



HAL
open science

Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains

David Zalmai

► To cite this version:

David Zalmai. Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01412394

HAL Id: dumas-01412394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412394>

Submitted on 8 Dec 2016

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse N°142

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le

07/11/2016 à Bordeaux par

Mr David ZALMAÏ

Né le 19/10/1987 à Dijon (21)

**Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités
et perspectives.**

**Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de
santé aquitains.**

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Bounthanousone NAMMATHAO

Composition du Jury :

- Président : - Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
- Membres : - Monsieur le Professeur William DURIEUX - *Rapporteur*
- Monsieur le Docteur Baptiste LUACES
- Monsieur le Docteur Philippe FAROUDJA DEVEAUX
- Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO

Remerciements

A notre président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

A notre rapporteur

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail et je vous en remercie. Merci pour votre attention et vos réponses rapides à mes mails. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

A nos juges

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Maître de conférences associé, Médecin Généraliste

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail et vous témoigne toute ma reconnaissance pour votre formation à l'utilisation du logiciel NVivo. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Monsieur le Dr Philippe FAROUDJA DEVEAUX

Médecin Commandant Sapeurs Pompiers Volontaires, élu Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Médecins Libéraux d'Aquitaine, Vice-président en Dordogne au conseil d'administration de la Fédération Aquitaine des Maisons de Pôles de Santé (FAMPOS), Médecin Généraliste

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail et vous témoigne toute ma reconnaissance pour votre soutien dans ce projet de thèse. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO

Président de la Fédération Aquitaine des Maisons de Pôles de Santé (FAMPOS), Médecin Généraliste

Nousone, merci de tout cœur pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet. Tu as été l'un des seuls à croire en mon sujet et sans toi, cette thèse n'aurait pas été possible. Merci de t'être proposé pour être mon directeur de thèse. Je t'en suis grandement reconnaissant. Merci pour ton investissement personnel, tes conseils, ton soutien moral, tes relectures et tes corrections.

Remerciements particuliers

A Caro, pour ta précieuse aide pour le codage, ta relecture et les corrections d'orthographe. Merci pour ton soutien, de tout cœur.

Aux professionnels des trois maisons de santé qui m'ont accueilli et ont accepté de participer à mon étude. Ces quelques minutes que vous m'avez accordées m'ont permis de mener ce travail et je vous remercie de m'avoir consacré ce temps parmi des agendas parfois surchargés.

Au Docteur Marc Faget, qui a été le premier à soulever la problématique de ma thèse. Je vous remercie pour votre aide et pour votre confiance accordée à m'occuper de vos patients.

Au Docteur Jean-Luc Barbe, merci de me faire confiance et de me laisser m'occuper de tes patients. Merci de m'avoir laissé du temps disponible cette année pour pouvoir finaliser ma thèse.

A Marie et JC, merci pour votre relecture de mon introduction. J'avais besoin d'être rassuré et, malgré vos emplois du temps surchargés, vous avez pris le temps de la lire et de me donner votre avis.

Encore une fois à ma pote Marie, parce qu'on a tellement galéré ensemble avec cette thèse et tout le reste, que ça mérite bien une seconde ligne de remerciements.

A mes autres collègues et anciens co-internes devenus des amis : à Nishi, à Maïté, à Julia merci pour votre soutien. Et à ceux que j'ai oublié.

A mes anciens co-externes et amis de Besançon : Johnny, Tonio le Blaireau et Jonathan.

A la belle-mère de Nousone, je vous remercie du fond de cœur pour le temps passé sur les retranscriptions. Je vous témoigne toute ma gratitude.

A Marie Henocque et Anaïs Lasserre, bien que nous ne nous connaissons pas, je vous remercie pour vos mails et de m'avoir fourni vos travaux de thèse. Ils m'ont été d'une grande aide.

Au squash et à Thierry, par l'équilibre que tu as réussi à m'offrir. Un corps sain dans un esprit sain j'espère. Merci beaucoup pour tous tes conseils. Je sais que je te dois beaucoup dans ma vie, tu m'as fait aimer ce sport, y prendre plaisir et m'y investir. Alors tant que je pourrai y jouer, je continuerai jusqu'à pouvoir te battre et mettre toutes mes balles dans le nick.

A mes partenaires et adversaires de squash, grâce à vous, je pouvais me libérer de tout ce stress et me venger sur le terrain. Merci à tous.

A mon instituteur, mes institutrices, mes nombreux professeurs de collège, de lycée et de la faculté de médecine de Besançon. Vous avez apporté votre pièce à l'édifice.

A ceux qui ont fait partie de ma vie et avec qui j'aurais aimé partager ce moment.

