables entre eux et soumis à un certain nombre de critères.

Les sommes allouées sont versées à la structure juridique qui la répartit librement entre les différents professionnels de santé. Aucune somme n'est versée directement à un professionnel de santé.

Depuis le 30 juin 2012, la constitution d'une SISA – ou la transformation de la structure existante en SISA – est impérative pour pouvoir bénéficier des NMR. Dans le cas contraire, les sommes versées peuvent être fiscalement assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Le législateur a initialement prévu un arrêt de l'expérimentation de ces Nouveaux Modes de Rémunération au 31 décembre 2012. Une prolongation d'un an a été décidée jusqu'au 31 décembre 2013, date à laquelle la forme actuelle des NMR s'arrêtera.

2. Module 1 : « Missions coordonnées »

a) Objectif

Rémunération des missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle).

b) Montant du forfait

Le forfait alloué à la structure est décomposé en deux parties :

(1) Partie A

La partie A rémunère le temps de management de la structure. Elle est établie en fonction du nombre de patients égal à la somme du nombre de patients ayant déclaré leur médecin traitant dans la structure, des enfants de 6 à 16 ans ayant consulté au moins deux fois dans la structure au cours de l'année et les patients souffrant d'une ALD exonérante.

Quatre classes sont ainsi établies :

- Moins de 2700 patients = 6900€
- 2700 à 6299 patients = 13800€
- 6300 à 12399 patients = 22500 €
- A partir de 12400 patients = 45000 €

(2) Partie B

A cette rémunération vient s'ajouter la partie B qui rémunère le temps nécessaire à la coordination. Elle est établie en fonction du temps passé par chaque professionnel de santé (signataire du projet de santé) au sein de la structure. Elle est calculée en fonction du nombre d'équivalents temps plein (ETP) correspondant à onze demi-journées de travail hebdomadaire.

- Premier « ETP médecin généraliste » = 8900 €
- « ETP médecin généraliste » suivants = 3000 € par ETP
- « ETP autre professionnel » = 1400 € par ETP

c) Modulations

(1) Prise en compte de la précarité

L'existence d'un niveau important de précarité de la patientèle, nécessitant des efforts particuliers en démarches administratives et en temps passé, peut permettre une majoration du montant total attribué dans le cadre du module 1.

Le calcul des différentiels entre les taux nationaux de patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et les taux dans la structure concernée permet de calculer un « coefficient de sur-précarité » qui vient moduler le forfait total.

(2) Forfait local

Un versement supplémentaire peut être versé dans le cadre d'actions correspondant à un besoin local particulier, défini par l'ARS locale, relevant de la prévention, de la promotion de la santé ou de l'éducation à la santé en population générale et/ou spécifique. Le financement de ce type d'actions étant jusqu'ici assuré par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) ou encore par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS), le forfait local n'a pas vocation à se substituer à ces financements mais à compenser une éventuelle diminution des sommes attribuées.

Le montant total du forfait local ne peut pas dépasser 15% du montant alloué pour le module 1 et ne peut dépasser 5% du budget de fonctionnement du site.

Il est par ailleurs soumis à l'atteinte d'indicateur de résultats quant aux actions mises en place.

(3) Modulation de la partie B en fonction des objectifs

Le montant alloué en partie B du module 1 est modulé en fonction d'objectifs de qualité des soins et d'efficience des pratiques. L'atteinte de ces objectifs est évaluée par des indicateurs sur la totalité des professionnels de la structure afin d'évaluer l'apport de l'exercice coordonné.

Les objectifs définis sont :

- Qualité des soins : Quatre indicateurs à choisir sur dix.
 - Dépistage du cancer du sein
 - Prévention de la grippe saisonnière
 - Lutte contre l'hypertension
 - Prise en charge des diabétiques
 - Prévention de l'obésité
 - Prévention du risque cardiovasculaire
 - Dépistage Alzheimer
 - Accompagnement Alzheimer
 - Lombalgies chroniques
 - Prescriptions par les paramédicaux

- Travail coordonné pluri-professionnel : Quatre indicateurs à choisir sur sept.
 - Continuité des soins (4 indicateurs) :
 - Dossier de patient commun
 - Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement
 - Continuité des soins aux heures de fonctionnement
 - Coordination des soins avec un établissement extérieur
 - Partage d'informations (2 indicateurs) :
 - Espace de travail informatique commun (différent du dossier médical partagé)
 - Réunions de concertation et suivi
 - Organisation des pratiques / protocoles (1 indicateur)
- Efficience (bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention) : tous les indicateurs sont obligatoires.
 - Bon usage des médicaments génériques (antibiotiques / antihypertenseurs / statines)
 - Diminution du recours à l'hospitalisation (en cours de validation)
 - Bon usage des transports sanitaires

La modulation de la dotation B se fait de la manière suivante :

- Taux global de réalisation < 60% : Diminution de 20%
- Taux global entre 60% et 100% : Montant réel = Montant théorique x (0,20 x taux de réalisation + 0,80)
- Taux supérieur à 100% (majoration de la dotation) : Montant réel = Montant théorique x (0,30 x taux de réalisation + 0,80)

3. Module 2 : « Nouveaux services aux patients »

a) Objectif

Rémunération de prises en charge innovantes en médecine de ville des patients complexes et atteints de pathologies chroniques.

Il comporte un volet éducation thérapeutique du patient et un volet pour la prise en charge coordonnée de patients complexes par un trio de professionnels.

b) Education thérapeutique du patient

(1) Mise en œuvre

Elle nécessite au moins deux professionnels de professions différentes. Si l'un des professionnels n'est pas médecin, la coordination se fait par un médecin.

La file active doit être d'au moins cinquante patients à la fin de la première année du programme puis doit augmenter de 10% par an.

Aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro n'est autorisé.

(2) Déroulement

- Phase 1 : orientation vers le programme par ou avec l'accord du médecin traitant du patient.
- Phase 2 : Diagnostic éducatif permettant d'évaluer les besoins, les potentiels et les attentes du patient. Entretien individuel par un ou plusieurs professionnels formés à l'éducation thérapeutique.
- Phase 3 : Séances collectives (8-10 adultes ou 6-8 enfants) par un ou plusieurs professionnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire. 3 à 4 ou 5 à 6 séances sont préconisées en fonction de la pathologie, de la sévérité des troubles et des besoins. Des séances individuelles peuvent éventuellement être proposées.
- Phase 4 : Evaluation finale du bénéfice du programme par le ou les professionnels ayant réalisé le diagnostic éducatif en phase 2. Elaboration d'une synthèse écrite.

(3) Financement

Trois types de forfaits peuvent être attribués :

- Elaboration et structuration initiale du projet : 1000 € (une seule fois en début de projet)
- Formation des professionnels : 1000€ par professionnel sur justificatif de dépenses et dans la limite de deux formations par an et par type de programme (hors financement

par un dispositif de développement professionnel continu). La durée minimale de formation nécessaire pour pouvoir dispenser une ETP est de 40 heures.

- Forfait par programme et par patient : (se substituant au paiement à l'acte).
 - 250 € par patient si diagnostic + 3-4 séances.
 - 300 € par patient si diagnostic + 5-6 séances.
 - 100 € d'indemnisation si abandon du programme par le patient après le diagnostic et la première séance.
 - Ce forfait couvre le diagnostic, la rémunération des professionnels, l'évaluation finale avec synthèse, les frais de fonctionnement et les supports.

Le financement se substitue aux financements existants éventuels (FIQCS, FNPEIS,...). En cas de participation simultanée du patient au programme d'éducation thérapeutique de la Mutualité Sociale Agricole, un avenant spécifique doit être signé.

Un même patient ne peut bénéficier que d'un programme par an pour une pathologie donnée et que de deux programmes pour des pathologies différentes sur la durée d'expérimentation.

(4) Engagements du site d'ETP :

Le suivi se fait par des indicateurs évaluant :

- L'évolution annuelle de la file active de patients.
- L'accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert) et l'accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances).
- Le contenu du programme : nombre de séances individuelles / nombre de séances collectives.
- Le pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises).
- Le pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle.
- Le pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

c) ESPREC (Suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours)

(1) Présentation

Ce protocole a été élaboré conjointement par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) et l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR.Santé).

La Haute Autorité de Santé a émis le 12 décembre 2012 un avis favorable à ce protocole.

Il a pour but d'expérimenter le suivi global de certains patients complexes par un trio de professionnels de santé : médecin généraliste, infirmier et pharmacien.

(2) Patients concernés

L'équipe propose un suivi renforcé et coordonné à des patients porteurs d'un cas complexe de pathologies chroniques relevant de l'un au moins des cas suivants :

- Patient atteint d'un diabète de type 2 et présentant :
 - Deux HbA1c consécutives espacées de 3 mois > 8%.
 - Ou une aggravation ou la survenue d'une complication depuis un an (cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, rétinopathie sévère, risque de lésion des pieds grade 3, albuminurie confirmée > 0,3 g/l).
- Patient atteint d'une pathologie cardiovasculaire suivante :
 - HTA sévère nécessitant au moins une trithérapie.
 - HTA compliquée de myocardiopathie ou d'insuffisance cardiaque.
 - HTA associée avec trois facteurs de risque cardiovasculaire et/ou atteinte d'un organe cible.
- Personne âgée fragile : Score SEGA volet A > 11.

(3) Les différentes étapes du protocole ESPREC

- Orientation vers le programme : L'inclusion du patient est prise à l'initiative du médecin traitant. Il propose au patient l'inclusion dans le programme, et, si celui-ci accepte, le patient et l'équipe pluriprofessionnelle s'engagent sur un suivi ESPREC.
- Recueil du consentement du patient : Le recueil de l'accord du patient s'accompagne de la remise d'un document d'explication.

- Coordination entre les professionnels : Deux réunions sont organisées entre les trois acteurs.
 - La première lors de l'inclusion du patient pour échanger sur son cas, fixer des objectifs de suivi et déterminer le professionnel de santé référent qui sera proposé au patient.
 - La seconde au cours de l'année pour échanger sur le suivi réalisé et fixer éventuellement de nouveaux objectifs.
- Organisation du suivi du patient : Le professionnel de santé référent a un contact (téléphonique ou physique en visite ou consultation) une à deux fois par mois avec le patient. Le professionnel de santé référent peut faire intervenir, une ou plusieurs fois, un autre professionnel si nécessaire (diététicien, kinésithérapeute, psychologue, éducateur sportif).

(4) Financement

Deux forfaits sont prévus :

- Formation des professionnels : Un forfait de 1 000€ peut être alloué au site pour la formation des professionnels à l'accompagnement de cas complexes, dans la limite 1000 € et de trois formations par an.
- Un forfait par patient : Un forfait de 250 € par an et par patient est alloué au site couvrant les indemnités des deux réunions entre les trois professionnels, le suivi effectué par le professionnel référent et les interventions éventuelles d'autres acteurs lors de l'année.

La structure ne peut mettre en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique rémunérés par la puissance publique – en particulier celui du module 2 des NMR – sur les trois pathologies concernées par le protocole ESPREC.

A partir de l'entrée dans le module 2bis « ESPREC », aucun nouveau patient ne peut ainsi être intégré dans un module 2 « ETP » portant sur une pathologie pour laquelle ESPREC est déployé.

4. Module 3 : « Coopération entre professionnels de santé »

a) Objectif

Financement de la coopération entre professionnels de santé (délégation d'actes) telle qu'elle est prévue par la loi HPST. Pour l'instant, seul le protocole « Asalée » en Région Poitou-Charentes a été financé par ce module. Un guide pour l'élaboration d'un protocole de coopération est disponible sur le site Internet de l'HAS. (38)

b) Protocole « Asalée »

Il s'agit d'un protocole de coopération médecin / infirmier permettant une délégation d'actes médicaux du médecin vers l'infirmier concernant deux dépistages et deux suivis de pathologies chroniques :

- suivi du patient diabétique de type 2 incluant : rédaction et signature de prescriptions types des examens / prescription et réalisation des ECG / prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds.
- suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG.
- suivi du patient tabagique à risque BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie.
- consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

S'y ajoutent un travail de repérage et de tenue des dossiers médicaux des patients dans le système informatique du cabinet ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique.

c) Financement

La CPAM de Niort alloue une somme forfaitaire pour chaque ETP infirmier de l'association Asalée. Cette somme versée à l'association permet l'indemnisation des médecins pour les réunions mensuelles, les honoraires / salaires et les charges des infirmiers, ainsi que les frais de structure.

5. Structures concernées en Haute-Normandie

Les sites concernés par les NMR en Haute-Normandie sont au nombre de cinq (39) :

- MSP, Saint-Romain de Colbosc (NMR 1 et 2)
- MSP, « Les Colibris » Le Havre (NMR 1)
- MSP, Gaillon (NMR 1 et 2)
- Réseau territorial de santé du Pays de Bray, Neufchâtel-en-Bray (NMR 1 et 2)
- Pôle de santé « La Cosse », Val-de-Reuil (NMR 1 et 2)

Il n'y a pas de structure bénéficiant actuellement des NMR 3 en Haute-Normandie

6. L'avenir des NMR

L'arrêt de l'expérimentation à la fin de l'année 2013 fait se poser la question de la poursuite de ces modes de rémunération.

L'article 45 de la LFSS pour 2013 complète le dispositif de rémunération forfaitaire des professionnels libéraux en prévoyant des négociations conventionnelles interprofessionnelles pour établir les modalités de ces rémunérations.

Le texte modifié intègre désormais une dimension d'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients.

Désormais, le II du premier alinéa de l'article L162-14-1 CSS prévoit que, « *Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des Centres de Santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.* »

Qui plus est, l'article 45 de la LFSS pour 2013 y ajoute un nouvel alinéa aux termes duquel,

« Ces accords définissent :

Les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types.

- *Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'ARS et un organisme local d'Assurance Maladie avec des Maisons, Centres et professionnels de Santé intéressés.*
- *Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'ARS et de l'organisme local d'assurance maladie ».*

Ainsi, la loi prévoit la poursuite de la rémunération des activités pluridisciplinaires. Cependant, les négociations interprofessionnelles n'ayant pas encore abouti, les modalités exactes de cette rémunération ne sont pas encore connues.

III. MATERIEL ET METHODES

A. Principe de l'étude

Le postulat initial de cette étude a été que personne ne peut mieux parler de la réalité de l'exercice en groupe pluridisciplinaire que les médecins qui exercent déjà de cette manière, et ce parfois depuis de nombreuses années.

Partant de ce principe, nous avons réfléchi à la meilleure manière de recueillir l'expertise de ces médecins et d'en tirer les enseignements possibles.

S'agissant par essence d'une étude qualitative, l'utilisation d'un questionnaire, même semi-ouvert, nous a paru trop restrictive, nuisant à la spontanéité des réponses et orientant par avance la réflexion des médecins interrogés.

Deux autres principales méthodes existent : les entretiens individuels et l'organisation de *focus groups*. Ces derniers sont « une technique de recherche d'informations qui consiste à recruter un nombre représentatif de personnes répondant à des critères d'homogénéité, ces personnes étant regroupées par petits groupes de 6 à 12, et ce, dans le but de susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue de groupe préalablement élaborée. » (40)

La méthode des entretiens individuels a été retenue d'une part pour sa plus grande facilité d'organisation (n'impliquant de mobiliser que l'interrogateur et non pas l'ensemble des participants) et d'autre part pour la possibilité d'une plus grande liberté d'expression – du fait de l'absence de tiers lors de l'entretien – surtout concernant les points négatifs et les contraintes de l'exercice.

B. Sélection des participants

La stratégie initiale de sélection des participants a été basée sur un critère géographique : afin de favoriser la diversité des points de vue, nous souhaitions pouvoir interroger à la fois des médecins exerçant en milieu urbain, semi-urbain et rural.

La première approche a été l'utilisation conjointe des sites internet « ARS Cartosanté » - pour l'évaluation des densités médicales et la quantification des médecins par commune –

« wikipedia.fr » – pour la densité de population des communes – et « pagesjaunes.fr » – pour la vérification manuelle de la présence d’auxiliaires médicaux à la même adresse qu’un médecin généraliste.

Cette méthode, fastidieuse, imprécise et source d’erreurs potentielles – une même adresse physique n’impliquant pas forcément une structure juridique commune, définition retenue d’un « groupe pluridisciplinaire » – a été rapidement abandonnée.

Les Conseils Départementaux de l’Ordre des Médecins de Seine-Maritime et de l’Eure ont été contactés par courriel mais n’ont pas été en mesure d’apporter leur aide à cette recherche.

L’URPS de Haute-Normandie a également été contactée et a fourni une liste de groupes pluridisciplinaires et de médecins. Tous les médecins contactés ont accepté de nous recevoir après explication du sujet et des modalités de l’étude.

Sur les dix praticiens interrogés, sept l’ont été suite aux informations fournies par l’URPS, deux sur les conseils d’autres médecins généralistes extérieurs à l’étude et un sur les conseils d’un des médecins interrogés dans le cadre de l’étude.

C. Elaboration et évolution du guide d’entretien

Dans le cadre d’un entretien semi-dirigé, la parole de l’interrogé doit en théorie être laissée la plus libre possible. Cependant, une ligne directrice, sous la forme d’un guide d’entretien, est nécessaire pour relancer le discours en cas de nécessité et pour s’assurer que tous les points d’intérêt ont été abordés.

Ce guide d’entretien est évolutif : à mesure que des points d’intérêt non prévus initialement se dégagent dans les entretiens, ceux-ci sont ajoutés à la ligne directrice afin de les aborder également avec les participants interrogés ultérieurement.

Notre guide d’entretien est disponible en Annexe II.

D. Réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été réalisés pour la quasi-totalité aux cabinets des médecins interrogés. Pour des raisons pratiques, l'un des entretiens a été réalisé au domicile du médecin plutôt que sur son lieu de travail.

Les entretiens ont été enregistrés de manière audio par deux appareils distincts afin d'optimiser la retranscription. L'enregistrement a été effectué à l'aide de l'application Meeting-Recorder version 1.0.2 par Lin Fei pour iOS installé sur iPhone 4S et iPad 2.

E. Retranscription des entretiens semi-dirigés

La retranscription a été effectuée à l'aide des logiciels Windows Media Player et Microsoft Office Word 2010.

Le verbatim a été restitué mot à mot. Le verbatim complet est disponible en Annexe V, les éléments pouvant nuire à l'anonymat des médecins participant à l'étude ayant été censurés.

F. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens après retranscription a été effectuée parallèlement de deux manières distinctes.

1. Analyse assistée par informatique (Phase 1)

Une première analyse s'est faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo 10 de QRS International.

Ce logiciel spécialisé a permis en premier lieu une analyse axiale des verbatims par encodage sémantique des entretiens. Ainsi, chaque paragraphe, phrase ou ensemble de mots a été codé en fonction de mots clés – ou nœuds d'encodage – établis au fur et à mesure de l'encodage. Ces nœuds ont ensuite été réorganisés de manière hiérarchique par thème.

L'arborescence des nœuds Nvivo est présentée en annexe III.

Pour finir, une requête d'encodage matriciel des différents nœuds a été effectuée afin de recouper le contenu encodé aux différents mots-clés et de mettre en valeur les relations entre les différents concepts.

Par ailleurs, le logiciel a permis une analyse statistique du texte (analyse lexicale) par des requêtes de fréquence de mots.

2. Analyse manuelle (Phase 2)

Une deuxième analyse, plus empirique, a été réalisée par une autre personne. Elle a permis de dégager, entretien par entretien, les idées exprimées classées en attraits et contraintes de l'exercice pluridisciplinaire. Ces idées ont toutes été justifiées par les verbatims associés.

Les résultats de cette analyse sont présentés dans les tableaux de l'annexe IV.

3. Synthèse

Les résultats de ces deux analyses ont ensuite été confrontés afin d'obtenir une synthèse homogène présentée dans le chapitre suivant. La mise en parallèle des deux analyses a entraîné une réinterprétation des données et une adaptation du codage en fonction des éléments mis en lumière par chacune des deux analyses.

G. Elaboration de la synthèse des résultats

Nous avons donc décidé de présenter les résultats de manière thématique en soulignant le caractère attrayant ou contraignant de chacun des éléments.

Au début de chaque chapitre et en synthèse, une présentation graphique des résultats, issue du principe des *Concept Maps* (41), a été réalisée à l'aide du logiciel CmapsTools de l'Institute for Human and Machine Cognition qui est disponible sur le site <http://cmap.ihmc.us>

H. Coût

Cette étude n'a bénéficié d'aucune subvention.

Les coûts principaux ont été les frais kilométriques pour que l'interrogateur se rende sur le lieu d'exercice des médecins du panel lors de la réalisation des entretiens : 80 € environ.

IV. RESULTATS

A. Présentation

Nous allons à présent présenter les résultats tirés de l'analyse qualitative des entretiens réalisés auprès de notre panel de médecins exerçant en groupe pluridisciplinaire. Nous présenterons pour chaque thème, les différents aspects des attraits et des contraintes liés à ce mode d'exercice.

Chaque thème sera introduit par une carte des concepts établissant de manière graphique les interconnexions entre les différents concepts extraits des entretiens.

Cette carte sera ensuite expliquée de façon détaillée par la présentation de chaque connexion, soulignée par le verbatim des entretiens. Ces citations seront référencées par numéro d'entretien et numéro de page afin de pouvoir se référer au contexte de ces extraits dans le verbatim complet disponible en Annexe VI. *Exemple : « #1-12 » correspond à la page 12 de l'entretien 1.*

Une cartographie globale des concepts, reprenant la totalité des interconnexions principales établies d'après l'analyse des entretiens, sera présentée en fin de chapitre.

Les caractéristiques de notre panel de médecins sont résumées dans le tableau suivant :

#	Sexe	Tranche d'âge	Milieu	Exercice médical particulier	Année d'installation (structure actuelle)
1	F	50-60	Urbain	Phytothérapie	2010
2	M	50-60	Rural	Gériatrie	2011
3	M	50-60	Semi-rural	Non	2007
4	M	30-40	Rural	Non	2010
5	M	30-40	Urbain	Petite chirurgie	2009
6	F	30-40	Semi-rural	Gynécologie, pédiatrie	2010
7	F	30-40	Urbain	Gynécologie, pédiatrie, exercice déporté	2010
8	M	30-40	Semi-rural	Ostéopathie	2009
9	M	30-40	Rural	ECG, gynécologie	2006
10	M	50-60	Urbain	Non	1993

Tableau 1 : Caractéristiques du panel

B. Les motivations à l'installation en groupe pluridisciplinaire

Les éléments suivants correspondent aux éléments identifiés comme faisant partie des motivations à l'installation en groupe et non pas comme les attraits réels ressentis dans ce mode exercice. La question de savoir si ces motivations initiales se traduisent effectivement par des attraits concrets sera l'enjeu des chapitres suivants.

1. Carte des concepts

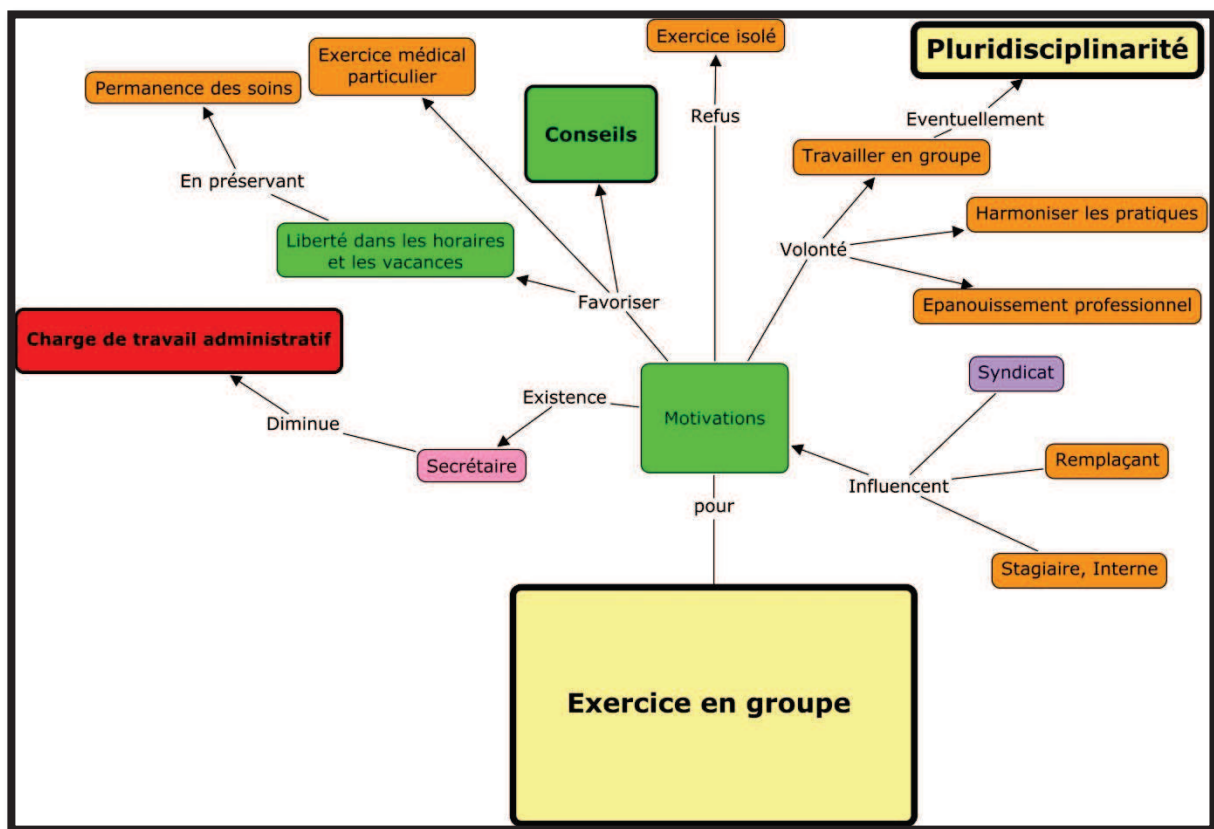


Figure 1: Carte des concepts - Motivations

2. Travailler en groupe

Le choix d'installation en groupe est principalement lié à la volonté même d'exercer en groupe, pluridisciplinaire ou non, qui est la motivation la plus fréquemment mise en avant.

a) Exercer avec d'autres médecins

Il s'agit avant tout d'exercer en compagnie d'autres médecins, le plus souvent généralistes.

« Nous, ce qui nous a été très motivant, c'est d'abord de travailler ensemble entre médecins. Le pluridisciplinaire, c'est encore mieux mais ce n'est pas ça qui a été la motivation. C'est de se mettre autour de la table tous ensemble et de mutualiser les activités. » (#3-7)

« L'idée, c'était avant tout d'être déjà avec plusieurs médecins. » (#8-4)

« Je pense qu'au niveau des professionnels de santé purs, enfin médecins, c'est mieux d'être dans le même local parce que d'abord il y a la sécurité, enfin ce n'est pas une question de sécurité c'est une question d'être avec d'autres professionnels, ça sécurise mais pas au sens violence du terme au sens de sa pratique. » (#1-9)

b) Exercer avec d'autres professionnels de santé

Il s'agit parfois aussi d'une volonté de travailler véritablement en concertation avec d'autres professionnels de santé.

« Et c'est vrai que ce mode d'exercice en équipe, je dirais sur le plan pluridisciplinaire, c'est quelque chose qui m'avait séduit. » (#5-1)

« J'ai toujours aimé travailler un petit peu en groupe. J'ai une pratique hospitalière. Je travaille avec des équipes dans le milieu hospitalier, donc je pense que c'est intéressant de travailler à plusieurs. La patientèle s'est développée et puis au bout d'un moment on s'aperçoit qu'il faut travailler avec d'autres professionnels, en particulier la diététicienne ou la kiné, pour pouvoir faire un travail intéressant. C'est comme ça qu'on a avancé sur le projet. » (#4-2)

« L'intérêt, c'est vraiment de pouvoir travailler avec d'autres professions paramédicales et médicales. » (#9-3)

« Bah c'est le travail d'équipe, quoi. Vraiment. » (#4-4)

3. Ne pas exercer seul

Plus que le désir d'exercer en groupe, de manière subtilement différente c'est parfois le désir de ne pas exercer seul qui est mis en avant.

« Je ne me voyais pas travailler tout seul en tout cas. » (#4-1)

« C'est plus l'envie des jeunes médecins quand même, de ne pas être tout seul. Moi je n'irai jamais me mettre toute seule de toute manière. » (#6-8)

« Enfin je ne pourrais pas travailler seul, voilà, c'est clair. » (#5-32)

« Le fait de pouvoir discuter ensemble, le fait de ne pas se sentir seul. » (#8-16)

4. Le secrétariat

Pouvoir disposer d'un secrétariat est plus facile lorsque l'on exerce en groupe, ce qui diminue la charge de travail administratif :

« Bah moi j'avais fait des remplacements chez des médecins qui travaillaient en solo et je trouvais qu'au niveau de l'organisation c'était un petit peu... un petit peu dur, quoi. Il fallait gérer beaucoup de choses. Ils n'avaient pas de secrétaire. Il fallait prendre le téléphone, à l'époque. Donc gérer le courrier, le téléphone, et puis les dossiers, donc je trouvais que ça faisait pas mal de boulot... » (#10-3)

« Euh... et puis d'avoir... enfin... de pouvoir bénéficier aussi d'un "plateau technique" avec un accueil, un secrétariat sur place. » (#9-3)

« Ne pas être isolée, avoir un secrétariat sur place, pouvoir discuter avec les collègues... voilà. » (#6-4)

5. Les échanges et conseils entre professionnels

La possibilité d'échanger avec ses pairs, que ce soient des conseils, des projets, des angoisses ou simplement discuter est une motivation essentielle de l'installation en groupe.

« Notre intérêt c'est aussi... un intérêt... euh... euh... « scientifique » comme ça, c'est de pouvoir partager et de pouvoir... essayer d'avoir une vision globale et de partager ses expériences et puis ses difficultés quand on a besoin, pouvoir parler c'est plus simple. » (#9-3)

« Et puis partager aussi son expérience, ses difficultés, voilà. » (#8-4)

« Et puis bah ça permet aussi de connaître mieux les gens aussi, et puis bah le dialogue est facilité quoi, c'est-à-dire qu'on se croise dans le couloir et on dit : "Tiens tel patient... il a tel problème", enfin tout ça. "Qu'est-ce que tu en penses ?" Voilà. Ou : "Il faudrait que tu ailles voir en visite parce qu'il a tel problème". Enfin, voilà. Alors que, bah, c'est vrai que les paramédicaux aux alentours ce serait peut-être un peu plus compliqué de rentrer en contact, mais... ça facilite un peu les choses. » (#9-10)

6. Harmoniser les pratiques

L'une des motivations peut aussi être d'harmoniser les pratiques médicales en vue d'apporter une meilleure qualité des soins.