Remerciements très particuliers

A ma Maman, pour son soutien depuis toujours. Pour les petits plats préparés durant la P1, pour les machines de linge et le repassage afin de me laisser le temps de réviser. Pour tes prières qui m'ont guidé et aidé. Les mots sur cette page ne suffiront pas exprimer ce que j'ai dans le cœur.

A mon Papa, mon chirurgien, mon modèle. Je me souviens des fois où tu arrivais en retard le midi pour nous chercher au collège ou des fois où tu devais demander à Anne-Lise de venir nous chercher parce que tu étais pris au bloc sur une urgence. C'est pour ça en partie que je t'avais dit que je ne ferais jamais médecine. Je me souviens de l'odeur de l'éther quand tu nous amenais dans ton service et qu'on s'amusait avec le tampon de ton bureau (maintenant moi aussi j'en ai un de tampon, tout comme toi), quand tu nous amenais des gâteaux que les infirmières te donnaient. Merci pour tous ces nombreux trajets que tu as fait pour nous amener tous à la piscine, au tennis, à la musique...

A Loria, ma grande sœur, merci de m'écouter au téléphone toujours en train de me plaindre. On s'est toujours suivis, on s'est toujours aidé. Tu as choisi la pharmacie et moi la médecine. Tu te souviens de cette photo que Papa et Maman nous montraient tout le temps et où tu me donnais une cuillère de petit suisse et ensuite tu en prenais une pour toi ! Merci de t'être occupée de moi pendant toutes les années de médecine à Besançon, merci d'avoir cuisiné pour moi pendant toutes ces années quand je ne savais encore rien faire et que je n'étais qu'un gamin.

A Nour, mon moyen frère ! Comme je dis tout le temps. Tu es le plus brillant d'entre nous ! Tu es le seul à avoir eu l'audace et le courage de choisir une voie hors de la santé. Je sais que ça n'était pas forcément évident mais tu l'as fait et de quelle manière. Avec brio ! Tel un Mika. Merci pour la traduction de mon résumé.

A Weiss, mon frère.

A Nazir, mon frère ! On est les mêmes ! On est pareils. N'empêche qu'est-ce qu'on a rigolé avec Maxime ou à l'aéroport de Bordeaux quand on repartait à Mulhouse ! Merci aussi à Paddington, Baloo, Mowgly, Bagheera, au lion de la gare de Lyon et... à Maxime quand

même. Mon frère, tu es le meilleur. Tu es le plus fort. Tu as toujours eu une place particulière dans la famille, parce plus que n'importe lequel d'entre nous, étant le petit dernier, tu as dû faire tes preuves et tu nous a montré que tu étais le plus tenace. Tu n'as jamais lâché même quand on se moquait de toi au lycée avec tes fautes d'orthographe. Ton parcours universitaire a prouvé ta capacité à grandir et à te responsabiliser. Félicitations pour ce que tu as accompli. Si je t'ai tant embêté, c'est pour que tu deviennes quelqu'un de bien. Je t'ai toujours testé mais ça a permis de te renforcer. Désormais tu es source de sérénité et d'apaisement, tu fais preuve de responsabilité et pour ça je suis fier de toi. Merci pour ton écoute. Maintenant, tu es plus grand que moi, et tu es source de conseils avisés. Le grand frère écoute son petit frère.

A ma famille à travers le monde, à la Réunion, en Afghanistan, en Allemagne, au Danemark, aux Etats-Unis et probablement encore dans d'autres pays.

A Nilab, ma cousine partie trop vite et injustement.

A mon grand-père, je n'oublierai pas que tu étais médecin également et j'espère que tu es fier de ce que nous avons pu accomplir et que tu seras fier de ce que nous accomplirons.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil et de m'avoir reçu comme un roi. Merci pour les délicieux repas et les cadeaux.

Et enfin à ma Gredine, ma Salimette, ma fiancée, ma future épouse, mon Cœur, mon Amour. Merci pour ton soutien. Désolé de t'avoir laissée avec peu de nouvelles cet été, désolé d'avoir fait passer cette thèse en priorité. Ce n'est pas pour ça que je t'oublie. Tu restes dans mon cœur pour l'éternité. Comme je te l'ai déjà dit tu es le pilier de ma vie et j'ai besoin de toi pour que tout le reste aille bien. Merci d'accepter de me supporter pour le reste de notre vie.

Abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPTMG : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

FAMPOS : Fédération Aquitaine des Maisons et Pôles de santé

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de santé

FHT : "Family Health Team"

GMF : Groupes de Médecine de Famille

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCMH : "Patient-Centered Medical Home"

PCTs : "Primary Care Trusts"

PHOs : "Primary Health Organizations"

PMR : Personnes à Mobilité Réduite

PSP : Pôles de Santé Pluri professionnels

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| ABREVIATIONS | 8 |
| 1 INTRODUCTION | 12 |
| 1.1 ORIGINES ET DEFINITIONS DES MAISONS DE SANTE..... | 12 |
| 1.1.1 <i>Du concept à la définition</i> | 12 |
| 1.1.2 <i>Définition officielle</i> | 12 |
| 1.1.3 <i>Première définition officielle</i> | 13 |
| 1.1.4 <i>Seconde définition officielle</i> | 13 |
| 1.1.5 <i>Troisième définition officielle</i> | 13 |
| 1.1.6 <i>Quatrième définition officielle et définition actuelle des MSP en 2016</i> | 14 |
| 1.2 EVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE MONDE..... | 14 |
| 1.2.1 <i>L'exemple du Canada</i> | 14 |
| 1.2.2 <i>L'exemple des Etats-Unis</i> | 15 |
| 1.2.3 <i>Les exemples d'autres pays</i> | 15 |
| 1.3 LES MSP EN FRANCE | 16 |
| 1.3.1 <i>Une croissance exponentielle des MSP</i> | 16 |
| 1.3.2 <i>Les MSP en Aquitaine</i> | 17 |
| 1.4 PROBLEMATIQUE..... | 19 |
| 2 MATERIELS ET METHODE..... | 21 |
| 2.1 TYPE D'ETUDE..... | 21 |
| 2.2 POPULATION ETUDIEE | 21 |
| 2.2.1 <i>Sélection des MSP</i> | 21 |
| 2.2.2 <i>Sélection des participants</i> | 21 |
| 2.3 CONFIDENTIALITE ET CONSENTEMENT | 21 |
| 2.4 TRAME DU QUESTIONNAIRE | 22 |
| 2.5 RECUEIL DE DONNEES..... | 22 |
| 2.6 RETRANSCRIPTION DES DONNEES | 22 |
| 2.7 STRATEGIE D'ANALYSE | 23 |
| 3 RESULTATS | 24 |
| 3.1 DESCRIPTION DES MSP | 24 |
| 3.1.1 <i>MSP 1</i> | 24 |
| 3.1.2 <i>MSP 2</i> | 25 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.1.3 | <i>MSP 3</i> | 27 |
| 3.2 | DESCRIPTION DES ENTRETIENS | 28 |
| 3.3 | DESCRIPTION DES PARTICIPANTS..... | 29 |
| 3.3.1 | <i>Recrutement</i> | 29 |
| 3.3.2 | <i>Profil des participants</i> | 29 |
| 3.4 | DESCRIPTION DES DONNEES RECUEILLIES LORS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES..... | 31 |
| 3.4.1 | <i>Attentes</i> | 31 |
| 3.4.2 | <i>Réalités de fonctionnement</i> | 48 |
| 3.4.3 | <i>Perspectives</i> | 101 |
| 3.5 | SYNTHESE DES RESULTATS | 112 |
| 4 | DISCUSSION | 113 |
| 4.1 | FORCES DE L'ETUDE | 113 |
| 4.1.1 | <i>Choix d'une étude qualitative</i> | 113 |
| 4.1.2 | <i>Choix de l'entretien individuel semi-dirigé</i> | 113 |
| 4.1.3 | <i>Choix de la trame du questionnaire</i> | 113 |
| 4.1.4 | <i>Choix de l'échantillonnage</i> | 114 |
| 4.1.5 | <i>Limiter les biais internes</i> | 115 |
| 4.1.6 | <i>Retranscription mot pour mot</i> | 115 |
| 4.1.7 | <i>Triangulation du codage</i> | 115 |
| 4.2 | LIMITATIONS ET FAIBLESSES DE L'ETUDE..... | 116 |
| 4.2.1 | <i>Type d'étude</i> | 116 |
| 4.2.2 | <i>Entretien individuel semi-dirigé</i> | 116 |
| 4.2.3 | <i>Facteurs d'exclusion</i> | 118 |
| 4.2.4 | <i>Contraintes logistiques ayant influé sur l'échantillonnage</i> | 120 |
| 4.3 | INTERPRETATION DES PRINCIPAUX RESULTATS | 121 |
| 4.3.1 | <i>L'exercice en MSP : une part de hasard, sans attentes spécifiques</i> | 121 |
| 4.3.2 | <i>L'exercice en MSP répond en grande partie aux attentes des professionnels</i> | 121 |
| 4.3.3 | <i>L'exercice en MSP ne répond pas à certaines attentes des professionnels de santé</i> | 130 |
| 4.3.4 | <i>L'exercice en MSP crée des inconvénients inattendus</i> | 131 |
| 4.3.5 | <i>L'exercice en MSP amène des avantages inattendus</i> | 134 |
| 4.3.6 | <i>L'exercice en MSP, le projet de santé et la volonté politique : décalages</i> | 140 |
| 4.3.7 | <i>L'exercice en MSP ouvre des perspectives</i> | 142 |
| 5 | CONCLUSION | 147 |
| 6 | BIBLIOGRAPHIE | 148 |
| 7 | ANNEXES | 156 |