« Et c'est le but parce que si on s'est installées ensemble c'est aussi pour ça, pour pouvoir essayer d'uniformiser – enfin le terme uniformiser me déplaît mais bon c'est quand même un peu ça – d'uniformiser nos pratiques aussi. » (#1-14)

7. Les horaires et vacances

Favoriser la liberté dans les horaires et vacances, tout en préservant la permanence des soins, est une préoccupation qui incite à s'installer en groupe.

« Pouvoir s'organiser de façon plus facile pour les horaires de consultations et puis les vacances au besoin. » (#9-3)

« Bah on part en vacances... le fait de trouver un remplaçant pour assurer la permanence des soins. » (#10-3)

8. L'épanouissement professionnel

L'enrichissement professionnel, notamment par le biais de l'échange avec les paramédicaux, constitue également une motivation pour certains praticiens.

« Et puis bah, l'enrichissement professionnel, le fait d'être avec des sages-femmes. Moi je travaille... j'ai fait un DU d'allaitement, et c'est essentiellement sur ce domaine-là qu'on a un lien avec les sages-femmes. » (#7-4)

9. Pratiquer un exercice médical particulier

Le fait de pouvoir exercer en groupe permet de ne pas se consacrer exclusivement à une pratique de médecine générale mais aussi parfois de se diversifier et d'exercer un exercice particulier.

« Euh... c'est aussi de pouvoir avoir des activités variées parce que même si on fait pratiquement tous de la médecine générale, on a tous des façons différentes de la faire, et puis on a parfois tous... chacun... des hobbies ou des attrait particuliers pour certaines pratiques... » (#9-4)

10. Facteurs modifiant les motivations

Le fait d'avoir été stagiaire ou remplaçant dans la structure incite à s'y installer par la suite.

« En fait j'ai rencontré cette équipe et ça a motivé mon installation à [...], durant mon stage chez le praticien. » (#5-1)

« La première chose c'est que déjà je connaissais le groupe ici vu que j'étais passé comme stagiaire, puis après comme remplaçant. » (#9-3)

Enfin, le parcours syndical a aussi une influence.

« Je dirais mon parcours syndical puisque c'est mon syndicat qui a mis en place les maisons pluridisciplinaires, enfin qui les a lancées, qui a lancé le concept et qui a été repris... parce que ça fait des années nous qu'on en parlait. Donc de manière assez naturelle, étant un peu au cœur du problème à l'époque, quand on a eu besoin... » (#1-4)

C. Le projet de groupe pluridisciplinaire

Tout commence avec un projet, une idée mise en commun qui se développe progressivement. De multiples facteurs influencent ce développement.

1. Carte des concepts

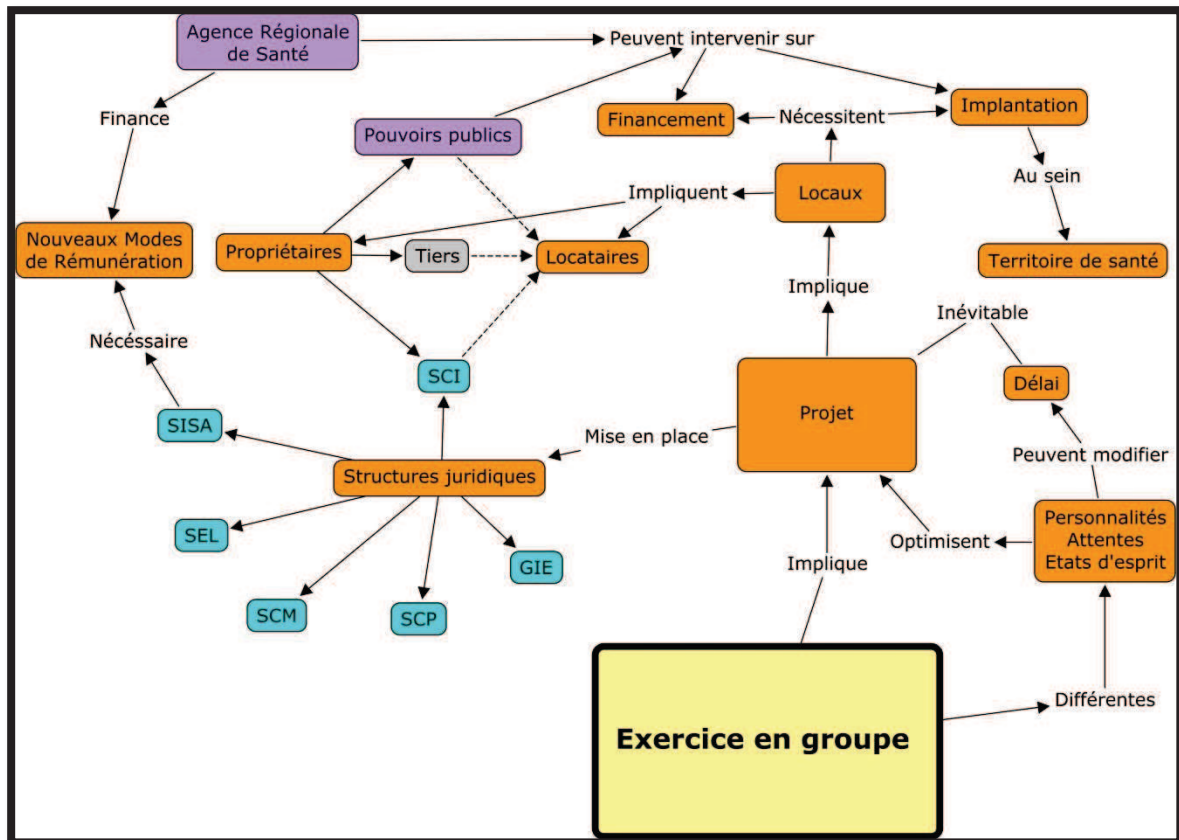


Figure 2 : Carte des concepts - Projet

2. Une démarche qui prend du temps

La construction d'un groupe pluridisciplinaire, et d'autant plus d'une Maison ou d'un Pôle de Santé, est une démarche qui prend du temps. Depuis l'idée du projet, sa rédaction, sa mise en œuvre jusqu'au fonctionnement effectif de la structure, ce sont des mois voire souvent des années qui s'écoulent.

Ce délai peut être une chose positive dans le sens où une structure pluridisciplinaire est un aboutissement, le point final d'études, de discussions, de concertations visant à satisfaire tous les acteurs impliqués.

« On a quand même travaillé plus de dix ans, quinze ans, ensemble sur certaines problématiques avant d'en arriver là. Donc ça s'est fait très progressivement. Je pense que c'est vraiment un achèvement... d'arriver en Maison de Santé, de travailler tous ensemble, c'est vraiment un achèvement. Il y a des tas de paliers à faire, avec des grandes réflexions sur le mode commun de travail. » (#3-30)

« Tout doit se construire, oui. » (#4-18)

Cependant, le temps passé à construire le projet peut parfois être tellement important que certains acteurs décident de construire autre chose ou alors acceptent des conditions qui ne sont pas optimales.

« On avait prévu un lieu central avec d'autres confrères et finalement ça n'a pas pu se passer comme ça. On a cherché d'autres lieux qui étaient à mi-chemin pour permettre que les patientèles s'y retrouvent et finalement on en a eu ras-le-bol et on s'est dit bon on s'installe chez nous. On a construit sur fonds propres la structure sans bénéficier de subventions. [...] parce qu'en fait il y a un moment où ça devenait... enfin c'était compliqué. Et donc un de nos confrères et des infirmières qui avaient travaillé avec nous sur le projet initial [...] comme ça n'a pas pu se faire comme ça, il est resté tout seul du coup. » (#2-6)

« Et puis sont arrivés ces locaux-là et on en a profité parce qu'on tournait en rond et qu'on n'y arrivait pas. Mais je pense que ce sont des locaux qui ne sont pas du tout adaptés. » (#1-5)

« Au bout d'un an et demi... voilà. Donc... et c'est ce qui m'a décidé en fait à rester. Parce que du coup au bout d'un moment je me suis dit : "Bon bah, si ça ne marche pas, si ça ne se développe pas, si tout le monde part, je ne vois pas l'intérêt de rester". Donc j'avais fait un courrier. Je dis : "Bon bah si dans un an ça ne va pas mieux, je pars". » (#8-9)

3. Construire en équipe

Un projet de groupe pluridisciplinaire se construit le plus souvent à plusieurs. Dans chaque groupe il existe des « porteurs de projets » qui sont le plus souvent des médecins généralistes. Cependant, l'implication de tous les acteurs est un élément essentiel. Cela implique un échange d'idées différentes mais également de composer avec les attentes et personnalités de chacun.

L'attrait principal est l'adaptation du projet aux idées des différents intervenants. Le projet issu d'une réflexion commune reflète les points de vue variés des différents professionnels impliqués. Cela commence avec un échange sur les attentes de chacun.

« Donc déjà mieux se coordonner, mieux se connaître etc... ça a été le début déjà, de voir qui tu es, comment t'es installé etc... qu'est-ce que tu attends de l'association ? » (#5-7)

Cette construction commune du projet est cependant parfois mise à mal par des implications différentes des professionnels. La réflexion n'étant pas toujours réalisée avec tous les intervenants, le résultat final ne convient pas toujours à tous les professionnels.

« Nous avons eu des problèmes avec nos paramédicaux parce qu'on ne les pas assez intégrés dans le projet. Donc la seule chose que je ferais différemment c'est de faire beaucoup plus attention à l'intégration des paramédicaux dans le projet. Bon les secrétaires ont été totalement intégrées mais pas les paramédicaux. D'eux-mêmes les paramédicaux nous ont dit qu'ils n'avaient pas de temps pour ça, « ça nous dit rien, faites ce que vous avez à faire... » Mais au final ça ne fonctionne pas aussi bien avec eux. » (#1-27)

Parfois ce sont des problèmes d'attentes différentes qui sont en cause.

« Parce que... parce que je pense que les différences de... de... le fait d'être dans différents domaines professionnels, ça amène à des différences de... on ne pense pas les choses de la même façon. J'ai découvert des choses pas...enfin... avec les infirmières on a un fonctionnement qui est totalement différent. » (#8-21)

« Il faut que ce soit voulu de la part de tous les professionnels, et que ce soit vraiment quelque chose de voulu enfin... parce que souvent c'est voulu des médecins mais pas forcément des autres. Eux tout ce qu'ils... enfin ce que j'ai pu ressentir, certains ne voient que le moyen de gagner de l'argent en fait, voilà. Pas forcément, enfin après c'est très propre à chaque professionnel, mais... très propre... voilà, et pas forcément dans le but d'améliorer pour le patient sa qualité de vie. » (#8-22)

Et parfois des problèmes de personnalités.

« Donc il y a des échecs qui sont prévisibles ou qui ont été prévisibles parce que les personnalités n'étaient pas faites pour un travail en commun ou pas prêtes. Ce n'est pas qu'une question de nombre, je pense que c'est une question de volonté, de partage de pouvoir... et de voilà... je pense que certains ne veulent pas le faire, veulent garder la main sur tout et vont se fâcher systématiquement avec un médecin qui aurait un autre avis ou... donc là je crois que ce n'est pas la peine. » (#2-13)

« Je suis conscient aussi que de s'associer avec d'autres médecins en fait c'est assez compliqué aussi, parce qu'on a des médecins qui étaient aussi partants et puis avec qui, je pense avec du recul, on ne se serait pas bien entendu. Je pense qu'en fait il vaut mieux viser la taille humaine avec des gens avec qui on va bien s'entendre. Parce qu'en fait je

pense que les enjeux ils sont là. Si on se retrouve avec quelqu'un avec qui c'est conflictuel, je pense que ça peut très mal se terminer. » (#2-20)

« Je pense qu'il y aurait des gens qui ne pourraient pas travailler dans un cabinet de deux ou trois ensemble. » (#3-11)

« Probablement aussi... euh... des relations avec un des médecins un peu particulières, qui....enfin... voilà, [...], visiblement certains trouvent qu'elle a un comportement un peu particulier, donc voilà... des réactions un peu particulières, et du coup ça a dissuadé certains. » (#8-9)

Il faut également tenir compte du nombre de professionnels qui seront impliqués dans le projet : s'il est trop faible, les charges de la structure risquent d'être écrasantes et l'organisation complexe mais s'il est trop grand les risques de conflits sont majorés.

« Nous on s'est dit qu'en-dessous de six c'était très difficile. Quand on veut une bonne qualité de vie, avec la possibilité d'aller se former...etc. [...] voilà, nous on s'est projeté sur huit, ce qui nous paraît être, sur le plan, mais c'était de la représentation, sur le plan humain correct en terme de relation et puis nécessaire pour avoir la liberté de se former, la liberté d'avoir des temps partiels... ça c'est important. » (#5-23)

« Après, certainement qu'il y a un nombre minimal, effectivement, pour optimiser la secrétaire mais je pense qu'il ne faut pas être trop non plus parce que sinon après, ça... il faut plus de secrétaires, il y a plus de travail. Donc je suis... il y a un nombre je pense idéal, minimal je ne sais pas. » (#6-10)

« Bah on ne peut pas... fonctionner correctement si on n'a pas... enfin ce serait... oui du coup ce serait trop important si on n'avait pas au moins quatre cinq équivalent temps plein. Et là on est à..., bon je vous le dis, on est à cinq équivalents temps plein et si on est à moins de quatre... » (#7-11)

« Ah bah oui s'il y a quinze médecins, huit infirmières et trois kinés, ça peut être chaud. » (#2-7)

4. Les locaux professionnels

Un exercice en groupe pluridisciplinaire implique le plus souvent, hormis dans le cadre d'un Pôle de Santé, des locaux communs. Lors de l'élaboration du projet de groupe pluridisciplinaire, c'est un facteur essentiel à prendre en compte.

Ces locaux, lorsqu'ils sont bien adaptés aux professionnels qui y exercent, sont une source de confort de travail.

« Je pense qu'en tant que médecin généraliste, nos conditions de travail..., on a pris quand même des locaux ici, on a 529 m2 de locaux, on a pris la salle de réunion, c'est à nous, on le loue, on a dix bureaux.... On a, voilà, on a un loyer qu'on a doublé en changeant de cabinet. On a doublé notre loyer. Pour nous ça s'appelle un investissement. Donc c'est sûr que le loyer qu'on passe là on ne l'a pas en indemnisation. Mais au bout du compte... » (#3-22)

« On a des locaux qui sont spacieux qui nous permettent d'avoir les gens dans de bonnes conditions. » (#1-6)

Cependant, il faut prendre en compte certains paramètres dans leur configuration vis-à-vis des différents professionnels de santé qui y exercent.

« C'est-à-dire après, avec d'autres professionnels, il faut une salle d'attente indépendante, il faut... donc il y a d'autres contraintes. Nous on est parti sur nos fonds propres aussi, on ne voulait pas se dimensionner de façon trop importante. » (#2-14)

Et se pose également le problème du financement des locaux : par exemple « faut-il être propriétaire ou locataire ? » Les avis sont partagés en fonction des expériences de chacun.

« Donc moi je fais partie des gens qui pensent qu'il vaut mieux louer qu'acheter dans le cadre professionnel. » (#1-3)

« Enfin, voilà... d'envisager l'avenir différent, puisque là un de nos soucis c'est SCM SCI, enfin tout ça, on est un peu... on n'est pas propriétaires de nos locaux, enfin tout ça, donc, voilà, il faut réfléchir à d'autres choses... » (#9-6)

Parfois le propriétaire est un tiers ou bien la structure appartient aux pouvoirs publics ce qui peut avoir des implications sur le projet.

« [On est] locataires de la Mairie et on le restera après. [...] [avec un loyer qui est] misérable, là. Là on paye à trois. En fait, on partage deux salles avec le psychiatre et la généraliste. On a deux salles de consultation pour trois et on paye à trois ce qu'on payera chacun dans la MSP plus tard. [...] c'est-à-dire que là ça nous revient à peu près à 130 euros par personne et on va payer 440 par personne ensuite. » (#4-3)

5. La structure juridique

Lors de l'élaboration d'un projet de groupe, la décision de la – ou des – forme(s) juridique(s) à adopter est cruciale. Elle impacte non seulement sur les revenus et les charges mais également sur les relations entre professionnels.

En fonction des besoins, plusieurs structures juridiques peuvent se superposer pour servir des objectifs différents.

« On a des tas des structures juridiques. On a une association de médecins libéraux qui... pour la garde... qui organise tout ça. On a, avec l'hôpital, on a un groupement de coopération sanitaire, qui nous lie dans l'activité avec l'hôpital, qui sert pour la permanence de soins, pour la continuité des soins et pour un réseau de santé territorial qu'on est en train de mettre en place. On a une SISA qui nous permet de toucher les Nouveaux Modes de Rémunération et de les redistribuer. » (#3-13)

« A chaque fois, pour chaque type d'activité dans le domaine qui est concerné, on a une structure juridique adaptée. [...] Il faut. C'est indispensable. Ce n'est pas une volonté de multiplier, mais on ne peut pas mélanger les choses. La SISA, c'est bien compris, que ça ne peut pas concerner tous les membres d'une Maison de Santé. Pas pour des problèmes idéologiques, pour des problèmes juridiques. » (#3-14)

Parmi le panel interrogé, sept sont organisés uniquement en SCM (dont deux en cours de création de SISA), un est organisé en SISA, un est organisé en SCM + SISA + Association Loi 1901 et enfin un est organisé en en SELARL + SCM + SISA + GCS.

Cette structure juridique peut être amenée à changer au fil du temps soit en réponse à une modification des besoins, soit dans le but de changer l'organisation du travail.

« C'est-à-dire que nous étions en SCM et pour pouvoir toucher l'argent des ARS, [...] on a été obligé de réformer les statuts en SISA. » (#1-3)

« Je pense que petit à petit en évoluant on ira surement vers des modes de type SEL ou SCP mais... plus de mises en commun des honoraires. » (#5-5)

Certains sont favorables à la mise en place d'une structure juridique commune avec les autres professionnels de santé et d'autres ne l'approuvent pas.

« On est en train de faire une SCM avec d'autres professionnels pour mettre en commun du secrétariat, des choses comme ça. » (#3-14)

« Être sous la même SCM je ne suis pas sûr que ce soit forcément la meilleure idée en fait. » (#8-22)

6. Les institutions

Un projet de groupe pluridisciplinaire nécessite une interaction avec les différentes institutions : les pouvoirs publics (mairies, communautés de communes,...), l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, le Conseil de l'Ordre, les syndicats...

Ces interactions, lorsqu'elles participent d'une communication positive, peuvent être très bénéfiques pour le projet.

« Je me suis installé là-bas parce que j'ai senti un maire volontaire qui serait capable de me suivre dans mes grandes idées [...]. Donc j'ai monté un dossier, un dossier de création de MSP. Le maire m'a suivi, il a compris ce que c'était une MSP, j'ai dû lui expliquer. J'ai constitué un dossier auprès de l'ARS qui a débloqué des fonds, de manière à ce que les collectivités territoriales nous suivent et développent ce projet. » (#4-1)

En revanche, ces institutions peuvent parfois être un frein, notamment à cause d'attentes différentes entre professionnels de santé et politiques.

« En fait notre premier projet qu'on a déposé il y a quatre-cinq ans, était basé sur un financement par les collectivités et devait être porté par une communauté de communes, donc ce projet est financé par le Conseil Général et Régional quand on l'a déposé et il a été refusé en fait, quand on l'a déposé, par la communauté de communes. » (#2-6)

« Entre autres aussi le problème des locaux parce qu'il faut trouver des locaux, il fallait trouver avec les HLM etc... qui n'ont vraiment rien fait du tout, la mairie non plus puisqu'on nous a dit : "Vous êtes des libéraux : démerdez-vous on n'est pas là pour vous faire des cadeaux". » (#1-5)

La constitution d'une SISA et les relations avec l'Agence Régionale de Santé sont bien sûr nécessaires à l'élaboration de projets impliquant les Nouveaux Modes de Rémunération.

« Et puis là où ça a été vraiment, où il y a eu un très bon levier, c'est l'ARS qui nous a dit : "et bah écoutez si vous êtes une équipe, vous êtes sur un territoire déterminé, vous avez essayé d'écrire un projet ensemble, vous allez pouvoir bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération." Donc on bénéficie des NMR. » (#5-5)

7. L'implantation

Le choix du lieu d'implantation d'un groupe pluridisciplinaire est primordial. Etant par essence composé de professionnels au service de la population, sa localisation doit pouvoir répondre à un besoin de cette population.

« Je me suis installé il y a trois ans, dans un village où il n'y avait plus de médecins, il n'y avait rien en fait. Il n'y avait plus du tout de médicaux ni de paramédicaux. Le dernier médecin était parti il y a six mois. » (#4-1)

Cependant l'implantation ne doit pas se limiter à satisfaire un besoin en termes de territoire de santé mais résulter d'une concertation de toutes les parties concernées.

« Je pense que c'est un gros problème d'implantation des maisons médicales, on y reviendra peut être tout à l'heure, il faut que l'implantation médicale soit faite avec les professionnels, ça c'est une chose, c'est évident, on ne peut pas le faire en dehors d'eux mais il faut le faire aussi dans le cadre d'un programme d'implantation de territoire de santé. Il faut arrêter de faire trois au même endroit etc... Il faut que ce soit concerté pour que ce soit cohérent au niveau de l'implantation mais il ne faut pas non plus que ce soit uniquement un territoire de santé ce qu'a tendance à faire l'ARS en disant "nous on voudrait bien qu'il y en ait un là" ou les maires qu'on envie de dire "moi sur ma commune je veux une maison médicale" ; attendez, vous en avez une sur la commune d'à côté il y a obligatoirement des communes qui n'auront pas de maison médicale. » (#1-5)

D. S'organiser

Une fois le projet mené à bien, toute une organisation doit se mettre en place afin de pouvoir travailler ensemble.

1. Carte des concepts

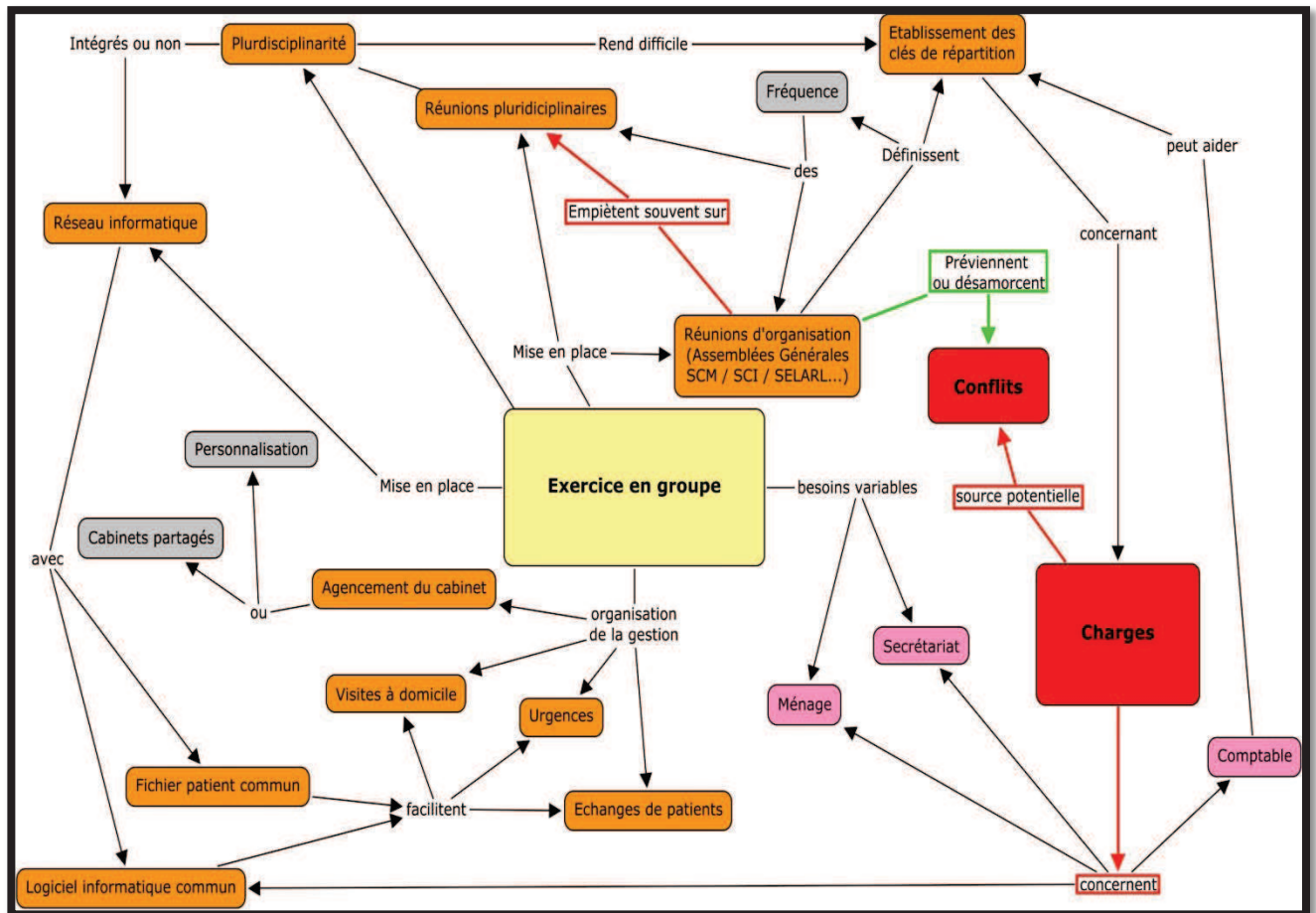


Figure 3 : Carte des concepts - Organisation

2. Avant tout : se réunir

La base de tout groupe, pluridisciplinaire ou non, est de se réunir de manière régulière pour organiser l'activité. Une partie de ces réunions sont des réunions pluridisciplinaires à vocation médicale et relèvent de l'exercice en commun que nous détaillerons dans la partie

suivante. Les autres réunions sont plus « organisationnelles » et comprennent notamment les assemblées générales prévues par les structures juridiques.

Ces dernières, servant également à gérer les problèmes et conflits éventuels, empiètent parfois sur les réunions « médicales ».

« Au départ, c'était voulu. Seulement, on s'est un peu perdus dans les réunions où on parlait d'argent. Je pense que c'est un peu, enfin je pense que ça doit être assez fréquent dans les Maisons de Santé, de parler de répartition des charges, des frais, des loyers...et donc le temps qu'on avait pour se réunir, bah on l'a pris pour ça. » (#7-7)

Malgré tout, la plupart des groupes essayent d'établir une fréquence déterminée pour ces deux types de réunions.

« C'est vraiment l'obligation de tous les jours à telle heure enfin toutes les semaines ou tous les mois à telle heure on se retrouve et c'est impératif. Sinon si vous n'êtes pas dans les mêmes locaux et que vous ne vous voyez pas je ne vois pas comment on peut faire une maison médicale. » (#1-10)

« Tous les lundis, on a staff. Une semaine sur deux, c'est staff organisation. Une semaine sur deux, c'est staff harmonisation des pratiques et présentations de dossiers. Voilà. » (#5-18)

« Il y a des réunions systématiques. On se voit normalement une fois par semaine, on mange ensemble. Et puis une fois toutes les trois semaines ou tous les mois, on a une réunion qu'on pourrait appeler un groupe de pairs. » (#2-5)

Mais il s'avère que suivre ce rythme établi n'est pas toujours évident en pratique...

« On aimerait faire une réunion par semaine mais on n'y arrive pas. » (#7-7)

« Alors initialement on avait des staffs pluridisciplinaires de prévus. Voilà. On les avait prévus une fois par semaine, ça c'était au tout début, hein. Et très vite, non, ça a capoté. Donc quand ça a capoté, on n'a plus rien fait. Et... non ce qui nous reste là, ce sont des réunions, des assemblées générales, par rapport à la SCM. » (#8-11)

« Idéalement, une fois par semaine. On arrive au moins une fois par mois à se retrouver pour parler des dossiers difficiles. » (#7-7)

Et certains groupes se limitent aux réunions organisationnelles.

« Non, non, non, on ne fait pas de staff... [...] ... une fois par semaine... Bof ça aurait pu être intéressant sur certains patients je pense,... [...] ...mais bon ça n'a jamais été mis en place, donc... » (#10-3)

« Maintenant une prise en charge pluridisciplinaire, non, on n'a pas de réunions pour parler des patients, c'est plus informel, et voilà. » (#6-5)

3. Les charges

Eau, électricité, personnel, loyer... toute activité professionnelle implique des charges. Dans le cadre d'un exercice en groupe, ces charges doivent être réparties entre les membres du groupe en tenant compte d'une multitude de paramètres.

Ces charges permettent de mettre en commun les moyens afin de disposer par exemple d'un secrétariat adapté.

« Le rôle de la secrétaire est très important. C'est-à-dire pas question dans une maison médicale d'avoir un secrétariat téléphonique quoi. » (#1-7)

« Nous on a fait le choix d'avoir deux secrétaires, d'avoir un secrétariat ouvert de 9.00 à 13.00 et de 14.00 à 19.00, mais c'est un choix : on est à trois, enfin à cinq avec les infirmières, et on considère que c'est possible et on envisage plus d'augmenter notre temps de secrétariat que de le baisser parce que sur la qualité d'accueil des patients, notre qualité de vie à nous de ne pas être dérangé au téléphone mais de pouvoir adapter quand même nos plannings parce qu'elles ont été formées pour ça. » (#1-19)

« Et c'est un gros travail pour nous. C'est un travail fondamental. L'avantage pour nous c'est que, quand on vient faire notre journée, on nous demande simplement de ramasser les chèques, les cartes bancaires, les espèces. On tire sur le logiciel, on fait notre compta, on s'aperçoit que ça correspond, on met tout dans une enveloppe, tout dans un coffre, et on ne s'occupe plus de rien. » (#3-7)

« Donc... le gros avantage, je pense, qu'on offre aux patients, enfin, voilà qu'ils peuvent trouver, c'est d'avoir un secrétariat disponible, présentiel, avec des gens à l'accueil, enfin tout ça... un accueil téléphonique qui est dédié au cabinet et qui est plus ou moins personnalisé, enfin voilà. » (#9-9)

Ou de payer l'entretien des locaux afin de ne pas avoir à faire le ménage soi-même.

« Pareil pour la femme de ménage, il y en a qui font leur ménage, nous on s'est posé la question on n'a pas envie de passer une heure de ménage tous les jours, c'est aussi un confort mais voilà nos "heures médecin" autant qu'elles passent en "heures médecin" qu'en "heures ménage". » (#1-19)

Il peut aussi s'agir d'acheter en commun le matériel nécessaire.