| | | |
|--------|---|------------|
| 7.1 | ANNEXE 1 : MAIL DE PRESENTATION | 156 |
| 7.2 | ANNEXE 2 : TRAME DU QUESTIONNAIRE | 157 |
| 7.3 | ANNEXE 3 : PORTRAIT DES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVIEWES | 159 |
| 7.3.1 | <i>Entretien 1 : MK1</i> | 159 |
| 7.3.2 | <i>Entretien 2 : MK2</i> | 159 |
| 7.3.3 | <i>Entretien 3 : MK3</i> | 160 |
| 7.3.4 | <i>Entretien 4 : MG1</i> | 160 |
| 7.3.5 | <i>Entretien 5 : MK4</i> | 161 |
| 7.3.6 | <i>Entretien 6 : MK5</i> | 161 |
| 7.3.7 | <i>Entretien 7 : MG2</i> | 162 |
| 7.3.8 | <i>Entretien 8 : MG3</i> | 162 |
| 7.3.9 | <i>Entretien 9 : Ortho1</i> | 163 |
| 7.3.10 | <i>Entretien 10 : MK6</i> | 163 |
| 7.3.11 | <i>Entretien 11 : IDE1</i> | 164 |
| 7.3.12 | <i>Entretien 12 : IDE2</i> | 164 |
| 7.3.13 | <i>Entretien 13 : Diet1</i> | 165 |
| 7.3.14 | <i>Entretien 14 : Psycho1</i> | 165 |
| 7.3.15 | <i>Entretien 15 : IDE3</i> | 166 |
| 7.3.16 | <i>Entretien 16 : Podo1</i> | 166 |
| 7.3.17 | <i>Entretien 17 : MG4</i> | 167 |
| | SERMENT D'HIPPOCRATE | 168 |
| | RESUME | 169 |
| | ABSTRACT | 169 |

1 Introduction

La santé et le bien-être des populations dans le monde sont étroitement liés aux performances de leurs systèmes de santé [1]. L'OMS définit un système de santé comme l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé [2]. Pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à tous [3]. L'OMS recommande de renforcer les systèmes de santé en se focalisant sur les services intégrés, centrés sur la personne [4]. Les systèmes de santé ne sont pas figés [5] et évoluent selon les besoins, les demandes des patients, les découvertes de nouvelles thérapeutiques, les possibilités de prises en charges en dehors de centres hospitaliers... En France, le développement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) semble apporter une réponse aux exigences établies par l'OMS.

1.1 Origines et définitions des maisons de santé

1.1.1 Du concept à la définition

Le terme "maison de santé" est apparu à partir de 2006. Il a commencé à être utilisé par des soignants désireux de distinguer leurs projets des maisons médicales existantes [6]. Les premiers projets de maisons de santé se sont inspirés des unités sanitaires de base des années 1980 qui regroupaient des soignants de plusieurs cabinets autour d'un travail pluridisciplinaire coordonné [6]. En octobre 2007, suite au rapport du sénateur Juilhard [7], le terme devient plus en plus utilisé. Cependant, le concept n'était pas encore bien défini. Une maison de santé était considérée comme telle dès lors qu'elle rassemblait des professions médicales et paramédicales, organisait son activité autour d'un projet médical commun et y associait parfois des intervenants extérieurs à la sphère médicale stricto sensu [7].

1.1.2 Définition officielle

En novembre 2007, une première définition des maisons de santé est proposée par un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'exercice coordonné et protocolé mené par le Professeur Jean-Michel Chabot. « Une maison de santé [...] rassemble dans un secteur

donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaire, dont les médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients » [6].

1.1.3 Première définition officielle

Le 19 décembre 2007, l'existence légale des maisons de santé est introduite dans le Code de la santé publique, via l'article L. 6323-3, par la loi de financement de la sécurité sociale. « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux » [6, 8].