« Pour les grosses commandes, les grosses consommations, draps d'examens, tout ce qui est para..., enfin pansements, compresses, tout ça c'est en groupe que c'est acheté, oui. » (#9-13)

« Si on est tous sur la même longueur d'onde, je pense que c'est un avantage. On achète en gros, on paye moins cher. [...] et puis, moi, ça me... je n'aime pas gérer tout ça, quoi. Les commandes, ça me casse les pieds. » (#6-12)

Le recours à un comptable facilite la gestion, notamment du personnel de la structure, cependant cela n'implique pas toujours une aide dans la gestion des clés de répartition des charges en fonction des différents professionnels.

« L'autre priorité c'est le comptable parce que déjà dans une maison médicale la comptabilité est plus difficile, si vous la laissez faire au gérant c'est compliqué : je suis gérante mais je ne veux pas avoir à gérer les salaires, les déclarations d'impôts, c'est pas mon boulot je risque de faire des erreurs et il y a des gens qui sont formés pour ça. » (#1-19)

« Si on a un comptable, mais on a fait pas mal de choses en assemblées générales et évidemment la comptabilité pure c'est... c'est... oui, il y a un comptable. Mais, il y avait... voilà, par exemple, l'avis : "comment on répartit les charges etc..", ça on aurait bien aimé avoir quelqu'un un peu plus éclairé que... que nous. » (#7-17)

« Notre comptable n'a jamais su nous dire vraiment quel allait être le montant... enfin quel montant de charges il fallait estimer et combien on allait se répartir et voilà. » (#8-6)

Et certains cabinets ont décidé d'inventer des règles de répartitions de charges originales.

« Alors au début on était avec 50 % fixe des charges et 50% au chiffre d'affaires. Et ayant, moi, dix ans d'exercice et mes collègues en constitution, ça créait un différentiel tel que ce n'était pas viable pour moi et pas acceptable pour elles, c'était trop important. Donc on est passé à un système où nous mettons en commun tout ce qu'on appelle la rémunération sur objectifs, maintenant. Donc le ROSP. Cet argent-là, on le met tous sur la table. Alors évidemment tout le monde n'apporte pas la même chose. Cette somme globale, on la déduit des charges totales, puis on la divise par quatre. Ce qui permet, moi c'est une idée à laquelle je tiens particulièrement, qu'il y ait quand même un, comment dire, une adaptation des charges en fonction du niveau d'activité, pour aussi laisser à de jeunes professionnels le fait d'être pas trop pris à la gorge, alors que quand on est déjà installé depuis dix ans, moi j'ai une file active de 1200, 1300 patients, c'est normal que je paye plus de charges que mes consœurs qui sont en constitution. Donc ça c'est pour nous des systèmes de pondération. » (#5-4)

4. L'agencement du cabinet

Décider si les cabinets seront partagés entre les différents professionnels de santé ou si chacun pourra personnaliser son environnement de travail est important. La plupart des médecins sont très attachés à avoir un cabinet « à eux ».

« Moi je pense que ça c'est un souci parce qu'on a besoin d'avoir son petit coin à soi, je pense que ça c'est important aussi. Sinon les bureaux qui sont un petit peu impersonnels dans lesquels on tourne, moi ça ne me plairait pas trop. » (#2-19)

« Je suis un petit peu petite mamie. J'aime bien avoir mes habitudes et... et savoir où trouver les choses. Et puis, on..., bon, on ne travaille pas tous pareil et moi j'aime bien que ce soit propre quand j'en ai envie, et... disposé comme j'en ai envie, et puis bah voilà... que ce soit sympa pour moi et du coup pour les gens aussi. » (#6-15)

Au contraire, certains ne sont pas gênés par un partage des salles de consultations voire même le revendiquent comme un avantage.

« Enfin c'était un mobilier qu'elle avait déjà dans son cabinet avant. Moi j'ai apporté des... j'ai acheté quelques petites choses, et on a cherché ensemble quelle était la meilleure... » (#7-15)

« On n'a pas de cabinets fixes. Donc on a dix cabinets et on tourne en fonction des jours, de certains critères. Et ça, c'est la même chose, c'est très surprenant, mais c'est quelque chose auquel on s'est fait assez vite, très bien, et ça rompt un peu une espèce de ronron [...] ça évite justement de s'endormir [...] Mais finalement on s'y habitue très vite. Et pour des raisons extrêmement pratiques, matérielles, on est treize, bientôt quatorze, on a dix bureaux, déjà il faut qu'on partage, et puis en fait c'est quelque chose qui n'est absolument pas gênant. Voire même, moi je suis assez content. Je ne sais pas dans quel bureau je vais être... ça nous oblige aussi à réfléchir en commun comment organiser nos cabinets. Donc ils sont tous organisés de la même façon. [...] c'est des salles qui sont assez lumineuses, qui sont bien faites, qu'on a étudiées pour qu'elles soient agréables en tant que telles, voilà, c'est tout. Alors le fait qu'il n'y ait pas, je répète, la photo de maman, des enfants, de machin... je m'en fous, quoi. » (#3-29)

Cependant ce partage de cabinets peut volontiers entraîner des difficultés dans les relations avec les autres professionnels.

« Vous imaginez les conflits que ça peut faire : "moi j'ai quitté mon cabinet j'avais mes rouleaux de papier, j'avais du papier là, j'avais tout qui marchait, je rentre je n'ai plus de rouleaux de papier qui sont en avance, je n'ai plus de ramettes de papier, ils ont oublié de me remettre..." enfin bref on a fait ça quelques temps avec [...] c'est source de conflits, même si on s'entend bien. » (#1-16)

« J'ai vécu dans un cabinet à la maison médicale où on tournait sur les cabinets et tu te rends compte que le principe il est beau au départ et il s'atténue, voilà. Et que quand tu as une ampoule qui a grillé, mais que tu as fini ta journée, tu te diras il se démerdera demain. Ça je l'ai vu. Tu vois le cabinet il n'est pas rangé, pff.... J'ai fini ma journée, je suis parti tard, le collègue il arrive, c'est un peu le bordel, bah tant pis, enfin voilà. » (#5-30)

« La psychologue, nous avait dit qu'elle ne voulait consulter que deux jours par semaine. Donc on lui a proposé de partager en fait un cabinet avec nous. Et ça a été "source de conflits" de... enfin de... trouver le meilleur compromis entre une salle de consultation psychologue et une salle de consultation généraliste. L'aspect de la table d'examen n'est pas toujours propice à l'entretien psychologique. » (#7-15)

5. Le réseau informatique

La plupart des groupes pluridisciplinaires, y compris lorsqu'ils sont « hors les murs » mettent en place un réseau informatique afin de faciliter la communication, le suivi des patients, la transmission d'informations et l'harmonisation des pratiques.

Ce réseau informatique consiste dans tous les groupes rencontrés en un logiciel médical commun – qui est le plus souvent commun à tous les médecins du groupe – même si parfois un médecin n'est pas intégré au réseau.

« Le logiciel informatique, il est commun entre tous les médecins ?

[...] oui. Sauf un des médecins qui ne fonctionnent pas avec nous. Voilà, commun, sauf un parce que c'est un logiciel maison qui a été créé par le Docteur [...] Et ce logiciel, on est tous en ligne. Le docteur [...] lui avait acheté son logiciel avant que les médecins se regroupent, parce qu'ils se sont regroupés il y a quelques années ici, et du coup il a préféré garder ce logiciel, et en plus au niveau de la Sécu là ça... » (#6-3)

« Et là actuellement on a mis un réseau informatique pour qu'à terme, s'il y a des nouveaux arrivants ou si les collègues veulent changer leur logiciel informatique, on puisse tous se mettre en réseau. » (#7-4)

« On essaye de continuer la même mise en forme des dossiers dans lequel on va retrouver le suivi... les suivis de dépistage, les antécédents... » (#2-11)

« Le logiciel informatique, c'est un logiciel informatique commun ?

[...] Bah sur trois médecins, oui.

[...] Ça cause des difficultés que tous les médecins ne soient pas avec le même logiciel ?

[...] Non, parce que je pense que le Docteur [...] au début il était parti sur un logiciel... Je pense qu'il a été le premier informatisé, puis nous à trois on a été à une présentation Medec. On avait choisi un logiciel bon voilà, donc, on en est resté là, on est parti chacun avec notre logiciel. » (#10-2)

Aucun des groupes rencontrés ne dispose d'un réseau commun avec les professionnels de santé non-médecins, à la fois pour des raisons médico-légales, pour des raisons de besoins différents et pour des raisons financières.

« Les paramédicaux peuvent être en réseau mais pour l'instant il y a des petits problèmes ils n'y sont pas mais on est en réseau. En fait on n'a pas le droit d'être en réseau direct avec les paramédicaux il faut une structuration, ce qui pourrait se faire mais bon... » (#1-4)

« Médecins uniquement. On en a discuté depuis avec les infirmières, on y arrivera, simplement pour le moment, elles, elles ont besoin d'un logiciel qui leur permette plutôt un traitement de cartes, de facturation. Le logiciel qu'on a choisi n'est pas encore suffisamment attractif pour les paramédicaux. » (#3-6)

« Et à terme, est-ce que c'est prévu que les paramédicaux... ? [...] si c'est les tarifs proposés par Axisanté actuels, non. On communiquera comme on fait là. » (#4-4)

Un groupe cependant a pour projet d'intégrer prochainement les infirmières au logiciel commun.

« Et on en fera bénéficier les para... enfin d'abord les infirmières. On va leur installer... enfin on a un poste avec... auquel on devait avoir accès aux dossiers médicaux... » (#9-3)

6. L'organisation quotidienne

Enfin, par le biais des réunions organisationnelles et grâce au support du réseau informatique, les différents groupes pluridisciplinaires organisent, à une échelle plus ou moins grande, la répartition des tâches entre les différents professionnels.

Notamment, certains groupes mettent en place une gestion des demandes de rendez-vous urgents ou des visites à domicile mettant en jeu un roulement des médecins.

« Et puis on a un médecin dit "d'urgence" tous les jours, c'est-à-dire que s'il y a du non-programmé qui book etc, c'est d'abord vers ce médecin et non pas vers le médecin traitant, qu'il est adressé. Et c'est celui qui garde le téléphone le midi et le soir. Donc ça nous arrive une fois la semaine. » (#5-3)

« Par exemple, tous les matins, un exemple de confort de travail, tous les matins il y a un médecin du cabinet qui fait les visites pour tout le monde. Moi ce matin j'étais de visites, j'ai fait les visites demandées. J'ai fait des chroniques à moi que j'avais programmés et puis j'ai fait les quelques demandes qui sont de moins en moins nombreuses par l'accessibilité. J'ai vu deux-trois patients d'autres confrères qui voulaient voir un médecin ce matin. Et pendant ce temps-là, donc le confort, c'est que tous mes autres collègues étaient au cabinet et n'avaient aucune visite à faire. » (#3-7)

La mise en place d'un jour de repos dans la semaine pour chaque professionnel et la possibilité de s'absenter en cas de besoin – facilitées par le fichier patient commun assurant la transmission des informations si nécessaire – sont couramment répandues dans les cabinets de groupe.

« C'est-à-dire que là on a chacune une journée, après cette journée on en fait du loisir... enfin la majorité c'est pas du loisir mais c'est du changement... enfin on a chacune une

journée où on n'est pas là. Et puis après par exemple ma collègue a deux congrès en juin, elle nous prévient maintenant, il n'y a pas de souci elle va à ses congrès, on s'adapte c'est tout, on gèrera ses urgences et pas de souci. L'année dernière je suis partie trois semaines en Avril, à partir du moment où c'est prévu à l'avance, après on voit si on a besoin de prendre une remplaçante ou pas. [...] Donc même pour nos loisirs c'est une bonne chose. Quand on veut un grand week-end ça peut s'organiser. [...] Donc ça nous permet de partir un peu quand on veut, ça nous permet d'aller à des congrès et des formations et puis aussi de se partager les ponts et de s'arranger entre nous. On n'est jamais à moins de deux, ça c'est un principe de base on est toujours minimum à deux dans le cabinet. » (#1-21)

Cela comprend aussi la possibilité d'organiser des échanges de gardes au sein des praticiens du cabinet pour arranger les plannings en fonctions des souhaits de chacun.

« On va s'échanger aussi nos gardes : pour nous par exemple les gardes de secteur, puisqu'on a trois systèmes de garde ici, en garde de secteur c'est le cabinet qui est de garde, on ne cherche même pas à savoir qui est de garde en cas d'appel c'est celle qui peut le prendre et c'est tout. Pour les gardes de ville, moi le jeudi ne m'arrange pas bon on fait des échanges et c'est tout. Dès que le tableau de garde arrive on voit entre nous si on peut s'arranger. » (#1-21)

E. Les autres professionnels de santé – partie 1 : Exercer ensemble

Dans cette partie nous aborderons l'exercice médical commun, c'est-à-dire comment les différents professionnels interagissent – ou non – au sein de la structure. Les conflits possiblement engendrés seront détaillés dans une seconde partie.

1. Carte des concepts

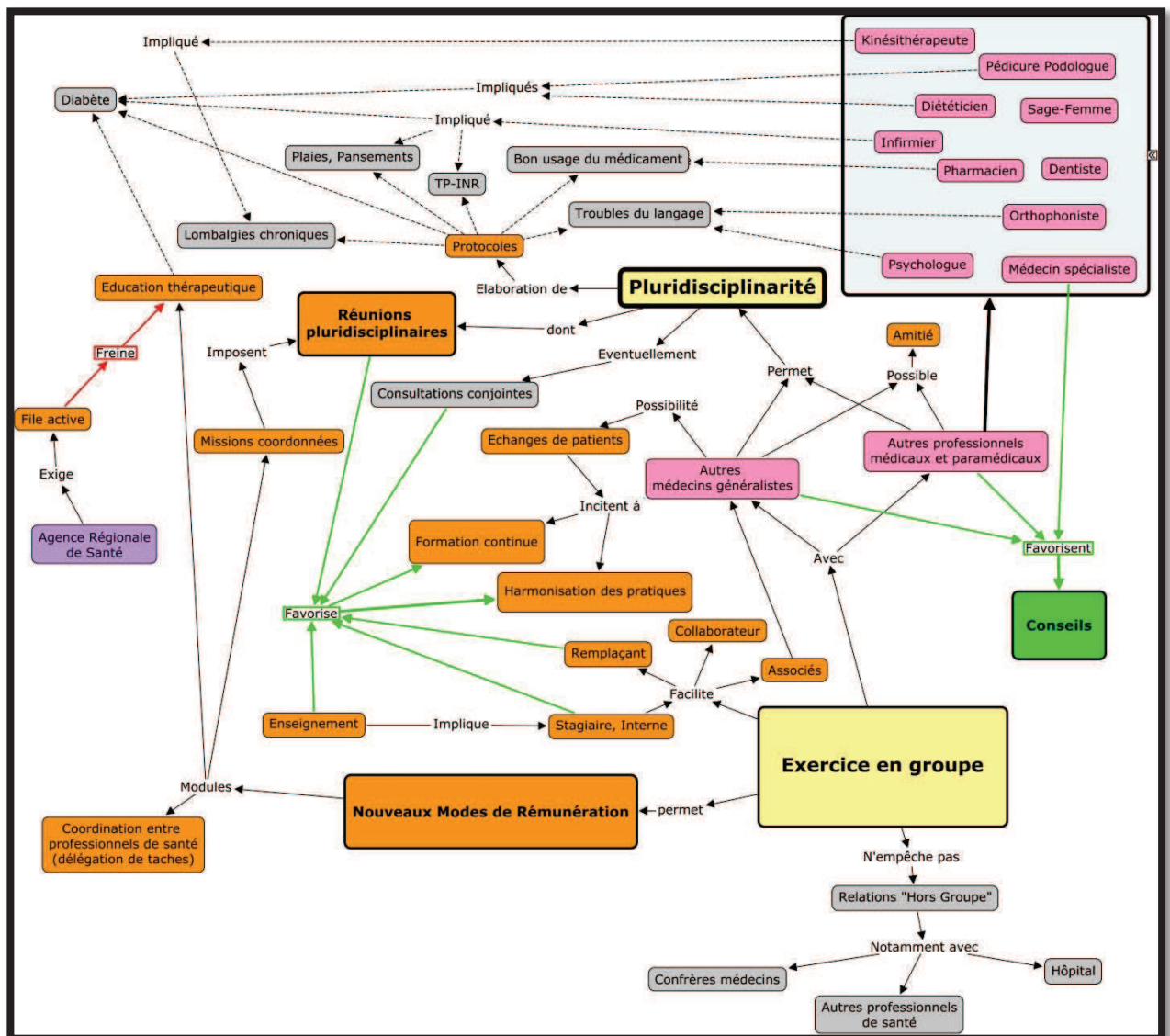


Figure 4 : Carte des concepts - Relations avec les autres professionnels

2. Echanger des conseils

Certains groupes constituent une juxtaposition de professionnels, avec une mise en commun des moyens, comme nous avons pu le voir auparavant, mais sans que cela implique des échanges sur le plan professionnel.

« Et des conseils entre vous ?

[...] ça arrive... pas très souvent. Je crois qu'on n'a jamais trop pris le temps de vivre ça, la maison médicale... » (#10-3)

Cependant, dans la plupart des groupes pluridisciplinaires, les échanges de conseils et d'informations entre les différents professionnels sont très fréquents.

Ce type de relations se voit avant tout entre médecins généralistes et notamment sur des problèmes comme des lésions dermatologiques pour lesquelles il est fréquent de demander un deuxième avis.

« Si j'ai un souci, ça c'est très régulier, il y a un... en parti... bah de la dermato. Une lésion dermato, euh... j'appelle mes collègues, je lui dis : "tu peux voir, tu peux me donner ton avis ?". Voilà. Bon ça n'aide pas forcément, mais on a un deuxième avis. On est le plus souvent...euh... voilà. Enfin ça dépanne bien, ça rassure. » (#8-16)

« D'abord on se retrouve pour se demander des conseils mais en consult bon c'est surtout la dermato parce que c'est là que ça... » (#1-10)

« Ça nous arrive aussi de nous rencontrer entre deux portes pour dire "tu as vu Mme Untel, je l'ai revue aussi, elle ne va pas bien" éventuellement "je ne suis pas d'accord, j'aurais pas fait comme-ci ou comme ça" même si on ne va pas le dire devant le patient. Ou alors "tu ne voudrais pas me donner un coup de main je n'y arrive pas" ou rien que pour se décharger aussi, c'est pas forcément un coup de main c'est aussi "bon là je vais te parler de mes cas difficiles parce que j'en ai jusque-là j'ai besoin de..." et éventuellement rien que le fait d'évacuer l'autre va répondre "oh mais tu sais je l'ai vu, tu pourrais prendre le problème comme ça...". Et rien que le fait d'évacuer ça nous permet de repartir en ayant repris un peu de poil de la bête et je pense que ça c'est aussi important. » (#1-17)

Les différences d'âge entre médecins favorisent ce type d'échanges, les plus anciens faisant bénéficier les autres de leur expérience alors que les plus jeunes apportent leurs connaissances récentes.

« Je pense que l'avantage va dans les deux sens... c'est-à-dire que nous on a un peu d'ancienneté donc pour la manière de voir les gens on a une vision un peu différente. Le fait d'avoir une plus jeune c'est aussi le dynamisme de la jeunesse qui revient parce qu'au bout d'un moment où on s'est bien battues... Il y a vingt ans on était très dynamique

mais au bout de vingt ans de temps en temps on l'est un peu moins, donc le fait d'avoir des jeunes ça nous remet une dynamique, on nous dit "si il faut faire un projet, il faut faire ci ou ça...". De temps en temps ça nous apporte aussi des connaissances, même si on fait des formations continues, mais c'est vrai que quand ils arrivent de la fac – je ne dis pas qu'il y a tout de bien dans la fac mais quand même beaucoup de choses – c'est quand même des connaissances qui sont là, qui sont nouvelles, et nous le fait d'être anciennes ça va nous permettre aussi de montrer comment les adapter éventuellement. Les connaissances brutes elles sont meilleures, mais elles sont très théoriques même si vous avez fait des stages etc... Le fait d'être confronté à des plus anciennes ça aide aussi à adapter certaines choses parce que les normes strictes... Je pense que c'est quelque chose qui est au contraire très stimulant. » (#1-18)

« Pour moi c'est un point positif parce qu'on bénéficie de l'expérience de notre collègue, quoi. [...] Et puis elle, elle bénéficie de notre fraîcheur et de nos nouvelles idées. » (#7-9)

« Chacun apporte son petit plus. Je pense que c'est intéressant, c'est complémentaire. » (#2-8)

« C'est un énorme avantage. » (#3-19)

Avec les autres professionnels de santé également, ce type d'échange permet d'améliorer la prise en charge des patients et de progresser dans ses pratiques.

« Et puis bah, l'enrichissement professionnel, le fait d'être avec des sages-femmes. Moi je travaille... j'ai fait un DU d'allaitement, et c'est essentiellement sur ce domaine-là qu'on a un lien avec les sages-femmes. » (#7-4)

« Alors ça va arriver, par exemple, avec le kiné, parce qu'il est dans le cabinet et c'est vrai que si j'ai des patients bah je vais... voilà... bah les bronchiolites des gamins j'aime bien savoir comment elles évoluent, des choses lourdes au niveau kiné j'aime bien savoir comment ça avance, donc je vais voir le kiné. [...] souvent le soir quand je pars je vais voir le kiné en lui disant : "alors untel comment il évolue ?", voilà. Donc là voilà, c'est plus comme ça. » (#6-5)

« Et puis la naïveté... la naïveté de l'orthophoniste face à nos problèmes, ça réveille pas mal de questionnements sur notre pratique, quoi, sur nos pratiques. [...] bah c'est-à-dire, par exemple, bah... : "mais pourquoi... ? Je ne comprends pas pourquoi tu fais ça dans... ?" Parce qu'on discute du coup avec ma collègue et puis lui il est là : "bah je ne comprends pas pourquoi... pourquoi tu ne fais pas ça ? Pourquoi vous ne faites pas ça comme ça ?". Des fois il y a des questions euh... des questions qui ont l'air bêtes comme ça, mais oui au fait pourquoi on ne fait pas ça comme ça ?! » (#4-15)

« Finalement la vie pluridisciplinaire, elle a démarré il y a un an et demi, vraiment, réellement, avec des vrais échanges et c'est génial pour tout le monde ! Vraiment, depuis un an et demi c'est génial pour tout le monde. » (#4-17)

« Par contre il y a beaucoup de discussions quand même entre médecins, et quand on a besoin avec le kiné on discute beaucoup. » (#8-11)

3. Se réunir

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, des réunions – ou staffs – peuvent être organisées, non seulement pour gérer le fonctionnement de la structure mais également pour discuter d'un point de vue médical et échanger en groupes sur les différentes pratiques.

« On a des réunions en commun sur lesquelles on va discuter de nos situations complexes qui sont prises en charge effectivement par le médecin, la diététicienne et la kiné, tous les trois, ou par deux des professionnels. [...] en fait on parle de nos cas cliniques. Du dernier cas clinique qu'on a pu rencontrer en commun. Ça peut être une pathologie de l'épaule, ça peut être un diabète qui ont été à suivre entre diététicienne, kiné ou médecin, et chacun expose un petit peu son regard sur la situation [...] En plus de ses réunions qui sont plus sur du partage de cas clinique, on fait des mises au point. C'est-à-dire qu'on demande à l'un ou l'autre des professionnels de faire une mise au point sur, je ne sais pas, le traitement de la bronchiolite, la diététique dans le diabète... Comment prescrire de la kiné ? Quelles sont les techniques de kiné qui seront proposées dans telle ou telle indication ? Donc on se fixe des thèmes comme ça. » (#2-5)

« On mange ensemble le midi. C'est fabuleux. C'est que je trouve vraiment génial. On découvre des disciplines auxquelles on ne s'intéresserait pas. Les discussions avec l'orthophoniste qui sont vraiment géniales. Avec la diététicienne, qui ouvre vraiment des perspectives qui ne sont pas abordées dans nos études en fait, ni dans notre formation. Ça c'est vraiment la richesse du côté pluridisciplinaire. » (#4-2)

4. Bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération

Comme nous l'avons vu dans les généralités, depuis quelques années de Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de santé visant à promouvoir les actions pluridisciplinaires ambulatoires ont été mis en place.

Dans le cadre du module 1, les réunions régulières sont obligatoires pour coordonner les actions de soins et suivre les indicateurs modulant le montant du forfait. Les autres éléments sont plutôt de nature organisationnelle (dossier patient commun, espace informatique commun, continuité des soins...).

Concernant le module 2, il s'agit le plus souvent d'actions d'éducation thérapeutique mises en place au sein du groupe. Cette éducation thérapeutique concerne avant tout la prise en charge du patient diabétique pour des raisons multiples.

En effet, le diabète de type 2 est un problème de santé publique concernant un grand nombre de patients, cette pathologie nécessite par ailleurs un réel apprentissage du patient (autosurveillance glycémique, diététique, gestion des hypoglycémies...) et elle est réellement à l'intersection des domaines de compétence de nombreux professionnels qui peuvent se coordonner pour optimiser sa prise en charge.

Dans les groupes que nous avons rencontrés, celui organisé en pôle a mis en place un programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique complet.

« Alors on a un programme d'éducation thérapeutique qui est un peu particulier parce qu'on a sept ateliers alors que d'habitude dans ces programmes-là, il y en a quatre ou cinq. Les patients sont obligés de passer dans trois ateliers de toute façon pour pouvoir avoir le défraiement lié à l'éducation thérapeutique. Il y a un minimum d'atelier dans lesquels ils doivent s'inscrire. Donc là en fait on a le bilan éducatif partagé, trois ateliers et on a rajouté un atelier un peu obligatoire à la fin qui va être un atelier d'évaluation de l'éducation thérapeutique, qui va être mené à la fois par moi en tant que coordinateur et par un patient expert de l'association française des diabétiques. On a noué un partenariat avec eux sur ce programme-là pour savoir, connaître, à la fin de tous les ateliers ce qui a apporté quelque chose, ce qui ne marche pas, ce qui pourrait être amélioré, etc... » (#5-13)

Mais le temps de mise en place et de rodage pour que le programme fonctionne vraiment est long.

« On a mis en place notre projet d'éducation thérapeutique. Donc ça a mis du temps. Entre la réflexion, la formation des professionnels, l'écriture, et bah au bout de deux ans on commence à recruter les patients. » (#5-7)

« Il y a toute une procédure dans le cadre de l'éducation thérapeutique. » (#5-12)

On note une volonté d'organiser ce type de programmes dans d'autres groupes cependant l'Agence Régionale de Santé exige un nombre minimal de cinquante patients dans la file active du programme ce qui bloque les Maisons de Santé Pluridisciplinaires qui ne peuvent pas dégager suffisamment de « temps professionnel » pour gérer autant de patients.

« Par exemple on ne peut pas, l'ARS nous proposait des NMR 2, on a fait des dossiers, ils voulaient une file de patients de cinquante. Dans une maison médicale on ne peut pas avoir cinquante patients en suivi spécifique dans... là c'était l'éducation thérapeutique, c'est impensable c'est beaucoup trop vous êtes obligés de voir les patients par trois ou quatre, cinq maximum, on n'est pas une structure à pouvoir faire... » (#1-12)

« La difficulté c'est que pour bénéficier de rémunération forfaitaire sur les actes de santé publique pour le moment ce n'est pas très très facile. Il faut un certain volume de patientèle qui pour le moment n'est accessible qu'à des gros groupes de médecins généralistes, mais nous on est partants pour travailler là-dessus. On a pas mal d'infirmières qui sont intéressées en plus. » (#2-4)

Une autre Maison de Santé s'est organisée pour faire de l'éducation thérapeutique mais évoque volontiers ses difficultés organisationnelles.

« Alors en en discutant avec d'autres médecins qui exercent aussi en Maison de Santé Pluridisciplinaire au sein d'une SISA, sur les NMR 2, avec ces groupes d'éducation thérapeutique, eux ils sont bloqués par le fait, par la file active qui est exigée par les ARS...

Dr. #3 - c'est complètement aberrant ! [...] c'est aberrant. [...] c'est impossible. [...] déjà faire la moitié, déjà la moitié, c'est à mon avis c'est très difficile. Donc c'est ingérable. Là je suis clair et net, et ça fait un four partout, l'éducation thérapeutique on en fait et ça marche relativement bien, c'est très lourd à gérer, très très lourd. » (#3-16)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les NMR, il n'y a actuellement pas de rémunération correspondant au module 3 dans les structures de Haute-Normandie. Cependant, même en dehors d'une activité rémunérée, les médecins exerçant ensemble établissent parfois des protocoles avec d'autres professionnels de santé qui peuvent correspondre à une délégation de tâches.

5. Elaborer des protocoles

Différents types de protocoles peuvent donc être mis en place. Que ce soit une forme de délégation de tâches vers d'autres professionnels de santé ou des protocoles destinés aux médecins, ces éléments sont le plus souvent écrits et servent à cadrer l'exercice tout en restant adaptables en cas de besoin.

a) TP-INR

Certains protocoles mis en place sont ceux visant à gérer les résultats d'INR pour les patients sous anticoagulants. Ces protocoles visent à limiter le recours à un avis médical dans les cas où l'INR est normal ou faiblement modifié. Les instructions sont alors données au patient par l'infirmier ou la secrétaire selon les cas, le médecin étant bien sûr toujours disponible en cas de doute ou de résultat franchement pathologique.

« On a mis un protocole de prise en charge des INR avec les infirmières, qui n'est pas validé HAS ni quoi que ce soit. Voilà, elles gèrent tous les INR des patients qu'elles auront prélevés. [...] on a mis un protocole. Entre 2 et 3, on ne s'en occupe pas. On a un compte-rendu tous les soirs, qui est à moitié pris en charge. Entre 2 et 3, elles gèrent. En-dessous de 2, elles gèrent aussi. Entre 3 et 4, elles gèrent, éventuellement en nous demandant notre avis. Au-dessus de 4, c'est nous qui gérons. » (#3-16)

« Là on essaye de se pencher beaucoup par exemple sur tous les suivis des TP-INR qui sont des gros problèmes. Ça n'a pas l'air comme ça mais on y passe du temps dans les suivis des TP-INR, les fax, trucs qui arrivent... J'ai une patiente qui confond un et demi et un demi alors on ne sait jamais ce qu'elle prend... On a tous des choses comme ça... [...] On essaye de faire des protocoles, aussi ne serait-ce qu'avec nos secrétaires parce qu'effectivement ce ne sont pas des paramédicaux mais ça n'empêche qu'avec elles aussi on doit faire des protocoles pour avoir une réponse à l'urgence. » (#1-13)

b) Les pansements

De même en ce qui concerne les pansements de plaies, notamment chroniques (ulcères, escarres) des éléments peuvent être mis en place, au cabinet ou à domicile, pour optimiser la prise en charge.

« Et puis aussi, on a fait un groupe de travail sur plaies et cicatrisation pour vraiment valoriser le rôle des infirmières dans ce domaine et pour qu'on puisse mettre en relation pareil le prescripteur, ceux qui font et puis voir aussi les capacités de prescription de l'infirmière etc. [...] et c'est pour ça aussi que le groupe plaies et cicatrisation m'intéresse, c'était justement pour un peu plus protocoliser et donner du cœur à ça. Parce que ça c'est important. » (#5-7)

« Et puis ça nous permet parfois au cours d'un pansement, enfin tout ça, d'aller voir et de constater, enfin effectivement, l'avis, sur un pansement, enfin tout ça, avec les infirmières. » (#9-9)

c) Troubles du langage

Un autre axe de concertation et de coordination concerne le dépistage et la prise en charge des troubles du langage des enfants.

« Pour les troubles du langage de l'enfant, là ça a été psy, médecins et orthophonistes. Ça nous a permis de faire un point sur les grands messages, à savoir comment on se coordonne aussi avec la PMI et la médecine scolaire. Et c'est là où aussi c'est génial le pôle, c'est qu'on s'ouvre à d'autres structures de soins, des gens qu'on ne connaît pas, des gens qu'on ne fréquente pas. » (#5-7)

d) Suivi des femmes enceintes

L'un des groupes a programmé, du point de vue des médecins généralistes, une protocolisation du suivi de toutes les femmes enceintes en pré et post-partum, qu'elles soient ou non suivies en parallèles par les équipes hospitalières.

« On est en train d'essayer de mettre par exemple un protocole en place sur le suivi pré et post accouchement. Essayer de voir les femmes enceintes, même qu'on ne suit pas pour la grossesse, avant l'accouchement et après l'accouchement pour préparer la venue du bébé et la fatigue de la maman etc etc et puis après pour voir dans les faits comment ça se passe. » (#1-13)

e) Lombalgies chroniques

En lien avec les kinésithérapeutes, une réflexion sur la prise en charge des patients présentant des lombalgies chroniques avec élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques au sein du groupe a été faite dans l'un des groupes rencontrés.

« Là on a eu un groupe de travail sur la prise en charge de la lombalgie chronique. Pourquoi lombalgie chronique ? Parce qu'on a une population jeune, laborieuse et c'est quand même quelque chose qui est très souvent rencontrée et qui occasionne des arrêts de travail et des fois un sentiment d'échec de se dire "zut on ne les aide pas, ce n'est pas facile etc...". Donc c'est la lombalgie chronique, premier sujet. [...] Il y a médecins, pharmaciens, kinés, psychologues, et une infirmière qui est venue comme ça, pour les groupes de travail. Alors les groupes de travail c'est une dizaine de professionnels qui a en fait pour mission de, à partir des référentiels validés etc... de faire, à partir des recommandations, de faire un référentiel professionnel et une mise en application. » (#5-7)

f) Le diabète

En dehors de l'éducation thérapeutique, la gestion des patients diabétiques peut être organisée de manière plus directe avec les infirmiers ou les diététiciens.

« La gestion des diabètes avec lui, mais elle est géniale ! Elle est géniale ! Ça n'a rien à voir, parce que je fais exactement... il sait les schémas que je préfère. » (#4-13)

« On a la chance de pouvoir, voilà, de pouvoir... déjà de pouvoir "déléguer" des choses, notamment avec les infirmiers comme ça, au niveau des soins diabétiques et puis notamment le contrôle diabète bon la prise en charge est plutôt bonne. Entre guillemets, il y a une certaine surveillance qui est réalisée. » (#9-9)

« On travaille avec le réseau diabète, donc avec la diététicienne. » (#1-12)

g) Les médicaments

En lien avec les pharmaciens, une démarche de protocolisation des prescriptions, notamment concernant les médicaments génériques a été mise en place dans l'un des groupes.

« Il y a un groupe de travail qui a eu lieu entre pharmaciens et médecins généraux sur les prescriptions,... les bonnes pratiques de prescriptions des médicaments génériques.[...] c'était justement sur la relation médecins / pharmaciens. La valorisation qu'on a nous, financière, sur notre prescription générique, les impératifs conventionnels des pharmaciens sur leurs délivrances de génériques, pouvaient créer chez les uns et les autres des tensions, en disant : "c'est ce connard de pharmacien, cet abruti de médecin etc..." Enfin voilà. Et donc à l'initiative d'un pharmacien [...], on a eu une rencontre avec médecins et pharmaciens pour qu'on puisse se dire notre réalité, les uns les autres, et puis essayer de faire une recommandation de bonnes pratiques sur le sujet, qu'est-ce qu'on peut attendre du pharmacien ? Qu'est-ce qu'on peut attendre du médecin ? Franchement, ça désamorce la pression. Voilà c'est tout simple. On n'a pas réinventé le monde, mais le fait de se rencontrer sur ce sujet-là dans un cadre. » (#5-8)

Ailleurs, les liens avec les pharmaciens se sont développés pour optimiser la prise en charge des patients.

« Ah oui, il y a les pharmaciennes ! Il y a une pharmacie quand même dans le village et elles ont un rôle vachement important. La pharmacienne et sa préparatrice. [...] Donc, oui, avec elles, il y a un vrai échange, quoi. Il y a un vrai échange de patients, de problématiques de patients et de prise en charge. » (#4-6)

6. Echanger des patients

L'exercice en groupe permet parfois d'échanger des patients entre médecins généralistes, soit pour des questions d'horaires, soit pour des questions de domaines de compétence, soit à l'instigation des patients eux-mêmes en fonction de leurs besoins.

« Donc la notion de patientèle on l'a, bien entendu. Les gens doivent être suivis par un médecin. Ce n'est pas pour des raisons syndicales, j'aurais préféré le terme de médecin référent. C'est moi qui m'occupe du dossier, qui gère le dossier, mais comme partout le patient peut très bien être vu par un autre médecin de façon ponctuelle ou un peu répétée pendant un certain temps devant telle situation. » (#3-9)

« Maintenant on va échanger, par exemple, quand ce n'est pas mon domaine de compétence. Je ne suis pas très fortiche sur les infiltrations, je n'aime pas ça, donc je vais les adresser à des médecins, et inversement tout ce qui est gynéco ils vont me l'adresser. » (#6-4)

« Alors au niveau de l'échange de patients, énormément. Alors déjà, entre médecins, les patients voyagent beaucoup. Euh... tout d'abord, parce qu'il y a des jours où on n'est pas là. [...] Même si on a nos patients définis, ça leur arrive fréquemment de voir d'autres médecins. » (#8-10)

« Parce que d'abord, là on est trois associées mais on n'exerce pas à plein temps. Et donc, en gros, on est deux par jour en fonctionnement à trois, donc nos patients passent de l'une à l'autre et...enfin tout le temps, quoi. » (#7-6)

« On échange des patients... ? C'est les patients qui changent... qui changent de médecins. » (#10-3)

« Il faut se dire que les gens choisissent, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se sentir trop attaché exclusivement à sa patientèle. Je pense que les gens vont choisir selon les problèmes qu'ils ont à un moment ou à un autre de voir l'un au l'autre des médecins ou le troisième. En fait, il ne faut pas être trop possessif par rapport à sa patientèle, je pense que c'est ça. Les gens vont venir me voir, me dire certaines choses, ensuite ils ne vont plus me revoir pendant six mois parce que après avoir dit certaines choses ils ne veulent plus revoir le médecin, ou une annonce de mauvaise nouvelle, ou n'importe quoi, ils vont aller voir l'autre médecin du cabinet, ou le troisième, donc en fait ça tourne comme ça en fait. [...] et on en discutait justement à midi, que les patients vont venir voir l'un au l'autre selon ce qui a pu se passer, soit ils ne sont pas d'accord avec ce qu'on leur a dit, soit une fois on leur a refusé je ne sais pas quoi : un arrêt de travail ou autre chose ou un certificat et ils vont voir le confrère, soit simplement un jour ils nous ont dit des choses qui étaient importantes pour eux sur leur vie personnelle, leur vie de couple et puis ils n'ont pas envie forcément de nous revoir tout de suite, donc en fait pour eux c'est intéressant de pouvoir choisir finalement. » (#2-10)

Les assurances professionnelles représentent un réel coût pour les médecins généralistes. C'est pourquoi les médecins qui travaillent en cabinet de groupe essayent de limiter les couvertures par les assurances professionnelles propres à chacun : certains médecins vont être habilités à faire des actes médicaux (tels que poser des stérilets ou faire des infiltrations) alors que d'autres non. Il s'ensuit ainsi une répartition du travail en fonction des assurances professionnelles de chacun. Les échanges de patients se font donc parfois en fonction des couvertures professionnelles des différents praticiens de la structure.

« Donc après il y a le travail qui fait aussi par rapport aux couvertures d'assurance, parce que c'est important les assurances professionnelles, donc certains d'entre nous sont habilités à faire des infiltrations, à poser des stérilets, à faire d'autres actes alors que d'autres ne le sont pas parce qu'en fait ça coûte aussi très cher. » (#2-17)

7. Consulter ensemble

Il arrive qu'au sein de certains groupes de véritables consultations conjointes soient organisées, soit avec plusieurs médecins soit avec médecins et autres professionnels de santé qui programment un temps de rencontre avec le patient.

« Et ça vous arrive [...] de voir des patients en même temps avec justement l'une ou l'autre des paramédicales, de vous faire une consultation à trois on va dire le patient, un généraliste, un paramédical, ça arrive ou pas ? »

Dr. #2 - moi c'est arrivé avec la kiné. Ce n'est pas arrivé avec la diététicienne.

YS- d'accord. Et comment ça se passe par rapport à la Sécu dans ces circonstances-là ?

Dr. #2 - le médecin facture sa consultation. La kiné, en fait, c'est une rémunération qui se fait à l'acte, alors je ne sais pas comment ça se passe. » (#2-17)

« On partage ça. On se demande des avis en direct. On fait des consultations à deux. » (#5-16)

« Les infirmières... à domicile... quand il y a des... oui, ponctuellement... euh... quand ils ont des problèmes de pansements ou... de prise en charge. » (#10-4)

Cependant pour des raisons de locaux il est parfois difficile voire impossible de consulter ensemble.

« On pourrait organiser une réunion mais les locaux ne s'y prêtent pas, quoi. » (#4-6)

8. Enseigner

Un certain nombre de groupes pluridisciplinaires sont des lieux d'accueil et de formation pour les étudiants, un certain nombre des médecins interrogés étant maîtres de stage. Le bénéfice de ces actions d'enseignement est souvent considéré comme allant dans les deux sens, ces échanges étant à la fois profitables à l'étudiant et au médecin qui l'accueille.

« Le fait d'exercer en groupe, le fait d'avoir... d'être maître de stage. Mais le fait d'être en groupe permet aussi plus facilement d'être maître de stage. On a des cabinets... euh...on a tous des cabinets... quand il y a un cabinet de libre, ça permet de faire travailler le stagiaire, donc ça l'aide aussi à développer... enfin... à développer son autonomie... tout ça. » (#8-14)

« C'est comme accueillir des étudiants. C'est stimulant. On se remet en question. » (#4-15)

« Je suis également, donc, maître de stage. Qui est une ancienne tradition, enfin ici la maison médicale en tout cas puisque c'est une des premières qui a reçu dans les années 80 des stagiaires comme ça, donc... » (#9-1)

« Et c'est super parce qu'en fait c'est ce qu'on vit avec la maîtrise de stage aussi. Un interne qui dit : "ouais..., pourquoi vous faites ça ? Ouais ... Ok...". Bah voilà, là, c'est en plus un avis d'expert qui dit "bah voilà, tu chies dans la colle, quoi !" et c'est vraiment... enfin moi je trouve ça génial. Pour les patients c'est super et ils le sentent. Voilà. » (#5-22)

9. Accueillir des remplaçants, des collaborateurs, de nouveaux associés

Par ailleurs, l'exercice en groupe est souvent considéré comme un point positif pour trouver des remplaçants ou accueillir des nouveaux collaborateurs et associés.

« Je pense que quand on exerce tout seul maintenant, les médecins ne cherchent pas de remplaçant en fait, ils ferment et puis ils prennent leur vacances. Par ici c'est comme ça. Il n'y a que dans les groupes qu'il y a des remplaçants. Les médecins isolés partent et puis c'est tout. » (#2-10)

« Mais on a quand même beaucoup de remplaçants, facilement des remplaçants, ce qui permet quand même d'avoir une grande liberté. Il y a, je crois, il y a quinze jours, sept ou huit à être partis. Ce n'est pas grave, on gère, on a des remplaçants. » (#3-27)

« Bah pour un remplaçant, par exemple il vient remplacer deux personnes en même temps plutôt qu'une et donc il voit un peu plus de monde, quoi. » (#8-14)

« Je pense que pour trouver un remplaçant, oui, c'est mieux. Bah surtout dans les périodes creuses comme l'été où il peut remplacer deux médecins et puis il s'assure un minimum de travail. » (#10-5)

« C'est plus l'envie des jeunes médecins quand même, de ne pas être tout seul. Moi je n'irai jamais me mettre toute seule de toute manière. » (#6-8)

« Vous pensez que le fait d'être en groupe c'est un point positif pour trouver plus facilement un remplaçant ou un nouvel associé ?

Dr. #5 - bah c'est une évidence. C'est une évidence. » (#5-20)

Dr. #8 - il n'y a pas photo, oui ! Oui, oui, oui ! Le fait d'exercer en groupe. » (#8-14)

Cependant ce type d'exercice, malgré les attraits qu'il présente pour la jeune génération de médecins, n'est pas en soi un gage de trouver facilement un remplaçant ou un successeur.

« Pour un successeur, bah je ne trouve pas. Après je pense que c'est quand même un point positif, c'est quand même rassurant. » (#6-8)

« Ça peut être un facteur plus facile parce que euh... on vous parle aussi des maisons pluridisciplinaires et que c'est plus rassurant de s'installer dans une maison pluridisciplinaire enfin je pense quand on sort de la fac ou autre c'est quand même plus sympa de se dire "bon j'aurai un collègue à côté" donc on va peut-être aller plus facilement vers une maison pluridisciplinaire que vers un collègue qui est tout seul. Donc ça, ça va être un facteur facilitant. En même temps si on ne fait pas l'effort, même nous maison pluridisciplinaire de prendre un remplaçant, un assistant,... d'aménager aussi ça, on ne sera pas mieux lotis que les autres. » (#1-9)

« Et vous pensez que vous seriez au même endroit mais tout seul, ça ne changerait rien ? Vous trouveriez aussi facilement ou aussi difficilement des remplaçants ?

Dr. #9 - euh... je pense que ce serait encore un peu plus difficile, mais voilà ce n'est pas non plus une garantie de facilité. » (#9-8)

Le fait d'avoir accueilli un étudiant favorise néanmoins le fait qu'il vienne remplacer ou s'installer dans la structure par la suite.

« Tous nos installés sont tous d'anciens stagiaires. » (#3-20)

« J'exerce, je dirais, avec trois associées femmes, qui sont d'anciennes internes en fait. [...] C'est-à-dire que, toutes, elles ont travaillées avec moi, et puis bah comme c'est possible avec moi, bah c'est possible entre elles. » (#5-2)

« La première chose c'est que déjà je connaissais le groupe ici vu que j'étais passé comme stagiaire, puis après comme remplaçant. » (#9-3)

« Et puis le Dr [...] était ma stagiaire. » (#1-17)

10. Harmoniser les pratiques

Comme nous l'avons vu auparavant, harmoniser ses pratiques peut être une motivation à l'installation en groupe.

Que cela fasse ou non partie des attraits initiaux, un certain nombre de groupes essayent de se mettre d'accord pour tenir aux patients un discours similaire d'un intervenant à un autre, bien que dans tous les cas la liberté de chaque médecin reste respectée.

« C'est uniformiser dans le sens où nos patients sont nos patients à tous, si on n'a pas le même langage, si on ne se repose pas sur les mêmes choses au bout d'un moment les patients ne comprendraient pas. Ce qui est important c'est que quand nos patients me voient ou voient après le Dr [...] ou le Dr [...] ils n'aient pas un discours inverse ou

différent. [...] Pour que les patients se rendent compte qu'il y a une prise en charge globale et identique. Quand je dis identique, ça va pas être forcément pareil mais c'est dans le même esprit et il n'y a pas d'idées contradictoires parce que sinon on ne pourrait pas tous travailler avec les mêmes patients et les mêmes dossiers car ils ne comprendraient pas qu'on ne fasse pas tous la même chose. » (#1-14)

« Les suivis de grossesse ce n'est pas machin qui fait un truc un jour, l'autre qui fait l'autre, il faut qu'on ait une harmonisation de nos pratiques, mais ça ne nous empêche pas d'avoir nos propres personnalités, notre façon d'aborder les patients chacun à sa façon. On n'est pas des robots. » (#3-10)

« Et on a... on essaye en tout cas d'harmoniser nos pratiques. C'est déjà arrivé qu'on s'aperçoive qu'on ne faisait pas exactement la même chose, et on aimerait faire une réunion par semaine mais on n'y arrive pas. Voilà. Sinon on essaye de dire : "bah voilà j'ai remarqué que tu faisais comme ça. Est-ce qu'on ne peut pas trouver quelque chose qui nous convienne à toutes les trois ?". Ça c'est vraiment, c'est vraiment un énorme point positif sur le mode d'exercice. » (#7-7)

« On essaye de travailler pareil, oui. C'est important, oui. » (#4-10)

« Protocolisation, organisation, harmonisation des pratiques, c'est quelque chose qui est très importante du volet professionnel. » (#5-30)

Cependant ce n'est pas le cas dans tous les groupes.

« Parce qu'on a peu d'échanges et que... je ne sais... ils font des FMC ensemble... mais je ne les trouve pas très intéressantes. Donc, juste voilà. Je... non il n'y a pas... » (#6-14)

« La difficulté aussi bah d'amener les changements de mentalité sur les changements d'exercices de la profession... donc que ce soit médical que paramédical, avec le partage des tâches, enfin tout ça, qui... enfin à mon avis ce sera inévitable dans les années à venir, mais pour l'instant tout le monde n'a pas forcément conscience et n'a pas forcément envie de modifier sa pratique aujourd'hui, et de changer un peu les choses... » (#9-6)

« Et au niveau des pratiques, il y a une harmonisation des pratiques avec les autres confrères ou chacun fait un petit peu comme il le sent et puis... ?

Dr #10 - une harmonisation... c'est-à-dire ?

YS- bah est-ce que vous avez tendance à essayer de vous mettre d'accord pour tous régler le même genre de problèmes de la même manière ou chacun fait comme il le sent ?

Dr #10 - bah je pense que chacun fait comme il le sent avec... avec la Sécu qui chapote nos pratiques médicales, quoi.

YS- d'accord. Mais il n'y a pas de concertations entre vous ?

Dr #10 - non, non, non. » (#10-6)

11. Toujours se former

Le serment d'Hippocrate dit : « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. »

Cette obligation de formation continue est favorisée par l'exercice en groupe qui provoque souvent une émulation et participe à l'entretien et à l'actualisation des connaissances.

« L'autre jour j'ai retiré un implant avec une collègue. Elle m'a dit "j'avais juste besoin de revoir la technique". Bon ça y est la technique et maintenant elle a ça dans les mains. » (#5-21)

« Et puis c'est arrivé, on aimerait que ce soit plus souvent, sur un sujet particulier, ou l'une qui va à une FMC et les autres n'y sont pas allés, qu'elle fasse un espèce de rapport pour les autres. » (#7-7)

« Même si on n'a pas fait beaucoup de réunions professionnelles, j'ai adapté certaines pratiques autour du dépistage des troubles du langage. Bah forcément, même si on ne fait pas de réunions, on mange ensemble, on pose deux-trois questions, il y a des choses qui passent. » (#7-14)

« Et dès qu'il y a du nouveau sur un... ouais, dès qu'il y a quelqu'un qui est au courant de quelque chose qui bouge, on se tient au courant, quoi. » (#4-10)

« Ce qui force à réfléchir, et à revenir sur notre formation aussi, initiale. » (#4-15)

12. Etre ami avec ses associés ?

Lorsque l'on exerce en groupe, pluridisciplinaire ou non, des liens se créent. Est-il possible (et souhaitable ?) que les liens professionnels qui se créent se transforment en liens d'amitié ? Et cela peut-il nuire aux relations professionnelles et empêcher de dire les choses en cas de problème ?

Il semble que le développement de relations amicales soit relativement fréquent et n'impacte pas sur le bon fonctionnement professionnel.

« En fait on passe presque plus de temps ici qu'on en passe avec nos conjoints comme tout médecin il ne faut pas se faire d'illusions. Donc il faut créer quand même des relations qui ne soient pas conflictuelles. » (#1-17)

« Je pense que, voilà, on arrive à faire la part des choses entre le boulot enfin voilà, les amitiés, après, de toute façon c'est comme toute activité professionnelle, on peut

développer des amitiés dans la profession comme après, voilà, non c'est pas, non c'est pas. C'est pas une difficulté, ce n'est pas non plus un avantage. » (#9-8)

« Euh... bah oui en fait, avec une des collaboratrices et son mari qui est kiné ici. » (#6-8)

Cependant, la base reste une bonne entente entre les professionnels sans qu'il soit pour autant nécessaire d'être amis.

« Vous êtes amis en dehors du cabinet ?

Dr. #5 - alors je vais dire non, et puis je vais dire que ça fait partie des personnes les plus importantes de ma vie. C'est-à-dire qu'on se voit de temps en temps mais autour, surtout, de la dynamique du cabinet. On ne va pas faire une chouille. Moi quand je fais une fête avec des amis, ce n'est pas forcément les premières personnes que je vais mettre sur la liste. Voilà. Donc on a des relations très amicales, vraiment, humainement c'est des gens qui comptent énormément. Mais c'est vrai qu'on a plein de centres d'intérêt, de lieux, de fréquentations avec d'autres personnes et pas forcément avec elles en premier. » (#5-20)

« On a des réactions amicales mais, moi voilà, je ne pars pas en vacances avec un de mes confrères. [...] je pense que dans les jeunes il y en a qui se voient en dehors. On s'entend très bien, mais on a quand même fait la grosse différence avec quand même une structure juridique, écrire les choses et on n'a pas fait la structure du cabinet sur la base de l'amitié ou du copinage. Et ça c'est très important. » (#3-20)

« Euh...non. On ne se voit pas en dehors. Des relations professionnelles sympathiques, on va dire. » (#8-13)

« Sans... sans plus. Plus au début, et puis bon, après, la vie faisant... on s'est un petit peu éloignés. Non, non, on n'a pas vraiment de vie privée en commun. » (#10-5)

13. Les relations « hors-groupe »

Enfin, le développement de toutes ces interactions au sein du groupe n'est pas incompatible avec les interactions avec les autres professionnels de santé du secteur, qu'ils soient médecins ou non.

« C'est hospitalier. Donc on travaille tous les jours avec une infirmière de l'hôpital, une salariée de l'hôpital, qui travaille avec nous et là on a vraiment une prise en charge commune. » (#3-17)

« Moi j'essaie d'attraper facilement mon téléphone pour discuter de tel ou tel patient comme ça si... ça permet de pallier. » (#6-11)

« Mais euh... ce n'est pas moins difficile, par exemple, avec les infirmières aux alentours qui ne sont pas du cabinet ou c'est quand même... enfin on essaye de... de tisser des liens et de pouvoir se rendre disponible s'il faut enfin pour les voir. » (#9-9)

L'organisation en Pôle de Santé est, pour certains, un avantage et un moyen de s'ouvrir à tous les professionnels des alentours sans privilégier ceux qui seraient dans la structure.

« C'est-à-dire que travailler avec des infirmières qui n'étaient pas celles du cabinet alors qu'elles suivaient mes patients, c'était difficile de leur dire : "passe au cabinet, on va voir, on va discuter etc... ". C'était quand même chez les autres infirmières... Voilà il y avait ce côté clivant immobilier. Alors que maintenant ça ne pose pas de problème. Et donc pareil pour les kinés. [...] Et c'est là où aussi c'est génial le pôle, c'est qu'on s'ouvre à d'autres structures de soins, des gens qu'on ne connaît pas, des gens qu'on ne fréquente pas. Les structures publiques, on est souvent un peu les uns à côté des autres, et bah avec le pôle on crée des liens. » (#5-7)

F. Les autres professionnels de santé – partie 2 : Les conflits

Exercer ensemble n'implique pas d'être d'accord sur tout. Comme on a pu déjà le voir, que ce soit sur le plan organisationnel, sur le plan des pratiques, ou tout simplement sur le plan personnel, des conflits peuvent naître entre les membres du groupe.

Nous allons étudier les causes de ces conflits et les moyens mis en œuvre par ces groupes pour les éviter ou les régler.

1. Carte des concepts

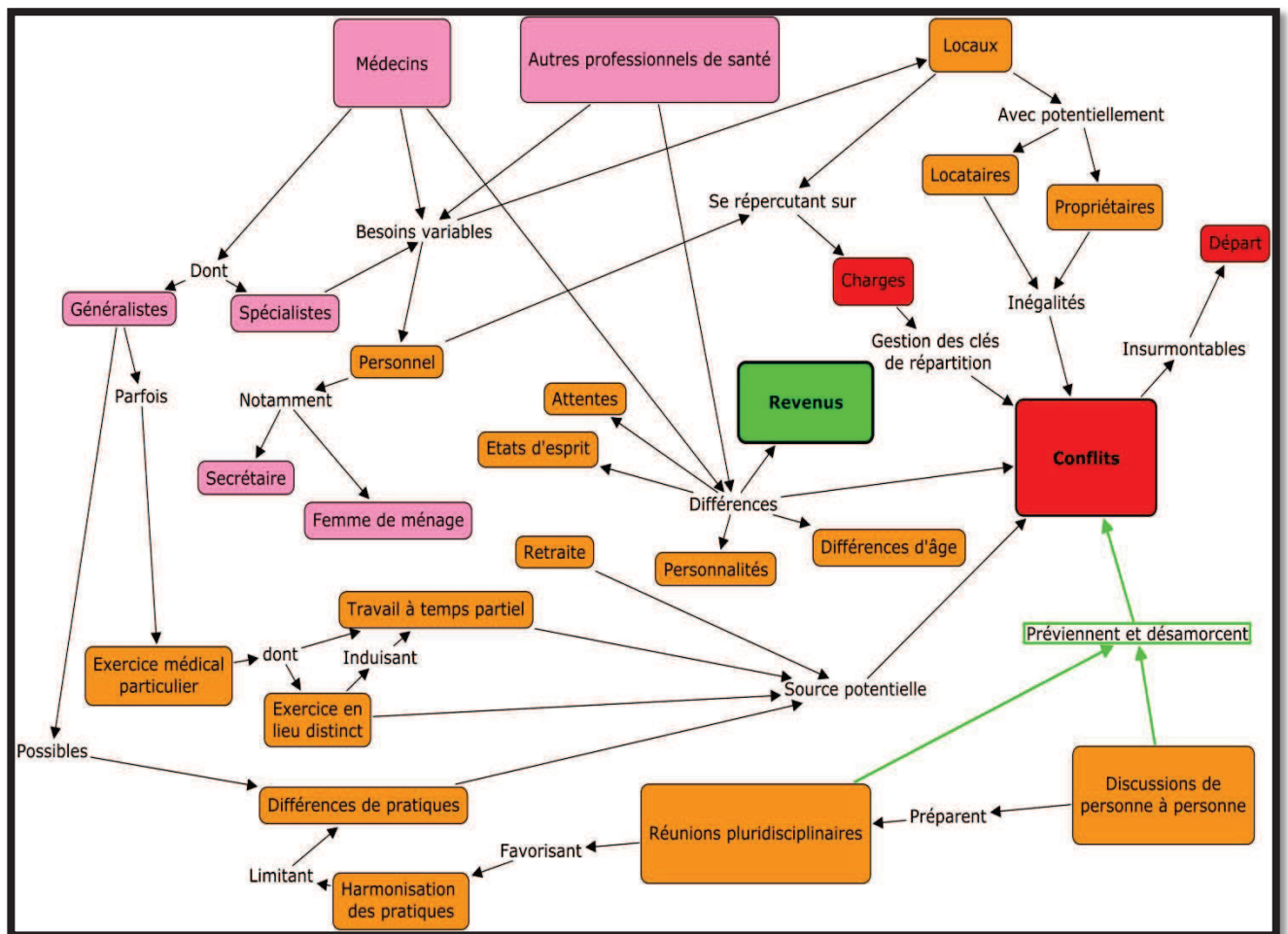


Figure 5 : Carte des concepts - Conflits

2. Les causes de conflits

a) Le manque de communication

Le premier élément retrouvé dans les conflits au sein des groupes est un défaut dans la communication entre les différents professionnels.

« Si on ne se rencontre plus, c'est que déjà de toute façon... si on se rend compte qu'il y en a toujours une qui dit « non je ne peux pas, je ne peux pas ci, je ne peux pas ça » c'est qu'il commence à y avoir un problème et donc que de toute façon l'esprit de groupe est en train d'éclater donc il faudra obligatoirement se retrouver quitte au départ à se voir deux par deux dans les couloirs pour se dire qu'il y a un problème. » (#1-16)

« Pour avoir connu un exercice où on était en groupe mais on était à trois mais avec beaucoup moins de communication, même si on n'a jamais eu d'énormes problèmes, je pense que les gros problèmes majeurs viennent de l'absence de communication. » (#3-11)

« Pour nous un conflit, c'est une absence de dialogue. » (#5-17)

b) Les différentes personnalités

Les conflits sont souvent également liés à un problème de personnalités parfois incompatibles.

« C'est plutôt des problèmes de personnalité [...] je pense qu'il y aurait des gens qui ne pourraient pas travailler dans un cabinet de deux ou trois ensemble. » (#3-11)

« Mais à partir du moment où vous mettez quatre individus, et je dirais, avec de la chance, que c'est quatre individus aient plutôt des personnalités bien trempées, c'est nécessaire pour construire sinon voilà, et bah de fait il y a des moments où on n'est pas d'accord. » (#5-17)

« Mais au bout de..., oh... deux mois, ça a vite posé souci, en fait, ce n'était pas trop... même pas qu'une affaire de sous, c'était aussi une affaire d'entente entre les différentes personnes, tout simplement. Comme on ne se connaissait pas avant, on n'avait jamais travaillé ensemble, on ne... voilà, on s'était rencontrés mais plus très... de façon assez brève, voilà. On n'avait aucune idée des pratiques de chacun, des modalités de fonctionnement, et aussi également tant au niveau individuel, au niveau de l'individu en lui-même, mais aussi des professions. Et du coup bah il y a eu pas mal de quiproquos et pas mal de désaccords. Voilà. Il suffit que dans le groupe il y ait une personne qui ait une personnalité, voilà, un peu hors du commun, qui soit plus grande gueule, ou... voilà, une ou deux et puis bah...très vite ça a... ça a capoté aussi là-dessus. » (#8-6)

Les différences d'âge peuvent aussi entrer en ligne de compte avec des attentes et un état d'esprit différents.