1.1.4 Seconde définition officielle

En 2009, l'article L. 6323-3 [9] est modifié une première fois afin d'ajouter à la constitution des maisons de santé, en plus des professionnels médicaux, la présence d'auxiliaires médicaux ainsi que l'élaboration « d'un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 » [9]. Il est également précisé que tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé et que ce dernier est transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

1.1.5 Troisième définition officielle

Une seconde modification est établie par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 - article 2 [10]. Celle-ci permet de définir une maison de santé comme une personne morale et d'inclure les pharmaciens. Les activités de soins assurées sont également élargies aux soins sans hébergement de second recours. Les actions menées sont directement liées au projet de santé élaboré et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans cette modification, toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé peut signer le projet de santé (sans être membre de la maison de santé). Le terme "pluri professionnelle" est préféré à celui de "pluridisciplinaire", en raison de la présence de plusieurs professionnels et non uniquement de médecins de spécialités différentes.

1.1.6 Quatrième définition officielle et définition actuelle des MSP en 2016

La quatrième et actuelle définition complète les précédentes en incluant la définition d'une maison de santé pluri professionnelle universitaire. Il s'agit d'une « maison de santé ayant signé une convention tripartite avec l'ARS dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluri professionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur » [11].

1.2 Evolution de l'organisation des soins de santé primaires dans le monde

Plusieurs pays, à l'image de la France avec les MSP, ont connu des modifications de leurs systèmes de santé de soins primaires. Bien que leurs situations soient difficilement comparables tant les systèmes de santé sont distincts d'un pays à l'autre, il est intéressant de remarquer à travers ces exemples, que l'initiative française des MSP fait partie d'une démarche dépassant les frontières nationales.

1.2.1 L'exemple du Canada

Au Canada, les soins primaires sont essentiellement fournis par les médecins généralistes [12-15]. Au Québec, afin d'améliorer l'organisation des services de santé, le gouvernement a décidé d'instaurer en 2000 des Groupes de médecine de famille (GMF). Il s'agit d'un regroupement de médecins travaillant en étroite collaboration avec des infirmières [12]. Les GMF sont ouverts du lundi au vendredi. Pour les samedis, dimanches et jours fériés, ainsi qu'en dehors des heures d'ouverture du GMF, une garde téléphonique est assurée par un médecin. L'une des caractéristiques les plus attractives du modèle GMF est de permettre l'obtention de ressources humaines et matérielles supplémentaires [12]. D'autre part, ce type de regroupement permet d'attirer de nouveaux médecins notamment par le partage des frais de locaux et de secrétariats ainsi que par un certain nombre d'aides financières, d'ajustements tarifaires et de méthodes additionnelles de rémunération. Il existe également un autre modèle

canadien plus récent de soins primaires mis en place en Ontario: le “Family health team” (FHT) [13]. Il s’appuie sur une équipe multidisciplinaire (infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, nutritionnistes) offrant notamment des heures d’accès élargies.

1.2.2 L’exemple des Etats-Unis

Aux Etats-Unis, afin de répondre à la proportion croissante de pathologies chroniques ainsi qu’à l’augmentation du vieillissement de la population, des “patient-centered medical home” (PCMH) ou maisons médicales centrées sur le patient sont apparues [16-17]. Ce type de structure fonctionne avec un médecin de soins de premiers recours regroupé au sein d’une équipe personnalisée autour d’un patient. Ceci a permis d’améliorer la qualité des soins, la satisfaction des patients, la coordination des soins, l’accès aux soins et de diminuer le nombre de passages aux urgences et d’hospitalisations.

1.2.3 Les exemples d’autres pays

En Nouvelle-Zélande, les “primary health organizations” (PHOs) ou organisations de soins primaires ont été développées afin de coordonner les soins [18]. Au Royaume-Uni, les “England’s primary care trusts” (PCTs) ou centres de soins primaires collaborent avec les agences de sécurité sociale afin d’améliorer la coordination globale des soins. En Australie, se développent des cliniques multidisciplinaires en soins primaires axant la prise en charge sur la prévention et la promotion de la santé. En Finlande et en Suède, il existe des centres de santé au sein desquels travaillent des équipes pluridisciplinaires composées de médecins généralistes, infirmières et autres professionnels paramédicaux [18].