« C'est-à-dire que chaque système peut avoir sa servitude et moi, les servitudes que j'ai rencontrées dans ce cabinet, c'était une problématique de transmission, entre les fondateurs et ceux qui ont suivis. C'est-à-dire, comment est-ce que même si on a un système qui fonctionne, qui a trente ans d'âge, on reste encore ouvert à des idées nouvelles et à de nouvelles façons de pratiquer ? » (#5-1)

« Parce qu'ils ont l'habitude de fonctionner seuls, en fait. C'est comme ça qu'ils ont débuté et du coup, c'est... je pense que c'est ça qui bloque aussi, ils n'ont pas les mêmes envies que des jeunes médecins de discuter. Les deux médecins qui travaillent avec des collaboratrices, elles sont jeunes, et avec elles j'échange beaucoup plus qu'avec ceux qui sont plus âgés. » (#6-7)

« C'est plus des différences au niveau fonctionnement.... manière de fonctionner avec les patients... Alors est-ce qu'il y a avec l'âge des façons de fonctionner qui sont différentes ? Ça c'est assez probable. » (#8-13)

Mais parfois c'est le fait d'être tous dans la même tranche d'âge qui peut entraîner des difficultés.

« Sur le plan pratique, c'est un point un peu négatif parce que maintenant on est tous avec des enfants en âge scolaire et donc pour les vacances c'est plus difficile pour s'organiser, donc c'est pour ça qu'on est obligé de trouver des remplaçants quand c'est les vacances scolaires. » (#9-7)

c) Les charges

Le problème des charges, et notamment des clés de répartition des charges entre médecins et autres professionnels de santé est une source importante de conflits potentiels.

« Par exemple, un problème, c'est que par rapport à une volonté en termes de valeur d'avoir des charges en fonction du chiffre d'affaires, quand il y a des chiffres d'affaires très différents, ça peut poser problème. » (#5-18)

« Les charges vont augmenter, ça pose problème. Donc ce n'est pas conflit, mais c'est une source d'ennui. » (#6-6)

« Ça fait partie de l'élément de la zone d'ombre de la Maison de Santé. C'est... De réfléchir quasiment chaque mois à savoir qui va payer quoi et comment on répartit. Parce que le problème c'est que nous n'avons pas les mêmes honoraires, nous n'avons pas les mêmes emplois du temps, le même temps de travail. » (#7-7)

« C'est toujours des conflits... euh.... C'est toujours... oh la plupart du temps c'est des histoires de sous. » (#8-11)

« En fait, la difficulté aussi, ce qui est difficile quand on est dans une maison paramédicale, enfin une maison pluridisciplinaire, la difficulté c'est de trouver le bon accord entre les paramédicaux au niveau du... de la répartition des charges, et ça c'est extrêmement difficile. C'est facile entre des médecins parce qu'on sait que... on sait à combien ça revient, combien on paye de charges, combien on... comment on va payer du matériel, etc... on a tous le même coût de fonctionnement au niveau matériel. Mais un kiné il va avoir un gros investissement à faire au niveau matériel, il va... par contre il va peut-être utiliser, je ne sais pas, moins de papier, j'en sais rien. Voilà... et du coup on ne fonctionne pas pareil et du coup la répartition des charges elle n'est pas forcément évidente. » (#8-16)

« On a des fonctionnements tellement différents que ça pose des soucis au niveau... au niveau... euh, comment dire... au niveau répartition des charges. » (#8-21)

D'une manière plus spécifique, les locaux, l'organisation et le personnel sont des éléments des charges plus spécifiquement sources de conflits comme nous allons le voir par la suite.

d) Les locaux

La question de la propriété des locaux peut être une difficulté supplémentaire.

« Enfin, voilà... d'envisager l'avenir différent, puisque là un de nos soucis c'est SCM SCI, enfin tout ça, on est un peu... on n'est pas propriétaires de nos locaux, enfin tout ça, donc, voilà, il faut réfléchir à d'autres choses... » (#9-6)

« C'est-à-dire, que je pense que ce qui a été clivant et problématique, c'était le fait d'être tous propriétaires d'un outil de travail, et je dis "tous propriétaires", dentistes, kinés, infirmiers, médecins généralistes, pédicures, podologues..., d'un bien immobilier, alors qu'on a des dynamiques de profession complètement différentes. » (#5-1)

« Ça tourne souvent à la catastrophe, enfin là on n'est peut-être pas là pour en parler mais dans le sens où vous les achetez quand il y en a un qui part vous devez racheter des parts, s'il ne les rachète pas complètement il prend un locataire enfin bon ça donne des choses assez dramatiques. Et puis surtout c'est des locaux qu'on n'est pas sûrs du tout actuellement de pouvoir revendre dans de bonnes conditions et qui demandent des entretiens phénoménaux. » (#1-3)

e) L'organisation

Le partage de cabinets entre différents professionnels peut être parfois une source de conflits.

« Et encore on ne partage pas les mêmes cabinets, il y a des maisons médicales où ils partagent les cabinets [...] Vous imaginez les conflits que ça peut faire. "moi j'ai quitté mon cabinet j'avais mes rouleaux de papier, j'avais du papier là, j'avais tout qui marchait, je rentre je n'ai plus de rouleaux de papier qui sont en avance, je n'ai plus de

ramettes de papier, ils ont oublié de me remettre..." enfin bref on a fait ça quelques temps avec le Dr [...] c'est source de conflits, même si on s'entend bien. » (#1-16)

« Par contre, en fait, d'emblée quand on a ouvert la Maison de Santé, donc [...] la psychologue, nous avait dit qu'elle ne voulait consulter que deux jours par semaine. Donc on lui a proposé de partager en fait un cabinet avec nous. Et ça a été "source de conflits" de... enfin de... trouver le meilleur compromis entre une salle de consultation psychologue et une salle de consultation généraliste. [...] et c'est pareil quand, voilà, quand [...] laisse le bureau, elle doit mettre l'ordinateur d'une certaine façon qui fasse que l'exercice de [...] soit possible et vice versa. Et ça, ça n'a pas été... Finalement à posteriori on se dit quand même voilà on s'est un peu compliqué la vie et ce n'était peut-être pas le plus judicieux de partager entre médecins et psychologue. Voilà. » (#7-15)

« J'ai vécu dans un cabinet à la maison médicale où on tournait sur les cabinets et tu te rends compte que le principe il est beau au départ et il s'atténue, voilà. Et que quand tu as une ampoule qui a grillé, mais que tu as fini ta journée, tu te diras il se démerdera demain. Ça je l'ai vu. Tu vois le cabinet il n'est pas rangé, pff.... J'ai fini ma journée, je suis parti tard, le collègue il arrive, c'est un peu le bordel, bah tant pis, enfin voilà. » (#5-30)

De même, les achats communs de fournitures sont un plus sur le plan organisationnel et financier mais amènent parfois des conflits.

« On a mis en place un protocole pour savoir quand on doit commander des choses mais qu'on n'arrive pas en se disant "on n'a plus de spéculums d'oreilles, c'est pas possible ! qu'est-ce que tu as fait ? c'est toi qui t'en occupes !" A partir du moment où vous êtes en maison médicale et où vous partagez tout puisque nous même le matériel est partagé : c'est des trucs de groupe, c'est la maison médicale qui achète et pas chaque médecin. » (#1-16)

« Là, pour l'instant, c'est la SCM qui prend. Ça ne va pas être facile ça. Parce que rien qu'avec le psychiatre, il n'y a pas de raison qu'il paye nos draps d'examens, le matériel, les sutures et tout. Donc déjà, ça, on fait un... on sépare, quoi. On sait pas comment ça va... tu vois, c'est le bazar. » (#4-7)

« Jamais de gags du genre bah : il n'y a plus de draps d'examens et personne n'a fait la commande ? Et ça crée des tensions...

Dr. #7 - ça pourrait arriver. Ça n'est pas encore arrivé, mais ça pourrait. [...] c'est bien de parler de ça, parce qu'on peut se dire qu'on peut encore s'améliorer sur le plan de l'organisation parce que là c'est vrai que... bon il y aura des couacs ! » (#7-16)

« On a le projet d'acheter en commun, mais ça ne s'est pas mis en place parce qu'on n'est pas encore tous d'accord sur comment on va faire, etc... » (#8-17)

f) Le personnel

Les besoins des différents professionnels en termes de personnel, et notamment en secrétariat, peuvent être une source de problèmes.

« On a fait une rupture conventionnelle pour une secrétaire, voilà, qui était en arrêt depuis longtemps. On lui a proposé ça, elle a pris. Bon et puis voilà, moi je dis c'est simple on va recruter avec le même profil, poste secrétariat et puis un peu de femme de ménage. Bon, et il y a une collègue qui a dit : "bah non moi je ne vois pas comme ça". » (#5-17)

« Bah là il a un secrétariat à distance, mais il ne veut pas participer, par exemple. Ça c'est une source de conflit. Ce sera une source de conflit possible, ouais. » (#4-11)

« Enfin on va en parler après, mais c'est un des problèmes que nous rencontrons, c'est de s'harmoniser sur le plan du secrétariat. [...] on a un petit peu de mal à faire que... voilà, la secrétaire soit là plus que ses 28 ou 30 heures par semaine. » (#7-3)

« En fait, on a essentiellement des difficultés à s'entendre sur la présence d'une secrétaire à plein temps. » (#7-5)

Par ailleurs, employer du personnel implique une responsabilité, commune lorsque tous les associés sont responsables conjointement. En cas de conflit avec le personnel, c'est toute la dynamique du groupe qui peut être altérée.

« Avec des difficultés, avec initialement la secrétaire. Bah qui nous a fait..... Enfin, de qui on n'était pas forcément satisfait alors qu'on la connaissait déjà d'avant. Voilà. Donc il a été décidé de la licencier. Tout le monde n'était pas d'accord mais au final la décision a été prise. Et puis bah quand il a été question de payer le licenciement avec les prudhommes etc... , ça a été une toute autre affaire. » (#8-7)

g) Les pratiques différentes

Sur le plan médical, des pratiques différentes d'un professionnel à un autre peuvent être une source de désaccords.

« Il peut y avoir des désaccords de peu d'importance. Il n'y a pas de désaccord important. C'est vrai que quelques fois on se dit sur les prescriptions moi je n'aurais pas fait comme ci, je n'aurais pas fait comme ça... » (#2-10)

« Ça peut être des sujets de tensions par moment mais il faut... ça se travaille tout doucement et puis... voilà. » (#9-7)

« Il y a un problème, par exemple on n'est pas d'accord entre nous tous sur les ALD. Est-ce que je fais le tiers payant aux ALD ou pas ? Il y en a qui disent "non, moi j'estime qu'il faut faire payer les ALD, il faut qu'ils payent la consultation". D'autres disent "non, c'est une bêtise, moi ça ne sert à rien, ça me facilite la vie, on a moins de compta...". Enfin bon bref voilà. » (#3-12)

« C'était aussi une affaire d'entente entre les différentes personnes, tout simplement. Comme on ne se connaissait pas avant, on n'avait jamais travaillé ensemble, on ne... voilà, on s'était rencontrés mais plus très... de façon assez brève, voilà. On n'avait aucune idée des pratiques de chacun, des modalités de fonctionnement, et aussi également tant au niveau individuel, au niveau de l'individu en lui-même, mais aussi des professions. Et du coup bah il y a eu pas mal de quiproquos et pas mal de désaccords. » (#8-6)

h) Les divergences de points de vue

Les visions différentes sur le plan de l'exercice, que ce soit entre médecins ou bien entre médecins et autres professionnels entraînent des divergences de points de vue parfois sources de conflits.

« Je pense que les différences de... de... le fait d'être dans différents domaines professionnels, ça amène à des différences de... on ne pense pas les choses de la même façon. » (#8-21)

« Et la difficulté est là-dedans, c'est qu'il faut trouver les professionnels qui ont les mêmes optiques, les mêmes visions, et les connaître avant, ça, ça me permet d'être essentiel avant de créer. » (#8-22)

« Parfois des divergences de points de vue. [...] euh... les divergences... pas tant au niveau des pratiques que ça, mais c'est surtout... d'avenir. Enfin, voilà... d'envisager l'avenir différent. » (#9-6)

i) Les inégalités

D'une manière générale, toutes les différences en termes de temps de travail, de revenus, d'attentes... peuvent être des sources de conflits potentiels.

« On a des dynamiques de profession complètement différentes et que je dirais, liées à nos revenus, ce qui représente un investissement envisageable pour les uns, est très lourd pour les autres, ou sans aucun intérêt pour d'autres parce que leur profession n'est pas dynamique. » (#5-1)

« Parce que le problème c'est que nous n'avons pas les mêmes honoraires, nous n'avons pas les mêmes emplois du temps, le même temps de travail. L'orthophoniste est à mi-temps. Et puis je l'aime beaucoup, c'est cordial, mais ça n'empêche que quand même ce n'est pas... on n'est pas toujours d'accord. Elle est publique et mi-temps ici. Donc elle ne

s'attend pas à avoir un loyer... voilà. Donc chacun a des attentes différentes et ce n'est pas facile de trouver le compromis. » (#7-8)

j) L'avenir

Des inquiétudes peuvent naître des incertitudes quant à l'avenir d'un groupe : les départs en retraite ou les déménagements peuvent être sources de tensions.

« Le seul problème de notre cabinet c'est l'avenir en fait. Et l'avenir et nos charges. Là je pars, personne n'arrive. Enfin je n'arrive pas à trouver quelqu'un pour prendre la suite [...] et puis, bah l'avenir du cabinet, parce que les médecins ne sont pas tous jeunes. On en a deux qui ont plus de 62 ans quand même. Donc ce qui fait bah, on sait qu'ils vont partir et on ne sait pas s'ils vont être remplacés, donc voilà l'inquiétude par rapport à l'avenir du cabinet. » (#6-6)

« Bah par exemple dans notre région, la kinésithérapie, voilà, on a un kiné qui est parti l'année dernière pour faire un autre projet professionnel et il assurait beaucoup de kiné... par exemple l'hiver, la kiné-respi. On se retrouve depuis un an en difficulté parce qu'il n'y a pas de relai par rapport à ça, il n'y a pas de décision. » (#9-6)

k) La perte de la dynamique de groupe

Au final, toutes ces sources de conflits peuvent freiner ou briser la dynamique de groupe qui permet d'aller de l'avant. Cette stagnation, cette absence de projet commun est en elle-même une source de conflits et un facteur aggravant.

« Une de nos difficultés aujourd'hui c'est ça, c'est de redéfinir un projet de groupe que nos aînés avaient formulé, enfin avaient créé, enfin tout ça, donc ils étaient partis dans une certaine dynamique. Aujourd'hui cette dynamique a été probablement perdue et donc il faut renouveler ça. Donc si on repart quelque part, il faut... ouais... trouver une dynamique de groupe enfin tout ça, enfin ça c'est très important. Pour pouvoir travailler ensemble, voilà, il faut un projet commun. Simplement d'apposer des professions médicales, paramédicales, les unes à côté des autres comme ça, ça ne suffit pas forcément à... à... à favoriser, enfin... à faire un, une Maison de Santé, deux, à faire une maison pluridisciplinaire. Ça ne peut être que des locaux côte-à-côte, ça n'a pas forcément d'intérêt non plus. Euh... il faut une dynamique, il faut un projet. » (#9-16)

3. La gestion des conflits

a) Prévenir les conflits

Le premier point à prendre en compte pour éviter les conflits est de s'associer avec des professionnels que l'on connaît et dont les personnalités sont compatibles.

Les réunions, régulières, où l'on peut aborder ensemble les difficultés, permettent d'éviter l'accumulation des problèmes.

« Réunions régulières, conciliations régulières. On essaie de se réunir à peu près une fois par semaine. » (#3-10)

« Ce qu'on essaie de faire c'est de les prévenir le plus tôt possible, d'en discuter en groupe. » (#3-11)

« le fait qu'on ne soit pas d'accord et qu'on soit obligés d'avoir une méthode d'analyse des problèmes pour trouver une solution qui ressemble à tous, oui, ça c'est souvent. » (#5-17)

« Donc si vous voulez pour les portes de sortie bon les retraites on les voit venir et les conflits, si on est vraiment une maison médicale on les a sentis venir, puisqu'on s'est rencontrés. Si on ne se rencontre plus, c'est que déjà de toute façon... si on se rend compte qu'il y en a toujours une qui dit « non je ne peux pas, je ne peux pas ci, je ne peux pas ça » c'est qu'il commence à y avoir un problème et donc que de toute façon l'esprit de groupe est en train d'éclater donc il faudra obligatoirement se retrouver quitte au départ à se voir deux par deux dans les couloirs pour se dire qu'il y a un problème. On est censés les anticiper justement par le fait qu'on est censés se retrouver régulièrement. » (#1-16)

On peut même parfois trouver un bénéfice à cette confrontation des idées et points de vue.

« Travailler en équipe c'est vraiment « une discipline de vie », c'est accepter de se laisser surprendre par la position de l'autre et je dirais même goûter le plaisir de voir sa position changer grâce à l'autre. » (#5-18)

b) Régler les conflits

En cas de conflit déclaré, la discussion – entre personnes ou tous ensemble – reste la manière la plus adaptée de régler les problèmes.

« Bon bah donc qu'est-ce qu'on a fait, on s'est posés autour d'une table puis on s'est dit qu'est-ce qu'on veut comme missions etc... et là on a sorti une solution qui convient à tout le monde. » (#5-18)

« Le groupe a toujours eu la vertu pour le moment de, quand il y a des conflits personnels ou des sujets de conflits, le groupe apaise toujours. Il y a toujours eu une conciliation. » (#3-11)

« Ça nécessite de... bah beaucoup de discussions et beaucoup de... bah il faut prendre sur soi aussi à un moment donné et puis faut savoir accepter les idées des autres, et puis parfois ne pas céder sur ce qui nous paraît essentiel. Voilà. Donc, beaucoup de négociations. » (#8-12)

En cas d'impossibilité à parvenir à un consensus sur un sujet, il est parfois possible d'accepter un *statu quo* où chacun reste sur ses positions.

« Donc on s'est tous mis d'accord. Chacun fait comme il veut. Simplement on essaie de respecter le confrère. Quand je sais que mon confrère ne veut pas faire d'ALD, que je vois ses patients, je fais payer les gens. [...] ce n'est pas être tous pareil mais qu'au moins si on a des différences qu'on sache les aborder et qu'on sache comment se tenir vis-à-vis de ça. » (#3-12)

Enfin lorsque la dynamique est brisée et que l'exercice en groupe n'est plus possible, chacun reste libre de reprendre sa route.

« Pour la petite histoire, quand même, parce que ça fait partie aussi de cette histoire, pourquoi j'ai quitté ce groupe, parce que justement il n'y a pas de système idéal. » (#5-1)

« Et c'est pourquoi là une de nos collègues sages-femmes s'en va. Elle va... elle a choisi finalement de quitter la Maison de Santé, sans conflits hein, mais en disant clairement que ce n'était pas ce qu'elle imaginait de la Maison de Santé. Je pense que ça a dû jouer. » (#7-7)

« Voilà ça... ou du moins ça les a... permis de... enfin... ça leur a fait prendre la décision de partir aussi, je pense. » (#8-9)

Mais parfois cette séparation peut se faire dans la douleur.

« Et mi.... début juillet, en fait, le dentiste, du jour au lendemain, il n'était plus dans son bureau. Donc il y avait des rendez-vous de pris, qui avaient été pris, et qui n'ont pas été honorés. Voilà. Il avait commencé des soins mais qu'il n'a pas pu poursuivre, enfin qu'il n'a pas poursuivis et voilà, donc il avait déménagé, en fait sur un weekend, il avait déménagé toutes ses affaires. Donc voilà. Donc on a été assez surpris de découvrir ça. Alors là, et puis rapidement après on a reçu des... plusieurs professionnels, donc les infirmières, la diététicienne, le dentiste ont donné... et la psychologue ont fait une demande pour changer de... pour changer de... enfin pour partir en fait de la SCM, pour quitter la SCM. » (#8-7)

G. Les relations avec les patients

Nous allons à présent étudier comment cette pratique de groupe, et notamment la pluridisciplinarité, influe sur les relations avec les patients.

1. Carte des concepts

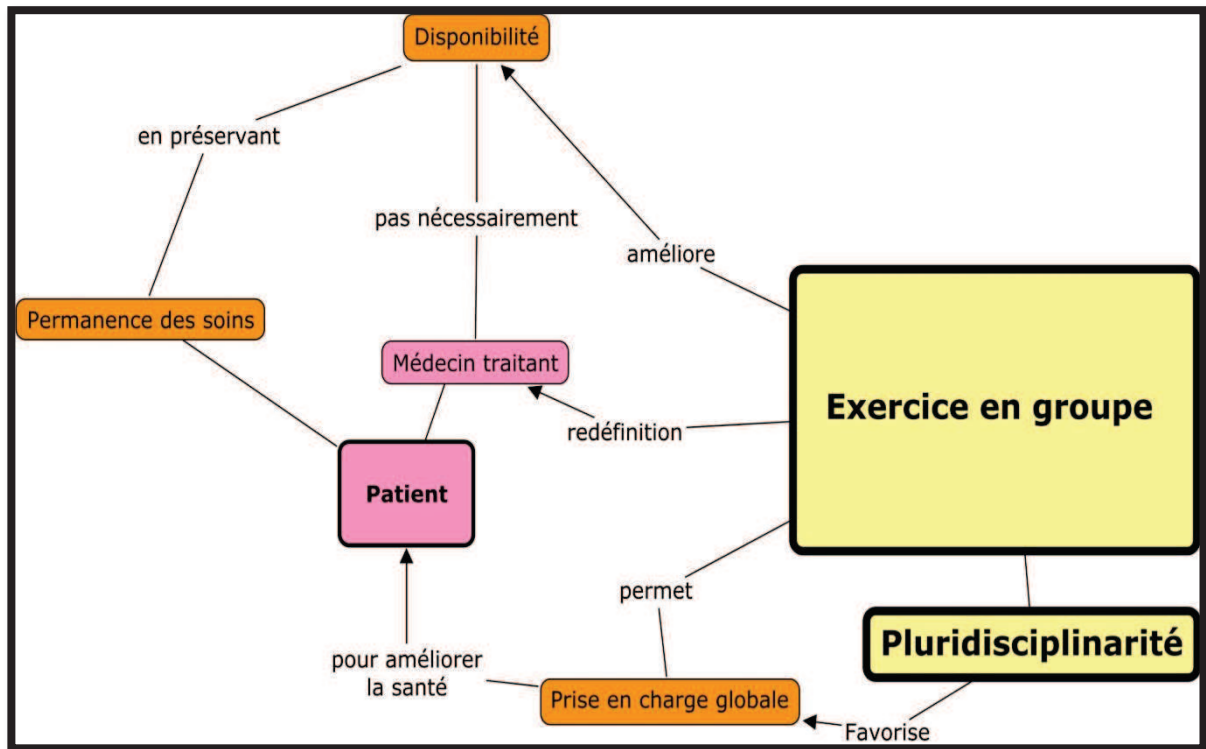


Figure 6 : Carte des concepts - Relations avec les patients

2. Médecin traitant

L'exercice en groupe entraîne parfois une redéfinition vis-à-vis des patients du concept de médecin traitant, même si pour les relations avec l'Assurance Maladie un médecin référent unique reste indispensable.

Dans certains cabinets, chaque praticien conserve sa patientèle propre, les échanges de patients ne se faisant qu'en cas de nécessité pressante ou de besoin particulier.

« Alors en fait, ici ils sont assez personnels, hein, au niveau des patients. Maintenant on va échanger, par exemple, quand ce n'est pas mon domaine de compétence. » (#6-4)

Mais que les patients aillent voir indifféremment l'un ou l'autre des médecins du cabinet couramment est l'organisation habituelle dans d'autres cabinets.

« C'est une grande discussion qu'on a pu avoir et de compréhension. On a chacun notre patientèle, ne serait-ce que parce que les gens ont déclaré un médecin traitant, donc vis-à-vis des caisses [...] il a tant de patients, "machin" il a tant de patients. [...] la réalité est beaucoup plus nuancée que ça. Et le principe est que moi je m'occupe de mes patients bien entendu et que je m'occupe aussi de tous les patients des autres à certains moments, et que mes patients sont tout à fait susceptibles d'aller voir quelqu'un d'autre même quand je suis là. » (#3-9)

« Quasiment toutes les semaines, enfin... on échange des patients. On voit les patients des autres. On n'a pas de patientèle attitrée. C'est que par le biais de la Sécu qu'on sait qui nous a déclaré médecin traitant. [...] On ne dit même pas "mes" patients, non. » (#7-6)

« Il faut se dire que les gens choisissent, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se sentir trop attaché exclusivement à sa patientèle. Je pense que les gens vont choisir selon les problèmes qu'ils ont à un moment ou à un autre de voir l'un ou l'autre des médecins ou le troisième. En fait, il ne faut pas être trop possessif par rapport à sa patientèle, je pense que c'est ça. Les gens vont venir me voir, me dire certaines choses, ensuite ils ne vont plus me revoir pendant six mois parce que après avoir dit certaines choses ils ne veulent plus revoir le médecin, ou une annonce de mauvaise nouvelle, ou n'importe quoi, ils vont aller voir l'autre médecin du cabinet, ou le troisième, donc en fait ça tourne comme ça en fait. L'un d'entre nous est le médecin traitant officiel puisque c'est une obligation, encore que ce ne soit pas comme ça dans la loi, mais après en fait il y a une mobilité effectivement. » (#2-10)

Et certains souhaiteraient même que ce soit le cabinet qui soit considéré comme traitant et non pas le médecin à titre individuel ce qui peut causer des difficultés avec l'Assurance Maladie.

« C'est un des sujets de discussion actuellement au niveau national, au niveau ministériel, avec les cabinets traitants... de passer du médecin traitant au cabinet traitant. » (#3-18)

« On ne s'échange pas nos patients car on a tous les mêmes patients. D'ailleurs ce qu'on a du mal à faire comprendre à la Caisse, ça commence, c'est qu'en fait, on aurait pu aussi aller au tribunal puisque c'est passé dans un certain département mais bon on n'a pas voulu aller jusque-là, c'est-à-dire que nous on considère que c'est le cabinet qui est médecin traitant mais ça la caisse ne veut pas l'entendre. » (#1-10)

3. Disponibilité

Malgré cette notion de mobilité des patients d'un médecin à un autre du cabinet, certains patients ont des difficultés à accepter que leur médecin traitant déclaré ne soit pas toujours disponible pour eux.

« Il y en a quelques-uns qui ont râlé, mais comme d'habitude de toutes façons. Ça ne nous a pas trop dérangés parce qu'il y a suffisamment de travail. Je pense qu'il y a même des gens qui n'étaient pas contents et qui sont partis voir ailleurs. Ça ne nous a jamais empêchés d'avoir du travail. Et il y a quand même une confusion parce que des gens nous disent : "Mais attendez on m'a fait signer un papier comme quoi vous étiez mon médecin traitant et il y a eu un contrat de signé, et vous me dites que vous n'êtes pas disponible même quand vous êtes là, vous pouvez m'expliquer ?". Donc il faut leur expliquer que voilà nananah... Donc ça passe très bien maintenant, ça a été un petit peu difficile au départ, mais certains patients ne comprenaient pas qu'on leur dise non. Parce que qu'on dise non à un patient, c'est quelque chose qui n'est pas trop dans les mœurs. » (#3-18)

« Les patients ne sont pas toujours contents mais en général ils le vivent assez bien quand même vu notre mode de fonctionnement. » (#1-21)

Cependant la majorité des patients accepte cette situation, d'autant que cette pratique de groupe améliore la disponibilité horaire globale, c'est-à-dire l'offre de soins, proposée aux patients. L'organisation interne du cabinet permet de s'assurer qu'aux horaires de consultation, une réponse médicale peut être apportée, notamment aux urgences, y compris si le médecin habituel n'est pas présent.

« Ce que je n'ai pas dit aussi... Ils sont contents... c'est... moi je ne travaille pas le mercredi et savoir que le mercredi je ne suis pas là, mais si vraiment il y a un gros pépin, un des médecins va les voir, ils apprécient. Pareil le samedi matin. Le samedi matin on n'est pas tous là, mais savoir qu'il y aura toujours du monde... » (#6-9)

« Les patients ont bien pris le pli. Ils ont bien compris aussi que c'était une façon aussi d'avoir des rendez-vous, bah quand eux aussi pouvaient, quand... peut-être plus rapidement, voilà, et sans que ça empiète trop sur notre vie privée aussi. » (#8-10)

« En général, c'est extrêmement rare qu'on ne puisse pas prendre une personne en urgence. » (#8-14)

« Je pense qu'ils sont contents d'avoir toujours quand même une permanence au niveau du téléphone, et puis avoir un médecin pour avoir un renseignement. » (#10-5)

« S'ils veulent un rendez-vous en urgence, des rendez-vous non programmés des choses comme ça ou si je suis en vacances et bien ce sera n'importe lequel des médecins. » (#1-11)

4. Permanence des soins

Le corollaire de cette disponibilité est la plus grande facilité des praticiens à assurer la permanence des soins dans leur secteur.

« On a un centre de permanence des soins de proximité qu'on a créé depuis maintenant, sous un autre nom au départ, depuis 1999. » (#3-4)

« On a, avec l'hôpital, on a un groupement de coopération sanitaire, qui nous lie dans l'activité avec l'hôpital, qui sert pour la permanence de soins, pour la continuité des soins et pour un réseau de santé territorial qu'on est en train de mettre en place. » (#3-13)

« En termes de travail on assure quand même, je répète, une continuité des soins 24/24, sept jours sur sept, à côté. » (#3-21)

« Le fait d'assurer une réponse de 8h à 20h, c'est-à-dire, avec la maison médicale, on est quand même parmi ces cabinets où il y a une réponse sur l'heure du midi, téléphonique, on garde un téléphone, et puis même quand la secrétaire, après 19, rentre chez elle, et bien nous on garde le téléphone jusqu'à 20h, donc on couvre vraiment la période de continuité des soins. » (#5-2)

« Donc ça c'est propre à chaque médecin en fait. Donc là-dessus voilà je trouve que c'est un très bon compromis entre pouvoir prendre des vacances et pouvoir..., comment on dit..., et le suivi du patient, enfin la continuité des soins. » (#8-19)

« Bah on part en vacances... », le fait de trouver un remplaçant pour assurer la permanence des soins. » (#10-3)

5. Prise en charge globale

La pluridisciplinarité permet de combiner les différentes visions que chaque professionnel a du patient afin d'offrir une réponse médicale coordonnée. Il s'agit de prendre en charge le patient dans sa globalité, ce que tout médecin s'efforce de faire mais qui est facilité par le fait de pouvoir échanger, y compris avec d'autres professionnels que des confrères médecins.

« Donc c'est vrai que chacun a son regard et c'est très intéressant. Je pense que du coup chacun a un abord de la personne à travers je dirais un angle précis, que ce soit la diététique, la douleur ou la kiné et le médecin, et finalement on s'aperçoit au total que tout ça c'est très complémentaire, donc ce travail permet ensuite d'aider un peu les gens de façon plus globale. » (#2-5)

« Pour que les patients se rendent compte qu'il y a une prise en charge globale et identique. » (#1-14)

« Ça nous aide à avoir une certaine qualité parce qu'on a le regard de l'autre : quand vous avez des dossiers communs, si vous mettez des énormités parce que vous n'êtes pas très au fait des références ou autres, il y a quand même la collègue qui va arriver en disant "attends tu as fait quoi là ? Bizarre ton truc" Gentiment en général... » (#1-26)

« Mais par exemple, depuis qu'on est là, je trouve que la pratique, la qualité de nos soins a nettement augmentée. Je ne dis pas ça pour moi, mais je vois qu'on travaille quand même beaucoup mieux qu'avant. On a par exemple un taux de prescription d'antibiotiques qui est un des plus bas de la région, alors que tout autour de nous c'est en rouge. Tout autour de nous, il y a une forte prescription. Parce qu'on a discuté entre nous et qu'on tient tous le même discours. Pas besoin d'antibiotiques quand c'est une rhinopharyngite, donc les gens ont l'habitude de sortir avec du doliprane, un lavage de nez et puis voilà. » (#3-10)

« J'insiste un petit peu sur la qualité de soins aussi. Qualité de travail. Quand je dis que je ne veux pas... On fait trente-deux actes dans la journée, je n'en fait pas plus. J'estime qu'au-delà je ne sais plus ce que je fais, je suis fatigué. A titre personnel, je trouve ça difficile, désagréable et en plus en termes de qualité de soins je ne suis pas sûr que ce soit pertinent. » (#3-22)

« Ca, ça a été démontré pas pour nous mais sur des travaux sur la pluri professionnalité notamment aux Etats-Unis, le fait de mettre juste des professionnels les uns à côté des autres, ils se parlent un peu, on élève le niveau de qualité des prescriptions. » (#5-8)

« On a quand même une qualité de travail et une qualité de vie plus intéressantes. » (#1-25)

« Ce n'est pas nuisible d'être en groupe, quoi. Bon de toute façon si la qualité de vie est meilleure, la qualité professionnelle aussi elle est meilleure, et donc... on est plus disponible, on est plus à l'écoute des patients si on n'est pas trop stressé, quoi. » (#10-9)

« Le nombre de fois où j'ai des collègues qui m'ont rattrapé des bourdes ! » (#5-21)

3. Exercice médical particulier

L'exercice en groupe permet également plus facilement d'exercer de manière particulière. Sans parler de spécialisation, puisque chaque généraliste continue avant tout à faire de la médecine générale, les formations complémentaires et les centres d'intérêt de chacun peuvent permettre une orientation de la pratique. L'exercice en groupe permet de dégager du temps pour ce type d'exercice et d'avoir des activités complémentaires entre les différents membres du cabinet.

« On essaye aussi de répartir les compétences au niveau médical, c'est-à-dire que les femmes font plus de gynéco, de pédiatrie, même beaucoup de gynéco : de stérilet,

d'implant, de frottis.... Moi j'ai plus une pratique de gériatrie, de suivi à domicile de personnes âgées ou d'Alzheimer. Donc en fait on fait tous un peu tout mais je veux dire on s'est tous un petit peu spécialisé plus. » (#2-8)

« Ce que je vous disais c'est que chacun a ses compétences donc c'est intéressant. Ça permet d'élargir beaucoup le champ d'activité, c'est à dire qu'en fait, c'est vrai qu'il y a moins de spécialistes, mais que du coup on peut plus, nous, se spécialiser dans des domaines plus précis et récupérer des champs d'activité qui sont abandonnés quelques fois par les généralistes. C'est ce que je vous disais, toute la pédiatrie et la gynéco on la fait ici. On fait du dépistage de l'évaluation pour les enfants, des audiométries, on fait des électrocardiogrammes. Moi je fais déjà beaucoup de gériatrie, j'ai des consultations mémoires, donc en fait ça permet beaucoup de diversifier l'activité et chacun peut avoir des domaines de compétences complémentaires. » (#2-16)

« Après pour parler d'épanouissement personnel, je trouve que le fait de pouvoir, moi à titre personnel, de pouvoir faire par exemple de la gestion, faire... de voir l'organisation, moi ça me change la vie quand même. Quand on s'est réunis, j'étais comme ça, je me disais je ne veux pas..., je me vois mal finir mes jours en faisant des consultations du matin au soir. » (#3-28)

« C'est aussi de pouvoir avoir des activités variées parce que même si on fait pratiquement tous de la médecine générale, on a tous des façons différentes de la faire, et puis on a parfois tous... chacun... des hobbies ou des attraits particuliers pour certaines pratiques... [...] voilà moi je fais des ECG, je fais un peu plus de gynéco que les autres, puisque... enfin... je pose les stérilets tout ça... donc voilà... donc... c'est aussi partager certaines tâches qu'on fait. » (#9-4)

« Plutôt gynéco, pédiatrie, qui s'est fait sans que je le recherche vraiment en fait. Bah j'aime bien ça effectivement. Et puis bah c'est vrai que quand je me suis installée, bah il n'y a pas beaucoup de gynéco dans le coin et du coup ça s'est su que bah oui je faisais de la gynéco, je posais des stérilets, enfin voilà je faisais tout ce qu'un généraliste peut faire, et puis bah ainsi de suite le suivi de grossesse, après j'ai eu les enfants et puis bah par le bouche à oreille, et voilà quoi. Donc ça c'est chouette. C'est vrai que j'ai fait quelques formations complémentaires dans ce sens aussi, mais voilà. » (#6-2)

Parfois il peut s'agir aussi d'exercer dans deux lieux différents, de dégager du temps pour une activité rurale par exemple.

« Alors j'ai un exercice sur site distinct, donc à [...]. Donc qui est à 70 km d'ici. Donc un exercice rural une journée par semaine. » (#7-2)

4. Temps de travail

L'exercice en groupe permet également plus facilement une organisation particulière du temps de travail. Notamment, le travail à temps partiel est plus facile à organiser que lorsque l'on exerce de manière isolée.

« Je pense que c'est aussi ça qui est intéressant c'est qu'on peut aussi travailler à temps partiel comme dans n'importe quel boulot, je parle des femmes mais les hommes ont aussi le droit de travailler à temps partiel, de s'occuper de leurs gamins ou d'avoir d'autres activités. Et ça je pense que ce n'est possible qu'en maison médicale parce que sinon très vite au cabinet si vous y allez et qu'il n'y a personne non ça ne va pas. » (#1-22)

« On travaille quatre jours par semaine avec un samedi sur deux, voilà à peu près. Un temps plein c'est ça. Donc c'est huit demi-journées, huit ou neuf demi-journées, c'est tout. Et donc vous pouvez faire un mi-temps, vous pouvez faire un trois quarts de temps, vous pouvez faire un sept huitième de temps, vous pouvez faire ce que vous voulez [...] On a des jeunes femmes qui ont choisi de ne pas travailler plein temps pour des raisons... parce qu'elles ont des enfants, parce que... et je pense que ça c'est très important, que la médecine générale on n'est pas obligés d'être là à plein temps, tout le temps. » (#3-28)

« Je suis aussi médecin salarié d'une structure pour adultes handicapés. Donc ça, ça me prend deux matinées par semaine. Et donc ça permet du coup d'assurer aussi ça. » (#8-10)

« On se partage un planning à deux en fait. Ce qui nous permet à chacun d'élever nos enfants, quoi. Je ne travaille pas le mardi après-midi et le jeudi, et un samedi sur deux. C'est assez confort, quoi. C'est ce qui attire aussi à travailler en équipe. » (#4-4)

5. Revenus

Lorsque l'on aborde la question des revenus, la plupart des médecins interrogés considèrent que leurs revenus sont moindres du fait d'exercer en groupe par rapport à un exercice isolé. Bien sûr la définition de revenus « normaux » pour un médecin généraliste est propre à chacun.

« Non, c'est un désavantage. C'est un inconvénient. Non, non, moi je pourrais gagner beaucoup plus si j'étais tout seul. Évidemment. [...] Là c'est philosophique, là. Là ça dépend comment tu as été élevé. Ça dépend d'où tu pars, quoi. Si tu n'as pas été habitué à vivre dans le luxe... Là mes revenus de médecin à mi-temps, je trouve ça génial, quoi. Donc je ne veux surtout pas m'habituer à... J'ai freiné tout de suite... Même quand j'étais tout seul j'ai tout de suite donné mon planning réduit, parce que je sais que je pourrais monter, mais on ne peut pas faire marche-arrière. Mais là ça me suffit, quoi. [...] »

oui, oui. Donc disons que, oui, j'ai conscience du petit sacrifice financier, mais qui n'a pas d'impact sur ma qualité de vie. » (#4-10)

« Actuellement, pour nous, ce serait encore moins coûteux d'être tout seul. A l'heure actuelle, parce qu'on a des frais de fonctionnement importants, euh... voilà... parce que la maison médicale n'est pas pleine, voilà. Après, voilà, tout dépend en fait... tout dépend de combien on veut gagner, c'est toujours pareil. Tout dépend de combien on veut... voilà, combien on veut avoir à la fin du mois. [...] donc... voilà, c'est toujours après une question de sous. A un moment donné il faut se poser la question : "est-ce que je gagne suffisamment, quoi ?". Bon c'est bien de... enfin tu sais ça.... C'est vraiment.... la question c'est : "qu'est-ce que c'est qu'un salaire correct en tant que médecin ?". Et ça c'est propre à chacun. Il y en a ils vont être contents avec 2000 euros. Il y en a il leur faut 6, 7, 8000 euros à la fin du mois, donc très... voilà... et là-dessus, faut... c'est ça aussi mine de rien, il y a aussi une espèce d'harmonie à la base, qu'il faut faire là-dessus. » (#8-15)

L'élément principal qui influe sur les revenus du fait d'exercer en groupe est le montant des charges à assumer.

« Donc je pense que quand on est en groupe il y a des obligations de secrétariat, il y a plus de... moi il me semble que financièrement c'est sans doute un peu moins intéressant que d'être seul. » (#2-12)

« Au niveau financier, par contre, je ne pense pas que ça soit... pour l'instant, en tout cas nous dans notre situation, on n'a pas de.... on n'a pas eu d'intérêt... on n'y gagne pas. Je ne pense pas qu'on y gagne. » (#8-16)

« Le moyen le plus efficace de gagner de l'argent c'est d'avoir le moins de frais possibles et de voir le plus de patients possibles. C'est un choix auquel on a renoncé. On a quand même cinq secrétaires d'accueil et deux secrétaires de gestion. Donc on a des frais qu'on a choisis de façon volontairement importante [...] il y a les frais, le problème des frais, oui effectivement généralement je crois être à peu persuadé que le fait de travailler en groupe attire des frais supplémentaires. » (#3-22)

Cependant tous sont unanimes pour dire que le confort de travail apporté par ces « investissements » compense largement la diminution des revenus.

« En fait je n'ai pas comparé. Ça me plaît tellement, alors je pense que j'ai des associés que j'aime beaucoup, ça me plaît tellement que je n'ai même pas essayé de me poser la question. A mon avis, le coût de fonctionnement de la structure, je pense que ça doit... mais là c'est qu'un avis subjectif, je n'en sais rien, mais je pense que ça doit être plus coûteux qu'un exercice tout seul. Hein, je ne sais pas. » (#7-10)

« Si on tient le budget des employés, c'est sûr qu'on doit gagner plus ! Mais euh... je ne suis pas sûr que la qualité de travail... » (#10-6)

« Mais au bout du compte... moi par rapport à avant, l'argent que je pouvais avoir en plus, c'était tellement gagné dans de mauvaises conditions que je ne regrette absolument pas. » (#3-22)

« Je pense que quand on s'installe... moi quand je me suis installé, je voyais... ici dans le village, je voyais peut-être cinq malades par semaine la première semaine. Je n'ai pas racheté de clientèle. Donc... et après la patientèle elle a grossi progressivement au fil des années. Après il y a un moment où on n'a plus besoin de ... je dirais d'augmenter ses revenus, donc on vise plutôt la qualité de vie et puis la compétence et la pluridisciplinarité. » (#2-12)

« Le gain de qualité de vie et professionnelle compense largement les charges ?

Dr. #9 - bah... largement, oui. » (#9-10)

Ça contrebalance, il n'y a pas photo. » (#8-16)

L'apparition des Nouveaux Modes de Rémunération permet d'améliorer les revenus.

« Et puis là où ça a été vraiment, où il y a eu un très bon levier, c'est l'ARS qui nous a dit « et bah écoutez si vous êtes une équipe, vous êtes sur un territoire déterminé, vous avez essayé d'écrire un projet ensemble, vous allez pouvoir bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération. Donc on bénéficie des NMR. On est là aussi le site régional qui touche le plus parce qu'on est assez nombreux. » (#5-5)

« Mais ça permet quand même de se dire c'est du temps de travail, ce n'est pas du bénévolat en plus, on prend encore sur notre temps etc... alors que les libéraux pleurent tous d'avoir pas assez de temps, et bien voilà on peut se dire on se dégage du temps pour faire des missions comme ça et vraiment c'est agréable. » (#5-8)

« On a une SISA qui nous permet de toucher les Nouveaux Modes de Rémunération et de les redistribuer. » (#3-14)

De même que la mise en place du paiement à la performance.

« Et nous on a envie d'avoir un petit revenu quand même, conséquent, même si effectivement on a des revenus qui sont nettement moindres que beaucoup d'autres. Ça a un coût donc il faut travailler, on n'a pas eu d'augmentation vraie alors là je suis en "mal an" pour le dire parce qu'avec la nouvelle convention on a eu les CAPI améliorés, enfin les CAPI conventionnels, donc c'est vrai que c'est un nouveau mode de rémunération qui est intéressant qui nous permet aussi de voir un peu plus clair mais si on veut avoir des revenus corrects il faut effectivement travailler quand même beaucoup, si on veut pouvoir s'offrir je dirais une secrétaire, l'espace etc... » (#1-7)

« Mais en revanche, maintenant, parce qu'on est bien organisés etc..., et bah j'ai augmenté aussi mon chiffre d'affaires, et ça c'est notre projet syndical, le fait d'avoir de plus en plus de rémunérations sur des objectifs sous forme de forfait, ça c'est tout le bonheur pour nous, parce que le boulot il est déjà fait. Donc quand ça tombe, moi ça ne

m'a pas demandé d'efforts supplémentaires. Moi j'ai eu 10 000 euros au ROSP. Ce n'est pas rien. Voilà. Là j'avais signé le CAPI. J'ai eu 6000 euros de CAPI. Bon c'est sur trois ans, ça va partir. J'ai maintenant une file active de 1300 patients avec le médecin traitant que MG France a signé, cinq euros par patient hors ALD, je suis déjà à 5000 euros de plus, donc c'est vrai... et sans faire plus. C'est ça qui est intéressant. » (#5-23)

6. Epanouissement

Les différents éléments que nous avons retrouvés précédemment permettent d'expliquer que l'exercice en groupe, lorsqu'il est bien organisé peut permettre un meilleur épanouissement professionnel.

« En revanche, sur le plan de mon métier, enfin voilà je m'éclate et je fais des choses que je ne faisais pas avant. Donc ça.... Enfin pour moi ça n'a pas vraiment de prix. » (#5-22)

« Et en plus c'est enrichissant. Parce que quelqu'un qui va faire une autre activité par ailleurs... On a une de nos collègues-là qui a fait un DU de gynéco, bon bah qui fait donc... qui est médecin généraliste et qui fait de la médecine générale, pas mal de gynéco en plus. [...] ça apporte au cabinet. Puis à elle, en termes d'épanouissement, ça lui apporte aussi. » (#3-29)

7. Sécurité

L'exercice en groupe est également souvent un point positif en ce qui concerne le sentiment de sécurité vis-à-vis des agressions.

« Parce qu'on est en groupe, on a des locaux un peu sécurisés vu qu'on ne donne pas directement sur la rue, on a un secrétariat qui sécurise quand même – non pas qu'elles reçoivent des coups à notre place mais parce qu'il y a quand même un obstacle. » (#1-22)

« Et c'est aussi parce qu'on a instauré le fait que – par expérience – on ne sort jamais tout seul, même ici par principe on est toujours à deux à la fermeture. Hors de question de rester travailler tard le soir, c'est un principe de sécurité, à cause d'une lourde expérience, c'est très très rare, enfin ça arrive parfois on est un peu laxistes mais bon surtout l'hiver. L'été c'est un peu différent parce que ça va il fait clair mais l'hiver c'est un principe on est à deux à sortir. [...] Par exemple les secrétaires savent aussi que moi je travaille seule de 8h à 9h le matin, elles savent qu'il y a des patients qu'elles ne mettront jamais quand je suis toute seule. Si pour une raison quelconque je fais une journée continue je travaille le midi c'est pareil quand on est seul au cabinet il y a des patients qu'on ne met pas parce qu'on n'a pas une confiance absolue en eux. [...] le fait d'être en groupe, si je me fais agresser ici on va entendre du bruit. » (#1-23)

« Il y a quand même une dynamique sécuritaire, une atmosphère plus rassurante. » (#1-24)

« Avec ma caisse, le soir, bon voilà... Avec le liquide et la... Ouais, là c'est rassurant de savoir qu'il y a quelqu'un à côté. Ça m'est arrivé récemment avec une folle, avec qui ça s'était mal passé. Ouais, une pompier, une femme pompier culturiste avec les cheveux rasés. Un truc... et évidemment ça s'est mal passé. Elle était en conflit avec tous les autres médecins mais... j'ai prévenu mon collègue psychiatre à côté : "écoute surtout si ça ne se passe pas bien, si je t'appelle, écoute, viens, parce que..." » (#4-16)

« Oui, ça change beaucoup. Parce que moi j'ai eu des consœurs qui se font faire agresser, des gens qui haussent le ton, des agressions du secrétariat, et bah le fait d'être à plusieurs ça rassure. D'ailleurs, on a des caméras-là, dans les salles d'attente. On avait même au début, la porte n'est pas très très sécurisée, un moyen de pouvoir déclencher l'ouverture du bureau avec une télécommande. [...] Et puis moi ça m'est arrivé une fois d'être agressé par un patient toxicomane, et bah ça m'a fait du bien de pouvoir crier très fort et d'avoir un confrère qui est arrivé aussi voir, quoi. Et à deux on l'a viré. Mais je ne me sentais pas tout seul. Voilà, ça m'est arrivé une fois, bah c'est agréable, que tout seul ça m'aurait un peu... ça m'aurait plus marqué je pense. » (#5-27)

« On n'a jamais été confrontés à une agression réelle, mais oui c'est une sécurité parce qu'il y a du monde... tout le temps. » (#3-26)

« Très clairement, oui, oui. On se sent... oui, oui. Ça c'est évident. Des menaces on en a déjà eu. Voilà, j'ai une collègue qui est juste à côté, on travaille en réseau. C'est à dire que nos ordinateurs sont en réseau. On a un système un peu comme MSN Messenger, où enfin en direct on peut communiquer ensemble avec les médecins, avec la secrétaire, avec voilà. Donc je sais que je peux marquer un message, dire "aidez-moi" ou un truc comme ça, voilà, il y a du monde autour. La sonorisation elle n'est pas parfaite, forcément, partout, donc mes collègues peuvent entendre. Voilà, enfin c'est... » (#8-18)

« Bon... et puis d'être plusieurs dans le cabinet, oui, c'est une sécurité quand même. » (#10-7)

Cet élément semble être plus marqué pour les médecins femmes que les hommes.

« On ne se sent pas vraiment concernés, mais je pense que pour nos jeunes collaboratrices c'est bien d'être en groupe. » (#2-15)

« Moi je ne me suis jamais senti en insécurité, mais je peux comprendre qu'elles le ressentent. Et d'ailleurs des fois les gens se permettent plus de choses par rapport à une femme que par rapport à un homme. » (#5-27)

« Globalement, tout le monde part assez en même temps et le dernier à partir c'est souvent le Docteur [...] qui est un homme en fait, et bon, voilà. » (#6-12)

« Est-ce que vous vous sentez plus en sécurité du fait d'exercer en groupe ici que si vous étiez toute seule ?

Dr. #7 - oui, je pense que oui, c'est clair. » (#7-12)

8. Travail administratif

Le poids de la gestion administrative est un élément négatif souvent souligné par les médecins généralistes. L'exercice en groupe a tendance à accroître cette charge de travail, notamment par la nécessité de gestion de la société et notamment du personnel.

« Il y a une chose qui prend du temps aussi, c'est tout ce qui est gestion de la SCM, euh... voilà, parce que vous avez bien vu qu'on a eu beaucoup de difficultés. Euh.... donc ce qui veut dire rencontrer des avocats, rencontrer le notaire, euh.... rencontrer euh.... faire des assemblées générales à tire larigot donc ça implique de la paperasse, refaire les statuts parce que le nombre d'associés change, et tout ça ça prend beaucoup de temps, et à l'heure actuelle, bah pour l'instant il n'y a que moi qui m'en occupe. Donc ça du coup ça prend du temps et voilà.... et ça empiète un peu sur la vie de famille, enfin c'est du temps que je n'utilise pas pour ma vie de famille. [...] Régulièrement il y a une soirée... une fois une soirée de temps en temps où je ne rentre pas, je vais rentrer à la maison à 10h parce que j'ai fait de la paperasse, quoi. » (#8-19)

« Il y a eu une femme de ménage, mais j'étais tellement débordé. Enfin, je ne me sortais pas de la paperasse. C'est quand j'étais tout seul, que ma collègue ne m'avait pas encore rejoint, ça m'avait déprimé, et du coup j'ai fait appel à une société, à une société... je paye une société qui embauche et qui s'occupe des papiers de ma femme de ménage. » (#4-3)

La mise en place des Nouveaux Modes de Rémunération s'accompagne également de contraintes administratives.

« Les choses négatives elles sont administratives en fait, c'est-à-dire c'est les contraintes de la SISA qu'il faut faire absolument, parce qu'il y a des normes où il faut être obligatoirement deux médecins une infirmière si vous voulez vraiment être considéré comme MSP, parce qu'il faut régulièrement rendre des comptes aux ARS de manière totalement absurde... » (#1-25)

L'emploi d'une secrétaire ou d'un coordonnateur de gestion peut permettre d'alléger cette charge de travail, au prix d'une augmentation des charges financières.

« Gérer les salaires, gérer les choses comme ça, prémâcher le travail. Et c'est un gros travail pour nous. C'est un travail fondamental. L'avantage pour nous c'est que, quand on vient faire notre journée, on nous demande simplement de ramasser les chèques, les cartes bancaires, les espèces. On tire sur le logiciel, on fait notre compte, on s'aperçoit que ça correspond, on met tout dans une enveloppe, tout dans un coffre, et on ne s'occupe plus de rien. » (#3-7)

« Je pense que ça a été un choix de leur part de se donner la possibilité d'avoir quelqu'un pour les aider dans le fonctionnement de la coordination santé, parce qu'un professionnel de santé libéral il a aussi une patientèle à s'occuper, il est bien chargé tout au long de la journée, et ça permettait en ayant un coordinateur salarié que le coordinateur prenne en charge tout ce qui était le suivi des actions, la mise en place des réunions etc. » (#5-11)

« C'est des choses toutes bêtes mais... mais il y a des comforts que... il y a un confort auquel je ne pourrais pas céder. Le fait d'avoir une secrétaire qui apporte le courrier, qui ouvre le courrier, qui nous scanne tous les documents, qui nous prenne nos rendez-vous... voilà, même si on a un secrétariat à distance, bah euh... pff. Là on connaît la secrétaire, on peut la briefer, on peut la... euh... voilà, elle sait comment on fonctionne, c'est quand même vachement avantageux, rien que ce fait là. » (#8-16)

« Je pense que la secrétaire c'est quand même l'élément indispensable... » (#10-7)

I. L'impact sur la vie privée

En lien direct avec le chapitre précédent, nous allons à présent étudier les conséquences de ce mode d'exercice sur la vie privée des médecins généralistes interrogés.

1. Carte des concepts

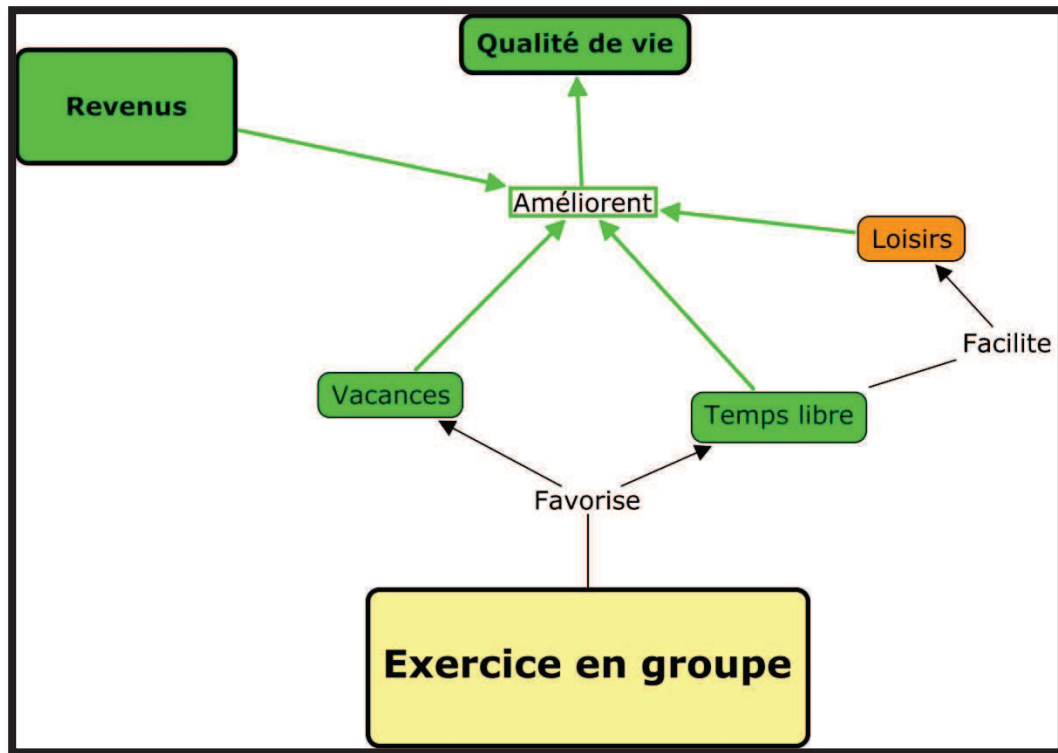


Figure 8 : Carte des concepts - Vie privée

2. Loisirs, activités annexes

Un certain nombre de médecins ont des passions, des activités en dehors de leur profession.

« La lecture, le tricot même si ça fait ringard mais ça me détend et le jardinage. » (#1-1)

« On fait de la montagne. » (#2-2)

« Sinon, en termes de passions, j'aime bien les travaux à l'intérieur de ma maison, ça, ça me plaît, ça m'intéresse, j'aime bien mettre les mains à la pâte. Je suis apiculteur amateur. J'aime bien le jardinage. Et puis voilà, quoi. Je ne fais pas assez de sport. » (#5-15)

« Quelques loisirs... genre balade, moto, puis... voyages. » (#10-1)

3. Horaires et vacances

L'exercice en groupe permet une plus grande liberté dans les horaires et les vacances afin, entre autres, de dégager du temps pour ces activités de loisir.

« De toute façon on organise plusieurs mois à l'avance en fait sur nos horaires aussi parce que nos collaboratrices elles aiment bien aller cher leurs enfants à 16h30-17h le soir, donc souvent, nous du coup on travaille plus le soir, on organise nos horaires en fonction de ça. [...] simplement le fait qu'on ait quatre cabinets et qu'on travaille à trois ou quatre, ça fait qu'on ne travaille plus le soir. » (#2-16)

« Et puis bah après aussi le fait d'être plusieurs médecins, de pouvoir s'organiser de façon plus facile pour les horaires de consultations et puis les vacances au besoin. » (#9-3)

« Bah si sur la liberté que procure le cabinet de groupe... oui, je pense que d'avoir un jour de repos dans la semaine, de ne pas finir trop tard... » (#10-8)

Les médecins exerçant de manière isolée partent le plus souvent en congés sans remplaçant, souvent faute d'en trouver. Cependant le fait de laisser le cabinet peut être source d'angoisse et empêcher de profiter pleinement de ses congés.

« Je pense que quand on exerce tout seul maintenant, les médecins ne cherchent pas de remplaçant en fait, ils ferment et puis ils prennent leur vacances. Par ici c'est comme ça. Il n'y a que dans les groupes qu'il y a des remplaçants. Les médecins isolés partent et puis c'est tout. » (#2-10)

« Ouais, en conscience, laisser le cabinet fermé comme j'ai fait au début, c'est insupportable. [...] c'est insupportable. Et au final on reste toujours... on dit au secrétariat : "bon je suis là, quoi, en cas de besoin..." C'est horrible ! » (#4-14)

« Bah moi j'avais fait des remplacements chez des médecins qui travaillaient en solo et je trouvais qu'au niveau de l'organisation c'était un petit peu... un petit peu dur, quoi (...) et puis il y avait toujours le problème, qui se présentait déjà au début, c'était le « bah on part en vacances... », le fait de trouver un remplaçant pour assurer la permanence des soins. » (#10-2)

Le fait d'être assuré de la permanence des soins permet de partir de manière plus sereine.

« D'avoir un jour dans la semaine, de pouvoir prendre des congés de courte durée sans trop se soucier si... si je vais manquer aux patients ou pas. » (#10-3)

« Enfin voilà, moi j'ai un dossier qui est un peu limite en ce moment, un ou deux dossiers un peu limite, je vais partir en vacances, bah je vais prévenir mes collègues en direct, voilà j'ai tenu mon dossier, elle a accès au dossier, c'est hyper confortable ! Je pars... voilà, je pars en toute tranquillité. » (#8-19)

« Effectivement pour mon mercredi de repos, bah oui c'est rassurant de savoir qu'ils sont là. » (#6-13)

« Je pense que quand on est tout seul, quand on part en vacances, on est certes remplacés, mais on sait aussi que le référent c'est nous. Et là je pars en vacances, je sais que ce sont mes collègues et mes associés qui prennent le relai, et que les patients seront bien pris en charge et que ce ne sera pas : "bah vous verrez avec le Docteur [...] en rentrant". Et ça c'est énorme. Pour moi, c'est énorme. » (#7-14)

« Tout simplement par rapport aux vacances, voilà, pour pouvoir... et par rapport au suivi...enfin la continuité de soins. Voilà. Pouvoir aménager le planning plus facilement, voilà. » (#8-4)

« Pour vos horaires, pour vos vacances, vous êtes plus libre du fait d'exercer en groupe que si vous étiez tout seul ?