1.3 Les MSP en France

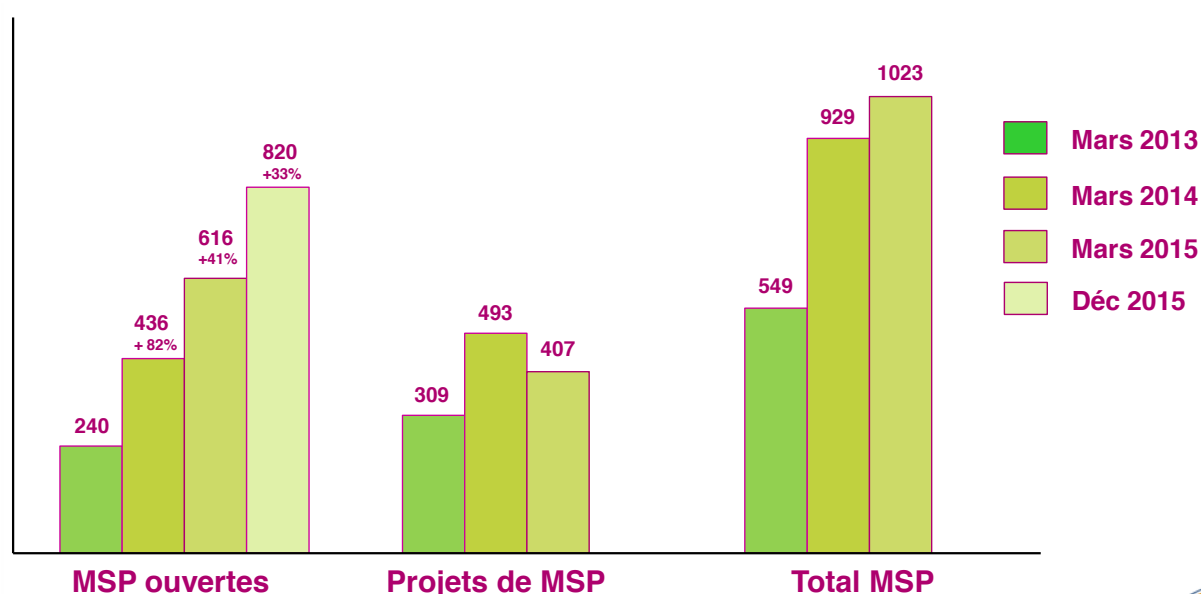
1.3.1 Une croissance exponentielle des MSP

En janvier 2012, 235 MSP en fonctionnement sont répertoriées sur le territoire français et environ 450 projets sont recensés [19]. Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80%). Les maisons de santé regroupent alors 2 650 professionnels, dont 750 médecins [19]. Le tableau ci-après (**Tableau 1**) ainsi que le graphique ci-dessous (**Figure 1**) montrent l'évolution de l'implantation des MSP en France [20].

| Mars 2013 | Mars 2014 | Mars 2015 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 240 MSP en fonctionnement | 436 MSP en fonctionnement | 616 MSP en fonctionnement |
| 309 projets de MSP déjà sélectionnés | 493 projets de MSP déjà sélectionnés | 407 projets de MSP déjà sélectionnés |
| <u>Soit 549 MSP</u> | <u>Soit 929 MSP</u> | <u>Soit 1023 MSP</u> |

Source : DGOS

Tableau 1 : Un nombre croissant de MSP en France



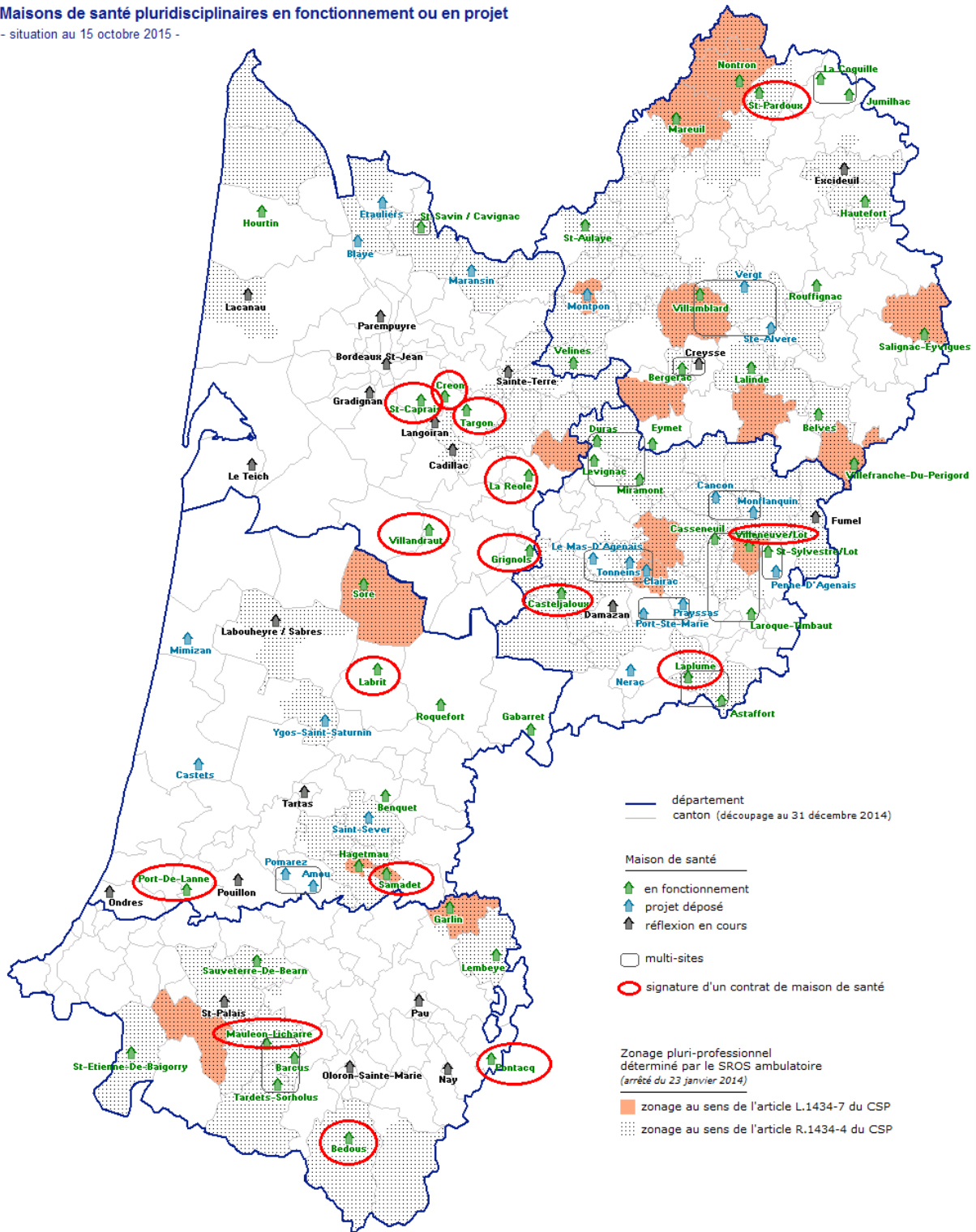
Source : DGOS

Figure 1 : Une montée en puissance continue des MSP

1.3.2 Les MSP en Aquitaine

Les données disponibles à l'heure actuelle ne prennent pas encore en compte le nouveau zonage de la réforme territoriale de 2016 incluant l'Aquitaine à la région Poitou-Charentes et au Limousin. Au 1^{ier} Mars 2015, il existe 32 maisons et pôles de santé pluriprofessionnels en fonctionnement en Aquitaine [21, 22].

Maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement ou en projet
 - situation au 15 octobre 2015 -



cartographie : ARS Aquitaine Pôle études et PMSI
 source : ARS Aquitaine

Octobre 2015

Source : ARS Aquitaine

Carte 1: MSP en fonctionnement ou en projet en Aquitaine au 15 Octobre 2015

1.4 Problématique

Les MSP sont nées de la volonté des professionnels de santé afin de créer un nouveau mode d'exercice qui soit coordonné [6, 7]. Cependant, leur développement croissant [19, 20] n'est pas uniquement dû à leur simple motivation. Les instances politiques ont un rôle non négligeable [23]. En effet, la définition juridique de la MSP implique que le projet de santé suive le schéma régional d'organisation des soins (SROS), et soit transmis à l'ARS [8-11]. Les MSP qui ont d'ailleurs échoués sont souvent marquées par un désengagement des pouvoirs publics [24, 25]. Mais l'inverse existe aussi : de nombreuses MSP sont des « coquilles vides », des « abris » au sein desquelles, seuls les pouvoirs publics se sont investis sans réussir à fédérer de professionnels de santé. Des interrogations subsistent sur le nombre croissant de MSP. Cette croissance est-elle due à la volonté des professionnels de santé ? à celle des pouvoirs publics ? Ou aux deux ? Pourquoi les MSP se développent-elles de plus en plus en France ? Répondent-elles à la fois aux obligations politiques et aux attentes des professionnels de santé ? Du point de vue politique, il semblerait que oui, au vu des campagnes menées et des implications des pouvoirs publics dans ce domaine [23]. Mais qu'en est-il de la volonté des professionnels de santé ?

De plus en plus, les MSP ont endossé l'image d'une structure salvatrice venant en aide à une population démunie en offre de soins. Les MSP tentent de répondre à quelques défis [24-26] : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, la répartition territoriale des professionnels et fixer des unités de soins pérennes, engager des démarches qualité et d'évaluation des pratiques pluri professionnelles, améliorer le management de la santé (gestion des patients atteints de pathologies chroniques et gestion de la dépendance occasionnée par le vieillissement de la population), réorienter l'offre de soins vers une prise en compte de la santé. Ce mode d'exercice coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation. La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 [26] a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioraient la qualité des soins à moindre coût. Cependant, très souvent, la MSP est vue comme l'entité qu'elle est, mais sans forcément se focaliser sur les professionnels, les individualités qui la constituent. Le projet de santé en est l'illustration, car d'une certaine manière, il exprime les objectifs de l'ensemble des professionnels de santé membres de la MSP qui l'ont signé. Il ne reflète pas spécifiquement les attentes personnelles de chaque professionnel. Par ailleurs, les réalisations qui

fonctionnent sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader [24]. Quelles sont ces attentes ?