Dr. #5 - c'est une évidence. Je pars trois semaines, là. Je n'ai pas d'arrière-pensées. Je sais que les patients sont vus et bien vus. Je sais que j'aurai des mots dans tous les dossiers. » (#5-28)

4. Qualité de vie

Ces éléments permettent d'améliorer la qualité de vie des médecins ce qui se place en synergie avec l'amélioration des conditions de vie professionnelle pour rendre l'exercice de la médecine générale plus agréable. Au moment où l'on parle de plus en plus de « burn-out » chez les médecins généralistes, l'existence d'une soupape pour soulager la pression est nécessaire.

« Pour ma vie personnelle, et après pour tous les à-côtés aussi, c'est une vraie force le groupe. Ça permet aussi que les généralistes aient une voix et ne soient pas asservis à leur travail. L'organisation, ça te permet de lever un peu le regard, puis de se dire : "ça j'aime, ça je n'aime pas, j'ai du temps pour aller rencontrer le maire, pour aller travailler dans un Pôle de Santé, pour..." C'est essentiel. Parce que sinon on reste enfermés, on subit notre métier. Et puis je trouve que c'est d'autant plus nécessaire, que maintenant nous sommes des professionnels à très haut niveau. » (#5-28)

« C'est-à-dire avant je travaillais de 8h du matin jusqu'à quelques fois 22h, donc là simplement le fait qu'on ait quatre cabinets et qu'on travaille à trois ou quatre, ça fait qu'on ne travaille plus le soir. On termine nos journées plutôt à 19h30, avant c'était beaucoup plus tard. Avant j'avais un seul cabinet où on était à deux. Depuis dix ans on est à deux mais en fait on avait un seul cabinet donc on se succédait dans le cabinet. Là on est passé à quatre cabinets donc du coup ça change tout. » (#2-16)

« Moi en tant qu'ancien médecin, ça m'a changé la vie, complètement. Quand on s'est mis ensemble autour de la table, on a commencé à discuter il y a maintenant presque dix ans, c'était "moi je me tire, moi j'en ai marre, je vais faire autre chose, c'est insupportable, je ne supporte plus ce métier, je ne supporte plus mes patients..." [...] Ce qui a permis aussi une certaine souplesse, une liberté, c'est-à-dire qu'un de mes confrères m'a dit "moi je me tire et j'en ai marre de faire de la médecine générale à plein temps." Maintenant il fait moitié médecine générale, moitié SAMU. Ce qui le fait travailler dans d'autres conditions et il est transformé, et il est resté. » (#3-8)

« Donc de dire que, moi faire de la médecine générale c'est travailler quinze heures par jour, je dis non ce n'est pas vrai. Ce n'est pas une fatalité. On peut organiser les choses. Je répète on a une continuité des soins 24/24, sept jours sur sept, et moi je rentre. Je finis mes consultations à 19h, bon j'ai mes papiers... machins..., à 19h30 je suis libre. Et je sais que je suis libre à 19h30. » (#3-27)

« Ah non c'est fini ça. Ce n'est même pas imaginable. Je ne comprends pas comment on a pu vivre autrement avant. On a accepté des conditions de travail absolument... Et je pense que c'est une des grosses problématiques de la médecine générale, c'est comment on peut accepter de travailler dans des conditions aussi mauvaises ? » (#3-31)

« Et à mon avis on se met un peu à l'abri de certains éléments qui pourraient nous mettre en risque d'un burn-out, quoi. Le fait d'avoir comme ça une charge de patientèle uniquement sur ses épaules à soi. En tout cas, moi, c'est ça qui me plait. » (#7-14)

J. Les enjeux du système de santé

Enfin, nous allons évaluer les relations entre l'exercice en groupe pluridisciplinaire et les grandes problématiques d'organisation du système de santé.

1. Carte des concepts

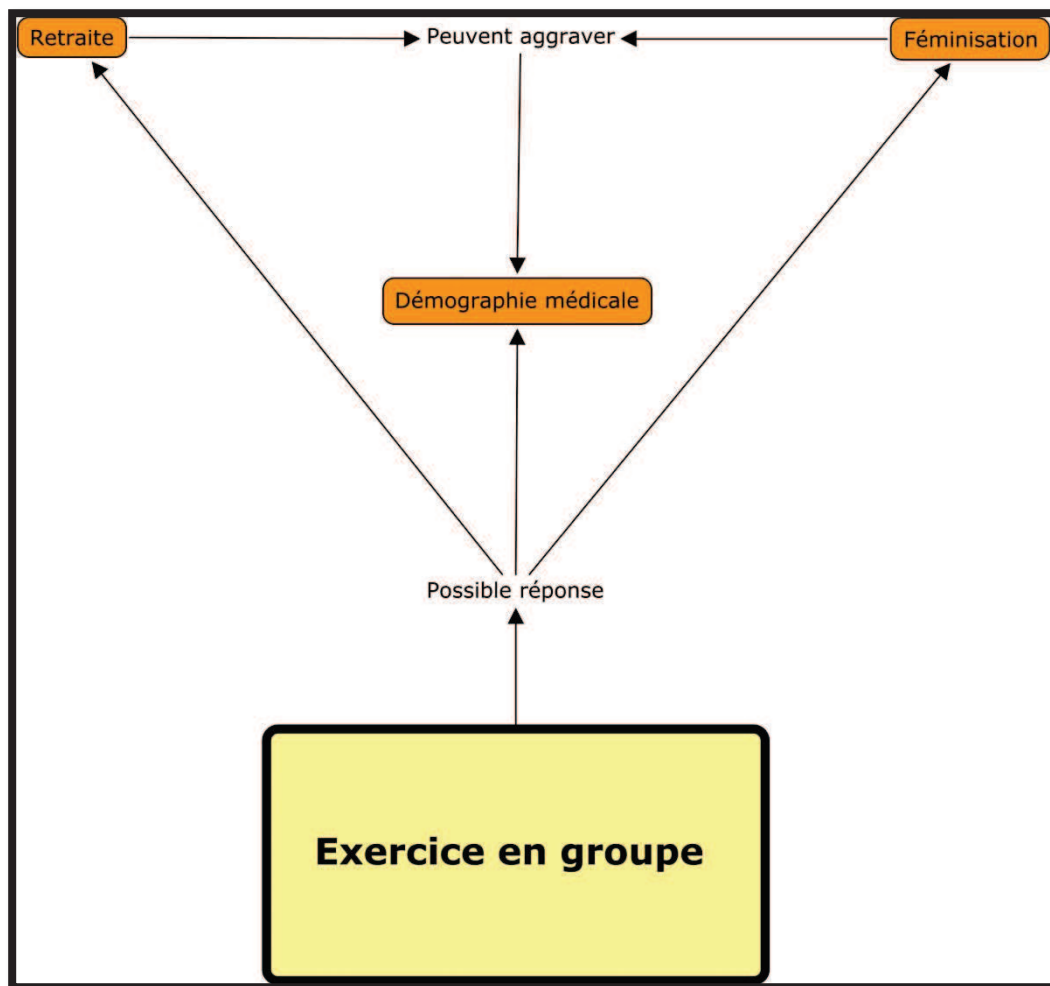


Figure 9 : Carte des concepts - Problématiques de santé

2. Démographie médicale

La création de groupes pluridisciplinaires, en rassemblant les professionnels de santé du secteur peut être une réponse aux problèmes de démographie médicale.

« Tout autour de nous, de toute manière, c'est le bazar. Il y a un problème de démographie médicale dans le [...] qui est vraiment préoccupant. On est les seuls à avoir *pffiou*... En termes de travail on assure quand même, je répète, une continuité des soins 24/24, sept jours sur sept, à côté. » (#3-21)

« Ça apporte une grande utilité à la population, on a vraiment l'impression de rendre un grand service. » (#3-5)

« Je me suis installé il y a trois ans, dans un village où il n'y avait plus de médecins, il n'y avait rien en fait. Il n'y avait plus du tout de médicaux ni de paramédicaux. Le dernier médecin était parti il y a six mois. Il n'y avait pas eu de successeur. [...] je suis allé rencontrer tous les professionnels alentours et il y avait vraiment un manque, et c'était le bienvenu de la part des médecins autour. Et vu l'âge également des médecins des villages alentours, ça valait le coup de le faire quoi, de tenter. Donc j'ai parlé de mon projet à plein de monde et avant même qu'il sorte de terre, vu qu'il n'est pas encore sorti de terre, là ça y est il y a la construction qui est en cours. Donc là déjà j'ai une généraliste qui m'a rejoint, un psychiatre, un infirmier, un orthophoniste et une diététicienne. [...] les patients, en fait, ils partent d'une situation où ils n'avaient plus de médecin du tout il y a trois ans. Il n'y avait plus personne. Et là ils sont en train d'avoir un bâtiment de 400 m² qui est en train de se construire dans le village, donc... » (#4-1)

3. Retraites

En lien avec le problème démographique, une réflexion sur la planification des départs en retraite peut être organisée au sein des groupes.

« Nous on en parle entre nous de l'âge, moi j'en ai 59, le Docteur [...] en a un peu plus, le Docteur [...] est plus jeune, on essaye entre nous de voir ce qu'on va faire pour envisager ça. » (#1-15)

Dans le cas du Pôle de Santé étudié, une réflexion a même été conduite sur l'ensemble du territoire de santé.

« Et puis il y a un autre groupe sur la continuité des soins et démographie médicale. Donc il y a eu une enquête qui a été faite auprès de médecins généralistes, kinés, pharmaciens et infirmiers. Donc il y a eu 88 répondants sur des questionnaires qui ont été envoyés sur des thématiques diverses, savoir si quand un professionnel est en congé, par exemple, il est remplacé ; quand est-ce que certains d'entre eux pensent prendre leur retraite, etc... [...] Et ça va nous permettre de communiquer aussi auprès des élus, notamment des élus de la [...] et des mairies les plus importantes, pour leur montrer le travail qui a été fait au niveau de cette enquête et puis les conséquences en termes de démographie sur la communauté. » (#5-9)

Cependant même ces actions de réflexion ne sont pas une garantie d'assurer la continuité de la prise en charge lors des départs en retraite.

« Mais, enfin, après, voilà, mais il me semble qu'on est un cabinet de groupe à peu près dynamique, on est assez nombreux, on n'est pas très loin de [...], à moins de vingt kilomètres, et on a quand même des difficultés à trouver... En tout cas, des remplaçants comme ça, ça ne se bouscule pas forcément non plus, et des remplaçants aux départs en retraite ce n'est pas évident. » (#9-8)

4. Féminisation

Enfin, avec la féminisation de la profession, la nécessité de prendre en compte les volontés de travail à temps partiel ou les congés de maternité est facilitée par la possibilité d'organisation au sein du groupe.

« Quand on s'est regroupés au départ avant le regroupement de 2007, on n'avait pas de femmes, on n'était que des hommes. Et depuis on a quand même cinq femmes, cinq jeunes femmes qui sont arrivées, et ça, ça fait beaucoup de bien. Même en termes d'ambiance de cabinet, d'offre de soins. » (#3-19)

« On a quand même plusieurs consœurs qui ont été enceintes, qui ont pris leur congé maternité, une autre, une prématurément il y a quelques temps, bah on a géré. Il n'y a pas eu de soucis. » (#3-27)

« On a des jeunes femmes qui ont choisi de ne pas travailler plein temps pour des raisons... parce qu'elles ont des enfants, parce que... et je pense que ça c'est très important. » (#3-28)

« Et autre système de pondération que l'on vit pour la deuxième fois dans le cabinet, c'est que une associée qui a un enfant, et bien durant tout le temps de son congé maternité, ne paye pas de charges. Elle ne paye pas de charges. Ce sont ceux qui restent qui y pourvoient et en fait on le lisse sur l'année, ce qui fait, en fait, qu'elle y abonde à payer un peu plus de charges avant de partir, et puis nous aussi, et pendant les périodes où elle est vraiment en congé maternité, elle paye zéro charge, c'est-à-dire qu'elle a pour vivre ce que lui donne la Sécu et puis le reversement du remplaçant lui permet de payer sa Caisse de retraite et son Urssaf. Globalement ça fait à peu près ça. Ça évite, je dirais, à la jeune consœur d'être obligée de faire un Plan Epargne Logement pour avoir un môme. » (#5-4)

« Je comprends que mes consœurs elles aient vraiment besoin de dire "tiens, moi, je vais chercher mes enfants une fois la semaine à l'école etc..." (#5-19)

K. Cartographie globale des concepts

Pour clôturer cette analyse sémantique, la carte des concepts de la page suivante est une synthèse de toutes celles ayant introduit chaque chapitre de ces résultats.

Etant donné le nombre d'éléments différents, seules les interconnexions principales y sont remises en évidence.

Cette carte permet de se rendre compte de la complexité de ces connexions et de l'interdépendance de multiples paramètres à prendre en compte dans l'analyse de ce mode d'exercice.

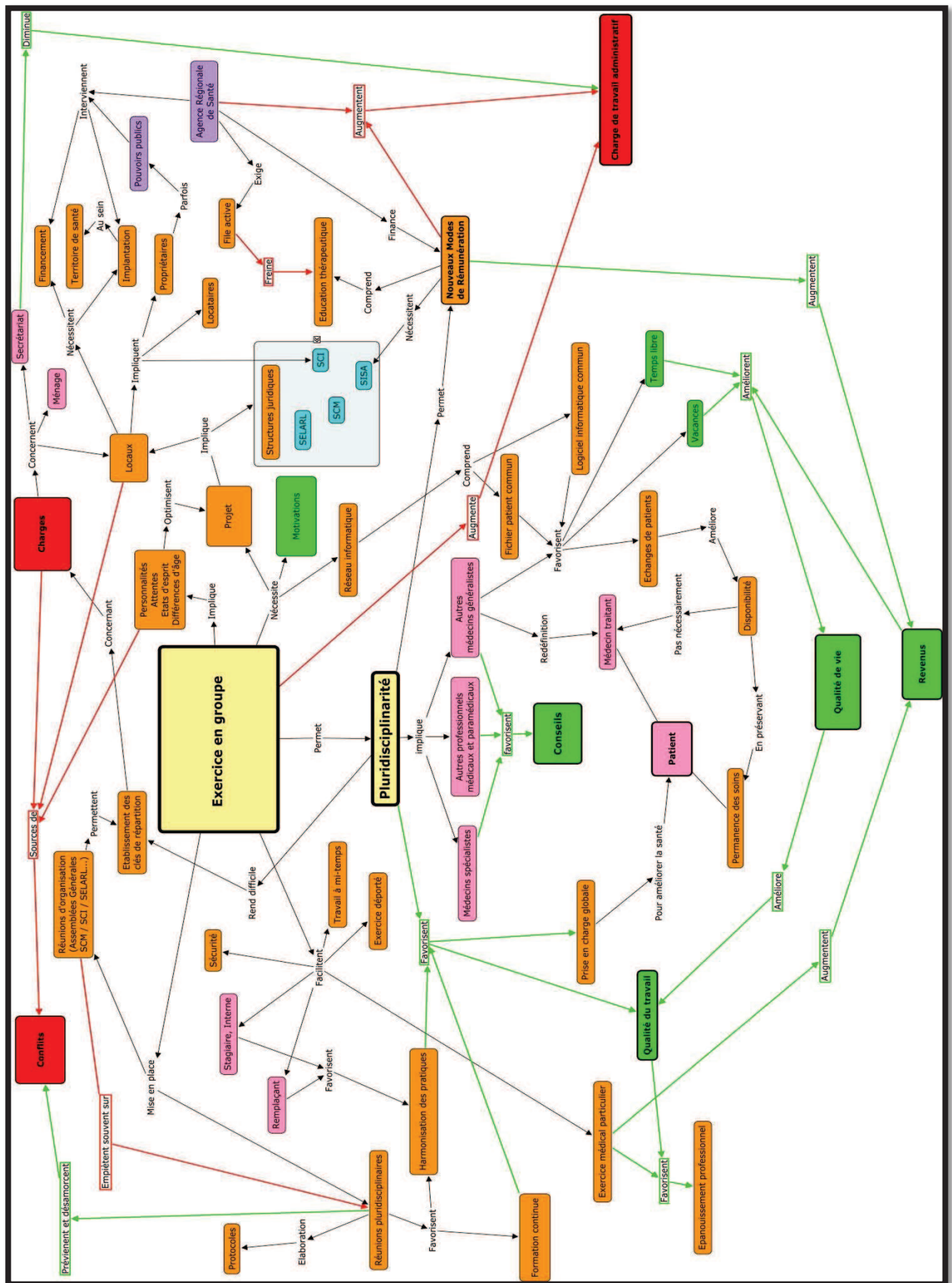


Figure 10 : Cartographie globale des concepts

L. Analyse lexicale

Le logiciel Nvivo a également permis d'effectuer une analyse lexicale par requête de fréquence de mots.

L'analyse des mille mots les plus fréquemment utilisés (après suppression automatique des mots de liaison effectuée automatiquement par le logiciel) dans les dix entretiens donne le nuage de mots suivant.



Figure 11 : Nuage de mots

On constate que la pertinence de cette analyse est discutable, aucun mot particulièrement significatif dans le contexte de l'étude n'étant référencé plus de 300 fois.

Le tableau suivant regroupe les mots signifiants les plus fréquents avec le nombre d'occurrences. Cette sélection est par essence subjective, le tableau complet des occurrences est disponible en annexe V.

Il est à noter également que cette analyse s'est faite sur le verbatim complet des entretiens et non pas sur les parties correspondant uniquement au panel de médecins. Les résultats peuvent donc être modifiés par les termes utilisés par l'interrogateur.

Mot	Nombre
médecins	273
patients	226
cabinet	204
groupe	182
médecin	144
santé	128
maison	103
professionnels	93
pluridisciplinaire	85
problème	79
travail	79
SCM	75
travailler	75
secrétariat	70
ensemble	68
paramédicaux	67
kiné	64
besoin	62
cas	62
infirmières	59
parler	59
charges	58
généralistes	58
médicale	58
projet	57
locaux	53
qualité	52
patient	51
secrétaire	50
structure	49
commun	48
jeunes	48

cabinets	47
intéressant	47
partir	47
soins	47
généraliste	45
pratiques	44
docteur	43
logiciel	43
vacances	43
SISA	42
diététicienne	39
enfants	39
personnes	39
charge	38
femme	38
libre	38
conflits	37
difficile	37
important	37
collègue	36
collègues	36
financier	36
médecine	36
problèmes	36
professionnel	34
rémunération	34
horaires	33
jours	33
consultations	32
femmes	32
patientèle	32
pratique	32
secrétaires	32
exercice	30
l'ARS	30
ménage	28
réunions	28
sécurité	27
médical	26
remplaçant	26
souci	26
activité	25
gynéco	25
l'hôpital	25
réseau	25
consultation	24
dossiers	24

Tableau 2 : Fréquence des mots significatifs

V. DISCUSSION

Cette étude a été réalisée dans le but de donner une vision plus claire des attraits et des contraintes liés à l'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire, notamment afin d'aider les jeunes médecins désireux de s'installer et sensibilisés à ce mode d'exercice souvent présenté comme l'avenir de la Médecine Générale.

Pouvoir bénéficier de l'expérience de ses aînés et reproduire les éléments positifs qu'ils ont su mettre au point, mais aussi tirer parti des erreurs qu'ils ont commises et des difficultés qu'ils rencontrent encore, est une chance pour ceux qui souhaitent se lancer dans ce mode d'exercice.

Cette étude nous montre des points de vue divers de médecins généralistes, jeunes ou plus âgés, femmes ou hommes, exerçant en ville ou à la campagne, qui ont tous en commun le fait d'exercer aujourd'hui en groupe et en compagnie d'autres professionnels de santé. La diversité des points de vue de ces praticiens nous a permis de dépeindre un tableau non pas d'un exercice pluridisciplinaire unique mais bien des exercices pluridisciplinaires car chaque groupe a son histoire, sa manière de fonctionner, ses points positifs et ses zones d'ombre.

Ceci nous semble être le résultat principal de ce travail : l'exercice pluridisciplinaire n'est pas unique mais multiple et chacun peut forger sa propre manière de fonctionner. Nous avons rencontré des SCM, des SISA, une SELARL ; nous avons rencontré des groupes qui se sont bâtis petit à petit en se développant progressivement, et d'autres qui se sont créés rapidement puis ont explosé et essayent maintenant de se reconstruire ; nous avons rencontré des médecins qui vivent la pluridisciplinarité au jour le jour et d'autres qui sont en groupe mais ne communiquent pas.

A la question « L'exercice pluridisciplinaire est-il vraiment le mode d'exercice idéal ? » la réponse semble être qu'il n'y a pas d'exercice idéal.

Aucun des médecins interrogés ne décrit son exercice comme la panacée, le remède à tous les maux des médecins généralistes et du système de soins primaires, mais tous expriment une satisfaction dans leur exercice malgré les difficultés parfois rencontrées.

A. Discussion des résultats

1. Les motivations

Les attentes des différents médecins interrogés lors de leur installation en groupe sont celles que l'on peut retrouver à la lecture des études déjà conduites sur le sujet.

Le fait de pouvoir travailler à plusieurs et de ne pas se sentir seul est l'élément primordial motivant ce type de regroupement. Le contexte pluridisciplinaire vient dans un second temps, la motivation principale étant avant tout un rassemblement entre pairs.

La mise en commun des moyens et notamment du secrétariat est également un facteur déterminant dans le choix de se regrouper.

Enfin, l'envie de pouvoir s'organiser pour bénéficier de plus de temps pour sa vie personnelle et pour des activités parallèles est également un élément important.

La première partie de l'étude de F. Marechal, concernant les ruptures des pratiques de groupe et parue en 2013 dans *BMC Family Practice* (42), reprend en partie ces éléments et met l'accent sur les attentes et préjugés parfois inadaptés des praticiens, particulièrement lorsqu'ils n'avaient pas exercé ou remplacé dans le groupe avant leur installation.

2. Le projet

La construction du projet de regroupement est une étape fondamentale puisqu'elle conditionne toute l'activité future.

Lorsqu'il s'agit d'un nouveau projet, celui-ci prend du temps. Le parcours administratif et juridique, mais aussi la construction du projet lui-même en tenant compte des attentes et des besoins des différents intervenants, nécessite des mois voire des années.

Il ressort des entretiens réalisés que la concertation initiale des différents protagonistes est fondamentale et qu'il convient notamment de s'assurer que les autres professionnels de santé (non médecins généralistes) sont intégrés à la construction du projet au même titre que les généralistes qui sont souvent les « porteurs de projet ».

En réalité, le projet final devrait être le compromis entre les attentes de chacun des protagonistes, en sachant que ces attentes sont parfois très différentes.

L'existence d'un projet médical commun est par ailleurs la pierre angulaire de la future collaboration entre les professionnels. A-S Grenier-Pimont, dans sa thèse datant de 2010 (43), décrit l'élaboration du projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire à Neufchâtel-en-Bray en Seine-Maritime. Elle décrit que ce projet « évite que la MSP ne soit que la juxtaposition de cabinets médicaux » et cite notamment la participation commune, antérieure à la création de la MSP, de douze professionnels médicaux et paramédicaux au programme d'éducation thérapeutique de la Mutualité Sociale Agricole.

Ces éléments de discussion sont parfois vus comme des obstacles aux projets de regroupement comme on peut le constater dans l'étude de H. Tcha pour sa thèse soutenue en 2012 (44). Les médecins de la commune de Lannion dans les Côtes d'Armor considèrent comme un frein à la création d'une MSP locale les risques de tensions entre les professionnels, la nature ambitieuse et chronophage d'un tel projet et les changements organisationnels liés à la pluridisciplinarité.

Les autres éléments-clés de la construction du projet sont le choix de locaux adaptés, situés au bon endroit et avec un soutien institutionnel présent et non freinant. Par ailleurs, le choix de la structure juridique se porte quasi systématiquement vers une SCM, tout au moins dans un premier temps, avec des perspectives d'évolution ultérieures vers d'autres formes juridiques de type SELARL ou SCP.

Ces dernières formes juridiques impliquent une mise en commun des honoraires avec une redistribution en fonction d'objectifs ce qui entraîne une gestion lourde qui explique leur faible développement actuellement.

Parmi les médecins que nous avons interrogés, le cas du Dr. #4 nous semble être un bon exemple d'une construction de groupe réussie : une zone déficitaire avec un réel besoin médical pour la population, un généraliste « porteur de projet » investi, des professionnels intéressés par le projet et partie prenante de son élaboration, un maire volontaire pour aider au projet mais à l'écoute des professionnels et ne cherchant pas à imposer ses vues, un soutien financier de l'Agence Régionale de Santé. Ce projet est encore débutant et en cours de construction mais les bases semblent solides.

3. L'organisation

Un élément majeur retrouvé au cours de cette étude est la nécessité, lorsque l'on veut travailler de manière coordonnée avec les autres professionnels de santé du cabinet, de se consacrer des temps de rencontre réguliers et impératifs. La mise en place de réunions – ou staffs – régulières est un élément à la fois indispensable et très lourd sur le plan organisationnel.

Les charges sont un élément incontournable de toute activité professionnelle. Le problème de la répartition de ces charges au sein d'un groupe, surtout lorsque les professionnels ont des activités différentes est un réel souci. Plusieurs médecins nous ont fait part de leurs difficultés et notamment de leurs regrets de ne pas avoir trouvé de professionnels, notamment de comptable ou de notaire, pour les épauler de manière fiable dans l'établissement des clés de répartition des charges. Chaque groupe organise donc cette répartition comme il le pense, certains inventant même des répartitions au *pro rata* du chiffre d'affaires ou mettant en jeu d'autres rémunérations que les simples honoraires. La mise à disposition de « lignes directrices » et de conseils, notamment par le biais du Ministère de la Santé ou de la FFMPs pourrait être un outil utile pour les groupes en construction et ceux en difficulté sur ce point précis.

L'agencement du cabinet se fait de manière libre pour la plupart des groupes. Un seul groupe organise une rotation systématique sur les salles de consultation, quelques-uns comprennent un partage de cabinets entre plusieurs praticiens mais la pratique la plus courante reste l'existence d'un cabinet pour chaque professionnel, personnalisé en fonction de ses envies. Il ressort qu'un certain nombre de médecins voient dans cette personnalisation un avantage pour l'établissement de la relation médecin-patient. A notre connaissance il n'y a pas eu d'étude réalisée spécifiquement sur cet aspect de l'organisation d'un cabinet de groupe.

La mise en place d'un réseau informatique commun est indispensable pour faciliter la communication au sein du cabinet et optimiser la prise en charge des patients. On constate que si les outils informatiques existent, les autres professionnels de santé (non médecins) sont rarement intégrés au logiciel commun, principalement semble-t-il en raison d'une balance « coût-bénéfice » défavorable.

L'organisation quotidienne (visites, gestion des urgences, horaires) est propre à chaque cabinet et n'a pas dans notre étude soulevé de difficultés organisationnelles particulières.

4. L'exercice commun

Les échanges de conseils entre les différents professionnels et notamment entre médecins sont une motivation importante à l'installation en groupe mais surtout une réalité quotidienne dans la plupart des groupes. Dermatologie, partage d'expérience entre jeunes médecins et plus anciens, échanges avec les autres professionnels de santé sont des occasions de se retrouver au sein du groupe. Cela permet d'entretenir une dynamique de groupe qui est différente, voire absente, lorsque les professionnels de santé exercent côte-à-côte dans une forme de colocation mais sans communication ni projet commun.

L'organisation de staffs – pluridisciplinaires ou non – à vocation médicale favorise ces échanges et l'amélioration des pratiques de chacun, lorsqu'ils peuvent être organisés régulièrement.

Le développement des Nouveaux Modes de Rémunération a permis d'organiser plus facilement une vraie vie pluridisciplinaire avec des prises en charge communes et du partage de compétences de manière non-bénévole comme c'était le cas jusqu'alors. Cette possibilité d'être rémunéré pour des activités autres que les seuls actes de consultation est en plein développement et permet de donner une autre impulsion à l'exercice de la médecine générale et au rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge du patient. Le Rapport sur les Maisons et Pôles de Santé remis au gouvernement en 2009 (45) soulignait d'ailleurs que cette prise en charge pluridisciplinaire des patients est l'orientation souhaitable à donner à la médecine de premier recours par son adéquation avec les besoins des patients et l'amélioration des pratiques qu'elle occasionne.

Dans le même esprit, hors du cadre des NMR, les protocoles établis avec les autres professionnels de santé et les secrétaires au sein des cabinets permettent de tirer profit des compétences de chacun. Un infirmier est le plus souvent capable de gérer seul un équilibre de traitement antidiabétique ou anticoagulant ; la mise en place de protocoles précis lui permet plus facilement d'assumer les responsabilités correspondant à sa formation et de pouvoir solliciter systématiquement un avis médical dans les situations le nécessitant.

Au Québec, ces protocoles peuvent depuis peu prendre la forme d'un véritable partenariat avec une IPS-SPL (Infirmière Praticienne Spécialisée en Soins de Première Ligne) qui est intégrée au groupe (UMF ou CLSC) (46). Il s'agit d'une infirmière (ou d'un infirmier, au Québec le féminin incluant le masculin lorsqu'il est question des infirmières) qui détient un diplôme universitaire de deuxième cycle ainsi qu'une certification de spécialiste en soins de

première ligne de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ). Cette collaboration a été mise en place suite à la Lettre d'Entente n°229 entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) (47). Cette collaboration permet à l'IPS-SPL de pratiquer, en plus des activités infirmières et en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille, les activités médicales suivantes : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescrire des médicaments ou d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice. Le cadre précis de ces activités est explicité dans un document conjoint de l'OIIQ et du Collège des Médecins du Québec (48). Le développement de telles activités par les infirmiers français devrait pouvoir être mis en place dans les années à venir, notamment par le développement du module 3 des Nouveaux Modes de Rémunération.

Les échanges de patients entre les médecins, pour des questions d'horaires ou de compétences spécifiques, est une pratique courante et – de l'avis des médecins interrogés – bien perçue par les patients. Les consultations conjointes à plusieurs médecins ou associant un médecin et un autre professionnel sont en revanche relativement rares.

La place des groupes pluridisciplinaires dans la formation des futurs professionnels de santé est importante et, de l'avis des médecins interrogés, bénéfique pour l'étudiant comme pour le professionnel installé. Cet accueil des étudiants est également un facteur favorisant pour un remplacement ou une future installation. L'étude de S. Sarni (49) pour sa thèse en 2012 montre que les internes manquent d'informations concernant ce type de structures qui ne sont pas forcément abordées dans toutes les formations universitaires. Si la demande de ces internes est plutôt en faveur de rencontres ou de cours organisés en fin d'internat – comme c'est d'ailleurs le cas à la faculté de Rouen – la possibilité de se former effectivement au sein de telles structures nous semble un complément intéressant pour appréhender la réalité de ce mode d'exercice.

L'harmonisation des pratiques au sein du groupe est souvent perçue comme nécessaire, particulièrement dans les groupes où les échanges de patients sont habituels. La formation continue – qui est le devoir de tout médecin – est facilitée par les échanges au sein du groupe et les réunions pluridisciplinaires qui peuvent être l'occasion de mises au point.

Enfin sur la question de l'amitié entre les professionnels – en dehors des relations professionnelles cordiales qui sont indispensables – la plupart des médecins estiment qu'elle

n'influe pas sur le bon fonctionnement du groupe. Néanmoins, certains soulignent que l'exercice doit avant tout se faire ensemble du point de vue des projets et des compétences professionnelles que par rapport à l'amitié.

5. Les conflits

Qui dit exercice commun dit forcément, à un niveau ou à un autre, l'apparition de divergences de points de vue qui, quand elles ne sont pas prises en compte, peuvent mener à des conflits.

Le défaut de communication est l'élément déterminant dans l'apparition de tels conflits de même que les conflits de personnalités. Le problème de la répartition des charges et notamment de la gestion du personnel est également sensible : dans les groupes que nous avons étudiés plusieurs départs d'associés ont été causés par ce type de conflits.

Nous avons pu retrouver dans la littérature une étude particulièrement intéressante concernant les conflits et leurs causes dans les groupes médicaux. Cette étude française de F. Marechal (42) est centrée sur les raisons des ruptures au sein des groupes médicaux. Le manque de discussion, les pratiques différentes, le fossé générationnel entre jeunes et anciens médecins, l'inexpérience et l'absence de formation des médecins en matière de pratique de groupe sont les éléments principaux retrouvés dans cette étude. Les auteurs relèvent également que tout changement dans le groupe – et notamment les départs-arrivées d'associés – sont des moments propices à l'exacerbation des conflits. La mauvaise répartition de la charge de travail est également relevée comme source potentielle de conflits.

Cette existence de conflits liés à une répartition inhomogène des tâches n'a pas été retrouvée dans notre étude. Cependant, ceci est également retrouvé dans l'étude de Branson et Armstrong de 2004 parue dans le *British Medical Journal* (50) qui montre que plus les groupes sont de taille importante et regroupent des médecins généralistes ayant des pratiques différentes, plus les conflits liés à cette mauvaise répartition des charges augmentent.

La prévention et la résolution de ces conflits passent – pour la majeure partie des médecins interrogés – par une communication accrue et une vigilance constante sur les points pouvant mener à des désaccords. L'étude de Branson confirme également ces résultats.

Par ailleurs, dans l'étude de Grenier-Pimont (43), celle-ci décrit des inquiétudes lors du projet de regroupement quant au partage des informations, aux regards des collègues sur la pratique médicale et à l'apparition possible de liens de subordination entre médecins et paramédicaux. Ces craintes n'ont pas été retrouvées comme causes de conflits dans notre travail, avec au contraire on retrouve une image positive du partage d'informations et du regard extérieur qui participe à l'amélioration des pratiques.

Le cas du Dr. #8 dans notre étude nous semble être l'exemple d'un groupe construit rapidement, avec des professionnels ne se connaissant pas et ne partageant pas de projet de soins commun. Au final, la première difficulté importante – qui a consisté en un conflit avec une employée de la structure – a provoqué l'éclatement complet du groupe avec une nécessité de procédures judiciaires entre associés, une image du groupe entachée vis-à-vis des institutions et des patients, et un manque de confiance de la part des praticiens qui continuent à y exercer et qui recommencent seulement à envisager l'avenir sereinement.

6. Les relations avec les patients

L'exercice en groupe invite souvent à repenser le concept habituel de « médecin traitant ». En effet, la répartition des horaires et des compétences, ou simplement le principe de fonctionnement de la structure, impliquent que le patient soit pris en charge par plusieurs médecins au sein du groupe. Ceci pose des difficultés vis-à-vis des institutions – et notamment de l'Assurance Maladie – mais aussi vis-à-vis des patients qui ont souvent besoin d'un temps d'adaptation et de certains médecins attachés à la notion de patientèle propre.

Ces éléments sont également retrouvés dans une étude de J-M Feron parue dans *Family Practice* (51) à propos des motivations et des réticences à l'installation en groupe des médecins généralistes. Cette étude a été réalisée en Belgique où l'exercice en cabinet isolé est majoritaire. Les auteurs constatent que la perte de la relation médecin-patient privilégiée est pour eux un obstacle important au regroupement, ceci étant exacerbé par le climat économique qui fait craindre une diminution des revenus liée à ce « partage » des patients.

Dans notre étude les médecins estiment que leur exercice en groupe permet une meilleure disponibilité horaire de la structure, leur permettant de se dégager du temps libre tout en préservant la permanence des soins.

Nous avons récemment réalisé, dans le cadre d'un mémoire de DES, une étude (52) auprès de 279 patients dans neuf groupes pluridisciplinaires. Le résultat principal de cette étude est que la majorité des patients interrogés perçoivent une amélioration de la qualité des soins apportés par leur médecin généraliste et de la prise en charge globale de leur état de santé du fait de cet exercice. La majorité d'entre eux pensent également que le fait que leur médecin exerce en groupe pluridisciplinaire est une bonne chose. Ceci est particulièrement vrai pour les populations âgées et/ou rurales qui bénéficient le plus de cette pluridisciplinarité. L'amélioration de la disponibilité – retrouvée dans le présent travail du point de vue des médecins – ne semble pas perçue de manière similaire par les patients. L'exercice en groupe pluridisciplinaire ne semble pas non plus être un critère déterminant dans le choix du médecin traitant, ni influencer sur la confiance que les patients ont dans leur médecin. Cette étude n'ayant pas été publiée, l'article est reproduit en Annexe VII.

7. L'impact sur la vie professionnelle

L'exercice en groupe pluridisciplinaire est décrit par les médecins interrogés comme permettant une amélioration de la qualité des soins, principalement par le biais des échanges entre confrères, de la communication avec les autres professionnels de santé, des réunions à vocation médicale et de la formation continue.

Parmi les médecins que nous avons rencontrés, beaucoup aiment avoir un exercice particulier en complément de leur pratique habituelle de médecine générale. Gériatrie, gynécologie, petite chirurgie,... l'exercice en groupe permet à la fois de libérer du temps pour ces activités annexes et d'investir en commun dans le matériel parfois nécessaire.

La facilité d'organisation du temps de travail est l'une des motivations au regroupement. En pratique, la plupart des groupes organisent une rotation afin que chaque médecin ait un jour de repos dans la semaine et n'ait éventuellement besoin d'assurer qu'un samedi matin sur deux ou trois. Cet exercice en groupe permet surtout de s'adapter aux désirs et besoins de chacun, notamment des femmes qui souhaitent souvent travailler à temps partiel pour consacrer du temps à leur entourage familial. Une étude réalisée en 2010 par S. Edo (53) pour son travail de thèse constate que les médecins généralistes femmes interrogées en Isère travaillent en moyenne 7 à 8 demi-journées par semaine soit une moyenne de 39 heures consacrées aux consultations et visites à domicile.

Concernant les revenus, la plupart des médecins s'accordent à dire qu'ils sont amoindris par l'exercice en groupe, principalement du fait des charges en locaux et en personnel qui sont inhérentes à une structure complexe. Néanmoins, tous considèrent que le confort professionnel gagné compense largement le coût engendré. Par ailleurs, les Nouveaux Modes de Rémunération et la rémunération sur objectifs viennent apporter un complément parfois non négligeable aux revenus.

Tous ces éléments participent généralement à un meilleur épanouissement professionnel, favorisé également par le sentiment de sécurité face aux agressions éventuelles qu'apporte l'exercice en groupe.

Enfin, la charge de travail administrative est un élément important de l'activité d'un médecin généraliste. Celle-ci est majorée par l'exercice en groupe (gestion de la société, comptes-rendus de réunions, organisation de l'éducation thérapeutique, relations avec les institutions). L'emploi d'une secrétaire ou d'un gestionnaire est facilité par la mutualisation des moyens au sein du groupe et permet d'alléger un peu cette charge.

8. L'impact sur la vie privée

Concernant la qualité de vie des médecins interrogés, ils considèrent qu'elle est meilleure que s'ils exerçaient seuls, de par l'amélioration des conditions de travail, la possibilité de gérer ses horaires plus facilement et les échanges avec les confrères qui permettent parfois de relâcher la pression et d'éviter le burn-out.

Dans l'étude de Feron (51), cette amélioration de la qualité de vie est d'ailleurs le premier avantage potentiel évoqué par les médecins exerçant seuls lorsque l'on évoque un possible regroupement.

9. Les problématiques du système de santé

Notre système de santé rencontre des difficultés et la mise en place de groupes pluridisciplinaires est parfois présentée comme LA solution.

Il est vrai, comme nous l'avons vu auparavant, que la possibilité d'exercer plus facilement à temps partiel tout en préservant la permanence des soins pour les patients peut être une réponse à la féminisation croissante de la profession.

Le problème des départs en retraite en revanche n'est pas résolu. Si une réflexion s'établit au sein de ces groupes pour anticiper les départs, les réticences importantes des jeunes diplômés à une installation ne garantissent pas forcément une reprise de l'activité. En 2004 déjà, le CREDES (devenu depuis l'IRDES) a réalisé une étude (54) montrant qu'entre les années 1980 et les années 2000 l'âge moyen d'installation des médecins libéraux a augmenté de 5 ans, en partie à cause de l'allongement de la durée des études mais également à cause du recul de l'installation par rapport à la thèse passée de 1,6 an en moyenne à 3,7 ans.

Ces deux éléments, féminisation et retraites, aggravent le problème de la démographie médicale. Par ailleurs, les groupes pluridisciplinaires, s'ils permettent d'offrir un lieu unique de soins médicaux et paramédicaux pour les patients et un exercice moins pénible qu'auparavant dans les zones sous-dotées, ne sont pas la solution parfaite au manque de médecins.

B. Discussion de la méthode

1. La méthode de recueil

Nous avons décidé de réaliser cette étude qualitative en conduisant des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en groupe pluridisciplinaire.

L'autre méthode qualitative permettant l'obtention de résultats rigoureux sur le plan scientifique aurait été l'organisation de *focus groups*. Outre les considérations organisationnelles évoquées lors de la présentation de la méthodologie, cette méthode des *focus groups* a déjà été utilisée dans l'étude de H. Tcha (44) et cette approche méthodologique alternative permettait de comparer les résultats avec deux techniques différentes de recueil des données.

Par ailleurs, la décision de n'interroger que des médecins généralistes a été motivée par le fait que ce travail est destiné avant tout à aider les médecins généralistes désireux de s'installer de cette manière. Si le point de vue des autres professionnels de santé aurait été intéressant à développer, nous avons jugé que cela aurait constitué une digression par rapport à l'objectif de cette étude. Par ailleurs, l'un des *focus groups* de l'étude de Tcha étant constitué de paramédicaux (une podologue, deux sages-femmes, deux kinésithérapeutes et une orthophoniste), la pertinence de réitérer cette approche par rapport à la littérature existante nous a semblé faible.

Nous avons interrogé au total dix médecins généralistes, sept hommes et trois femmes, exerçant dans des milieux différents et ayant des pratiques différentes, tant au niveau des horaires que des exercices. Les idées exprimées ne nous ont pas semblé influencées par l'âge ou le sexe de nos participants. Cependant, au vu de notre effectif limité il est difficile d'être certain de l'absence de relation. L'organisation de *focus groups* par tranches d'âge et par sexe pourrait permettre de s'en assurer mais le poids logistique nécessaire rend difficile leur mise en œuvre. Cependant, nous pouvons néanmoins déplorer de ne pas avoir eu de médecin entre 40 et 50 ans au sein de notre panel.

Enfin dans la phase préparatoire de cette étude, nous avons envisagé d'interroger des médecins exerçant seuls ou ayant quitté un groupe pluridisciplinaire pour n'exercer qu'entre médecins, afin d'améliorer la diversité des points de vue. Au final, nous avons constaté que les histoires professionnelles des médecins du panel interrogé reprenaient ces deux

éléments. En effet, plusieurs de ces médecins avaient exercé auparavant de manière isolée ou en groupe médical pur et nous ont transmis leur expérience de ce mode d'exercice. D'autre part l'un des médecins interrogés a quitté un groupe pluridisciplinaire il y a quelques années et nous a expliqué les motifs de ce départ et les raisons l'ayant poussé à envisager son approche pluridisciplinaire sous forme de pôle plutôt qu'au sein d'une structure commune. Cependant, une étude complémentaire menée avec des professionnels n'exerçant pas de manière pluridisciplinaire pourrait être intéressante afin de comprendre leurs réticences.

2. La retranscription des données

La retranscription des données à partir des enregistrements audio a été un processus minutieux avec une réécoute de tous les enregistrements par une deuxième personne afin de s'assurer de la perfection de cette retranscription. Ce processus permet de valider avec certitude l'exactitude de nos données.

Du fait de notre peu d'expérience préalable concernant la conduite d'études qualitatives, nous n'avons pas tenu de carnet de bord permettant de souligner les attitudes physiques (hésitations, postures, sourires...) des médecins interrogés au cours des différentes phases des entretiens. Ceci nous aurait également permis de recueillir des considérations annexes et l'organisation précise des groupes (gérant, nombres précis de propriétaires et locataires en cas de SCI...).

Néanmoins, la tenue de ce carnet de bord aurait nécessité la présence d'un observateur externe lors des entretiens ce qui était compliqué à mettre en œuvre et les éléments ainsi pris en compte n'auraient permis que d'affiner les résultats de notre étude sans en modifier l'essence.

3. L'analyse des verbatims

L'un des points forts de notre étude et qui permet de valider le critère de fiabilité est que l'analyse a été réalisée de deux manières différentes avec un recoupement des synthèses pour produire l'analyse finale.

L'utilisation du logiciel Nvivo 10 a permis un codage fiable avec une automatisation de l'encodage matriciel qui nous a permis de retrouver facilement les liens entre les différents concepts.

En complément de l'analyse empirique réalisée – qui a permis notamment de s'assurer de l'exhaustivité des verbatims relevés pour chaque concept mis en évidence – un deuxième encodage par Nvivo, effectué par un autre opérateur, aurait pu parfaire la fiabilité de l'analyse. Malheureusement, ceci n'a pas été réalisable pour des raisons de temps et de ressources humaines.

4. La mise en forme des résultats

La présentation des résultats a nécessité la mise en place d'un plan permettant la lecture la plus facile possible. La séparation en deux parties distinctes « Attraits » et « Contraintes » entraînait d'une part une certaine redondance – un thème donné pouvant souvent être à la fois source d'éléments appartenant aux deux catégories – et d'autre part posait le risque de laisser de côté des éléments « neutres » plus organisationnels. C'est pourquoi nous avons préféré opter pour cette présentation thématique.

Notre choix d'introduire chaque chapitre des résultats par une carte des concepts nous a semblé une manière simple et visuelle d'atténuer le côté parfois fastidieux de la lecture des résultats, surtout lorsque les verbatims venant mettre en évidence un concept sont étoffés.

Si nous nous sommes efforcés de conserver une mise en forme commune, le passage entre les cartes des concepts partiels et la cartographie globale n'est pas forcément clairement apparent, principalement parce que cette dernière a nécessité un travail conséquent de sélection des concepts les plus importants et de remise en forme pour les faire apparaître ainsi que leurs interconnexions sur une même figure.

Nous avons préféré, dans le choix des verbatims illustrant les résultats, indiquer la plupart des citations correspondant au concept, parfois au prix de relatives répétitions. Cette étude étant de nature qualitative, la question du nombre de praticiens adoptant un certain point de vue est secondaire par rapport à la présentation des idées elles-mêmes. Cependant, lorsqu'une idée a été exprimée par de nombreux médecins ou que certains médecins l'ont exprimée à plusieurs reprises au cours de l'entretien, il nous a semblé nécessaire de le retranscrire en indiquant toutes les citations correspondantes.

C. Quelles perspectives d'avenir ?

Ce type de projets pluridisciplinaires continue actuellement de se développer et nombre de médecins sont convaincus que l'avenir de la Médecine Générale se trouve dans cette prise en charge globale et dans ce rôle « d'ingénieur coordonnateur » de la santé du patient.

La poursuite des aides à la construction de ces structures est primordiale pour continuer dans cette voie au vu des coûts engendrés. Une réflexion commune entre professionnels de santé, patients, pouvoirs publics et autres institutions est nécessaire pour que ces projets se fondent sur des bases solides et se développent sereinement.

La mise à disposition d'aides logistiques, notamment concernant la répartition des charges entre les différents professionnels, par le gouvernement et la FFMPs est une attente forte des « porteurs de projets » parfois désemparés devant ces considérations économiques pour lesquelles ils n'ont pas de formation.

Enfin, la complémentarité entre Maisons et Pôles de Santé est à développer pour permettre le maillage des territoires de santé en se servant à la fois de la proximité permise par les Maisons de Santé et de la puissance logistique des Pôles qui peuvent réunir des dizaines de professionnels dans des projets communs.

Pour conclure, nous avons recontacté l'ARS de Haute-Normandie pour connaître les dernières évolutions concernant les dispositifs de Nouveaux Modes de Rémunération censés s'arrêter en fin d'année. Une reconduction des dispositions existantes est prévue pour une durée d'un an dans le PLFSS 2014, en attendant toujours la mise au point d'un accord conventionnel pluriprofessionnel. Un doublement du dispositif actuel est même prévu puisque 150 nouveaux sites sur le territoire français devraient pouvoir bénéficier de financements après examen de leurs projets de santé.

VI. CONCLUSION

Au final, quels enseignements pouvons-nous tirer de cette étude pour guider les médecins désireux de se lancer dans « l'aventure pluridisciplinaire » ? Quels sont les attraits et les contraintes principaux lorsque l'on crée ou rejoint un tel projet ? Quels sont les éléments à ne pas oublier et les pièges à éviter ?

La première réponse semble être de construire un projet qui leur ressemble, avec des professionnels qui leur ressemblent...

Il existe d'innombrables formes d'exercice pluridisciplinaire, autant que de groupes pourrait-on dire puisque chaque structure est unique. Le principal reste de trouver la forme qui convient à chacun pour pouvoir s'épanouir auprès de collègues, médecins et non-médecins, qui ont énormément à nous apprendre si l'on prend le temps d'échanger avec eux.

Un travail d'équipe ne se fait pas sans heurts et le maintien d'une communication ouverte et attentive entre les associés est indispensable au bon fonctionnement du groupe.

Le poids de la gestion d'une telle structure, en termes d'investissement personnel, de temps et de charges est conséquent. Les revenus sont certainement moindres que dans un exercice isolé mais le confort professionnel et personnel gagné n'a souvent pas de prix et le développement des Nouveaux Modes de Rémunération permettra peut-être à l'avenir d'atténuer ce coût.

L'exercice pluridisciplinaire n'est pas « le mode idéal d'exercice » puisqu'un tel idéal n'existe pas, mais pour ceux qui souhaitent cette prise en charge globale du patient avec des échanges et des points de vue variés, de multiples choses peuvent être construites.

Notre travail complémentaire auprès de patients de Cabinets et Maisons de Santé Pluridisciplinaires montre qu'il existe une réelle attente de certaines populations, notamment les populations rurales et les populations âgées, par rapport à ce type de structures.

L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire doit donc se faire en tenant compte des attentes des professionnels et des institutions mais également des attentes des usagers du système de soins qui peuvent également en recevoir les bénéfices. Avec ses

attraits et avec ses contraintes, il demeure donc plus que jamais une voie en plein développement.

Pour achever ce travail, je souhaitais reprendre une citation d'un médecin que nous avons rencontré pendant cette étude et qui m'a particulièrement marqué.

*« Travailler en équipe c'est vraiment « une discipline de vie »,
c'est accepter de se laisser surprendre par la position de l'autre
et je dirais même goûter le plaisir de voir sa position changer grâce à l'autre. »*

En espérant avoir toujours la sagesse d'être à l'écoute de mes collègues,

Et de savoir apprécier la valeur inestimable de ces échanges.

Résumé

L'exercice en groupe pluridisciplinaire est considéré comme la voie d'avenir de la Médecine Générale et est souvent présentée comme la solution aux problèmes de démographie médicale. Cette étude qualitative a pour but d'en déterminer les attraits et les contraintes afin de guider les médecins généralistes désireux de rejoindre ou de créer un tel groupe.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès d'un panel de dix médecins généralistes exerçant dans des groupes pluridisciplinaires (cabinets de groupe, Maisons de Santé Pluridisciplinaires et Pôles de Santé Pluridisciplinaires) en région Haute-Normandie.

Les motivations à l'installation en groupe pluridisciplinaire sont principalement la volonté de ne pas être seul, d'exercer avec d'autres médecins et d'échanger avec d'autres professionnels de santé. Le projet de construction d'un tel groupe est chronophage et nécessite de prendre en compte les aspirations de tous les intervenants concernés. La mise en place de temps de rencontre réguliers est primordiale pour entretenir une dynamique de groupe positive, favoriser les échanges et exercer ensemble, notamment via des Nouveaux Modes de Rémunération créés par les politiques de santé récentes. Tous ces éléments s'accompagnent le plus souvent d'un sentiment d'amélioration de la qualité de travail et de la qualité de vie. Cependant l'existence de conflits, souvent liés à des problèmes financiers, de personnalités et de manque de communication peuvent mettre en péril le bon fonctionnement du groupe.

Cette étude permet de montrer qu'il n'existe pas un mais des exercices pluridisciplinaires et qu'il est préférable pour chacun de s'investir dans un projet qui lui correspond.

English Title and Summary

Title

Family Practice in multidisciplinary groups : Which attractions ? Which constraints ?

A qualitative study from a panel of ten general practionners in Upper Normandy, France.

Summary

Multidisciplinary group practice is considered to be the way forward for Family Practice and is often presented as the solution for medical demography issues. The purpose of this qualitative study is to define its attractions and its constraints in order to guide general practitioners willing to join or create such a group.

We conducted semi-structured interviews among a panel of ten general practitioners working in multidisciplinary groups (simple groups, multidisciplinary houses of health and multidisciplinary clusters of health) in Upper Normandy, France.

The motivations to settle down in a multidisciplinary group are mostly the will not to be alone, to practice with other physicians to exchange views with other care-givers. To set up such a group is time-consuming and requires to take into account the views of each professional concerned. Implementation of regular meetings is primordial in order to sustain positive group dynamics, to facilitate exchanges and to practice together, especially through new sources of income that are being created by recent French health policies. All these elements are often accompanied by a feeling of improvement of quality of work and quality of life. However, the existence of conflicts, mainly related to financial issues, incompatible personalities and lack of communication can put in danger the functioning of the group.

This study shows that there is not a unique way to have multidisciplinary practice and that it is advisable for everyone to involve themselves in a project matching with their personalities.

VII. ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES

ARS	Agence Régionale de Santé
BIC	Bénéfices Industriels et Commerciaux
BNC	Bénéfices Non Commerciaux
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CGP	Cabinets de Groupe Pluridisciplinaires
CHC (<i>Ontario</i>)	Community Health Centers
CLSC (<i>Québec</i>)	Centres Locaux de Services Communautaires
CMU – CMUc	Couverture Maladie Universelle (complémentaire)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Electrocardiogramme
ETP	Equivalent Temps Plein
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FMOQ (<i>Québec</i>)	Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FHT (<i>Ontario</i>)	Family Health Teams
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GMF (<i>Québec</i>)	Groupe de Médecins de Famille

GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
IPS-SPL (<i>Québec</i>)	Infirmière Praticienne Spécialisée en Soins de Première Ligne
IR	Impôt sur le Revenu
IRDES	Institut de Recherche et Développement en Economie de Santé
IS	Impôt sur les Sociétés
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
NHS (<i>GB</i>)	National Health Service
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OIIQ (<i>Québec</i>)	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PAPS	Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé
PCT (<i>GB</i>)	Primary Care Trusts
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PSP	Pôle de Santé Pluridisciplinaire
RCM	Revenus de Capitaux Mobiliers
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SCI	Société Civile Immobilière
SCM	Société Civile de Moyens
SCP	Société Civile Professionnelle
SEL – SELARL	Société d'Exercice Libéral (A Responsabilité Limitée)
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SPFPL	Société de Participations Financières de Professions Libérales
TS	Traitements et Salaires
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UMF (<i>Québec</i>)	Unité de Médecins de Famille
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Congrès de la médecine générale France 2012. Discours de Marisol Touraine - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [Internet]. www.sante.gouv.fr. 2012 [cité 10 août 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/congres-de-la-medecine-generale-france-2012-discours-de-marisol-touraine-samedi-23-juin-2012.html>
2. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009;(85):4-7.
3. Ambroise Thomas P, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Académie Nationale de Médecine; 2008.
4. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest Econ Santé* [Internet]. sept 2010;(157). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf>
5. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis: INPES; 2011.
6. Parcours de soins coordonnés : fonctionnement - Service-public.fr [Internet]. [cité 10 août 2013]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/F10870.xhtml>
7. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? - *Qes127.pdf*. *Quest Econ Santé* [Internet]. nov 2007;(127). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>
8. Centre de Santé et de Services Sociaux de Québec Nord - Consultations médicales [Internet]. Disponible sur: <http://www.csssqn.qc.ca/fr/services/services-generaux/consultations-medicales/>
9. Textes législatifs et réglementaires [Internet]. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Textes-legislatifs-et-reglemen.103719.0.html>
10. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>

11. Décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000425280&categorieLien=id>
12. Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645861&dateTexte=&categorieLien=id>
13. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554#LEGIARTI000026799042>
14. Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020560750>
15. Code de la santé publique - Article L4011-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887842&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>
16. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000020879543>
17. Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire et d'attractivité régionale - CIADT [Internet]. Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale; 2013 mai p. 19. Disponible sur:
<http://www.datar.gouv.fr/sites/default/files/datar/20100511-dp-ciadt.pdf>
18. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient | Legifrance [Internet]. [cité 18 nov 2013].

Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&dateTexte=&categorieLien=id>

19. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient | Legifrance [Internet]. [cité 18 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557&dateTexte=&categorieLien=id>

20. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581>

21. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664592&dateTexte=&categorieLien=id>

22. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id>

23. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025561913&dateTexte=&categorieLien=id>

24. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000026785699>

25. Code de la santé publique - Article L6323-3 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte=&categorieLien=cid>

26. Code de la santé publique - Article L6323-4 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887803&dateTexte=&categorieLien=cid>
27. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé - Définitions [Internet]. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp>
28. Code de la santé publique - Article L6323-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886387&dateTexte=>
29. Baude C. Le Pacte territoire santé en région Haute-Normandie : Synthèse des réunions des conférences de territoire [Internet]. Agence Régionale de santé de Haute-Normandie; Disponible sur: http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Concertation_regionale/les_conferences_de_territoires/Conference_de_territoire_du_Havre/Synthese_pacte_territoire_03-13_V3.pdf
30. Tableau comparatif des différents statuts juridiques existants [Internet]. PAPS Haute-Normandie. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: http://www.haute-normandie.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PAPS/Tableau_statuts_societes_MSP_06_05_11__2_.pdf
31. Les sociétés - APCE, agence pour la création d'entreprises [Internet]. [cité 18 août 2013]. Disponible sur: <http://www.apce.com/pid1629/les-societes.html?espace=1&tp=1>
32. Gaillarde M, Viennois J-P. Modes d'exercice et contrats d'association. Acta Endosc. 2005;35(Spécial CREGG):460-465.
33. PAPS Haute Normandie: SISA [Internet]. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: <http://www.haute-normandie.paps.sante.fr/SISA.136619.0.html>
34. SISA Questions-Réponses [Internet]. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/sisa-questionsreponses>
35. Groupe Pasteur Mutualite - Les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) [Internet]. [cité 28 août 2013]. Disponible sur: <http://www.agmf.fr/votre-profession/autres-ind%C3%A9pendant-salari%C3%A9-groupe/exercices-en-groupe/44->

profession/exercice-en-groupe/958-les-soci%C3%A9t%C3%A9s-interprofessionnelles-de-soins-ambulatoires-sisa.html

36. Qu'est-ce qu'une SCI ? [Internet]. [cité 30 août 2013]. Disponible sur: <http://www.l-expert-comptable.com/creation-d-entreprise/statuts-juridiques/qu-est-ce-qu-une-sci.html>

37. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé [Internet]. Site Internet ARS. [cité 17 août 2013]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>

38. Haute Autorité de Santé - Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cité 18 août 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

39. Structures NMR Haute Normandie [Internet]. www.ars.sante.fr. [cité 15 août 2013]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/mise_en_oeuvre_DSS/HteNormandie.pdf

40. Focus Group [Internet]. Univ. Qué. Montr. UQAM. Disponible sur: <http://www.er.uqam.ca/nobel/k36565/PDF/anim/focusgr.pdf>

41. Novak J. La théorie qui sous-tend les cartes conceptuelles et la façon de les construire [Internet]. Disponible sur: <http://sites.estvideo.net/gfritsch/doc/rezo-cfa-410.htm>

42. Marechal F, Schmidt D, Lasserre E, Letrilliard L. When the group practice breaks up: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2013;(14):53.

43. Pimont A-S. Création de maisons médicales pluridisciplinaires: Quelles difficultés ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2010.

44. Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant la création d'une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22) [Internet]. Université de Bretagne Occidentale; 2012. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/71/72/34/PDF/These-Medecine_generale-2012-Tcha_Hli.pdf

45. Juilhard J-M, Crochemore B, Toubia A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement [Internet]. 2009 p. 52. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000029/0000.pdf>

46. Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) - IPS [Internet]. Disponible sur: <http://www.fmoq.org/fr/organization/collaboration/ips/default.aspx?View=%7bD8D6E64E%2dB8FD%2d4486%2d864F%2d13D469AEE28C%7d>
47. Lettre d'Entente n°229 - Ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF. p. 341-345.
48. Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec - Collège des Médecins du Québec; 2008.
49. Sarni S. L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire vu par les futurs médecins généralistes: étude à partir d'un focus group d'internes effectuant un SASPAS [Internet]. [France]: Université de Nantes; 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=342bd37b-ab3e-4147-a780-ea66217c08ff>
50. Branson R, Armstrong D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. *BMJ*. 14 août 2004;329(7462):381.
51. Feron J-M, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C, et al. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. *Fam Pract*. avr 2003;20(2):167-172.
52. Seigneur Y, Guillem E. Cabinets et Maisons de Santé Pluridisciplinaires : Qu'en pensent les patients ? Non Publ. Voir « Dossier des Annexes »:311.
53. Edo S. Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère. [Lyon]: Claude Bernard - Lyon 1; 2010.
54. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Quest Econ Santé* [Internet]. avr 2004;(81). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>