L'exercice en MSP est vu comme une solution au surmenage des professionnels de santé de plus en plus présent en France [24, 25]. Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres, évitant ainsi le "burn-out" trop souvent d'actualité. Qu'en est-il en pratique ? L'exercice en MSP permet-il réellement de limiter ce problème ? L'exercice au sein d'une MSP est de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins [24]. Qu'est-ce qui les attire au sein d'une MSP ?

Plusieurs travaux de thèse évoquent les difficultés dans l'élaboration et la concrétisation des projets de MSP [28-30]. D'autres se focalisent sur le fonctionnement des MSP en pointant les avantages et les inconvénients [29, 31]. D'autres travaux, eux, se sont surtout intéressés au ressenti des patients « usagers » de ces MSP [32-34]. Aucun travail en Aquitaine ne s'est encore focalisé ni sur les attentes des professionnels de santé exerçant en MSP ni sur le fonctionnement des MSP.

Les MSP ont une existence relativement récente [6]. Il était jusqu'à présent difficile de mener une étude regroupant les attentes initiales des professionnels de santé afin de les comparer à leur situation actuelle. Le temps semble opportun en 2016 car il manquait jusqu'à présent le recul nécessaire.

Devant ces constatations, la question suivante se pose : est-ce que l'exercice en MSP répond aux attentes des professionnels de santé ?

Pour répondre à cette question, une étude qualitative est mise en place avec pour objectifs :

- de recueillir les attentes des professionnels de santé exerçant en MSP ainsi que leurs conditions actuelles d'exercice au sein de la structure
- d'identifier les perspectives d'exercice en MSP.

2 Matériels et Méthode

Cette étude a pour objectifs de recueillir les attentes initiales d'une population de professionnels de santé exerçant en MSP ainsi que leurs conditions actuelles d'exercice au sein de la structure. Il s'agit également d'identifier les perspectives d'évolution des MSP.

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

2.2 Population étudiée

2.2.1 Sélection des MSP

Elle a été réalisée grâce aux contacts établis avec la Fédération Aquitaine des Maisons et Pôles de Santé (FAMPOS). Les MSP ont été choisies dans trois départements d'Aquitaine différents. Un mail de présentation de l'étude, disponible en Annexe 1 (page 156) accompagné de la fiche de projet de thèse a été envoyé auprès du leader ou de la secrétaire coordinatrice de la MSP afin de recueillir l'accord pour la réalisation de l'étude au sein de la MSP. A ce moment là, leur projet de santé a été également demandé.

2.2.2 Sélection des participants

Le recrutement des enquêtés a été réalisé afin d'obtenir un échantillonnage ciblé de professionnels de santé exerçant en Aquitaine, au sein de l'une des MSP sélectionnées. Grâce au projet de santé, il a été possible d'identifier chaque professionnel de santé exerçant au sein de chaque MSP. Suite à un contact téléphonique direct avec le professionnel de santé ou via la secrétaire de la MSP, un rendez-vous physique était fixé individuellement.

2.3 Confidentialité et consentement

A chaque début d'entretien, l'interviewé était informé de manière orale de l'objet de l'étude et de sa finalité, du caractère facultatif des réponses, des destinataires des données, de l'enregistrement audio réalisé ainsi que de l'anonymisation des données. Son consentement oral était alors recueilli.

2.4 Trame du questionnaire

La trame du questionnaire, disponible en Annexe 2 (page 157), a été préalablement établie afin de structurer l'entretien et d'essayer de générer un maximum d'idées. Une question « brise-glace » sur leur vision des MSP était posée en guise d'introduction. Des questions fermées de présentation étaient également posées. Puis, quatre questions ouvertes (attentes, fonctionnement actuel, conséquences inattendues, améliorations envisageables) étaient posées afin de laisser l'interviewé aborder librement les thématiques. Des questions de relance étaient prévues afin d'aborder les différentes thématiques qui n'auraient pas été évoquées spontanément. « Dans l'entretien semi-structuré, le chercheur utilise une grille préétablie de questions ouvertes. Il s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Ce canevas d'entretien reprend la liste des thèmes à aborder (une demi-douzaine). Pour chacun de ces thèmes, des sous-questions dites “de relance” permettront d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément » [35].

2.5 Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un téléphone multifonction de type Smartphone HTC® One M7 équipé de la fonction dictaphone. Une tablette numérique Apple® iPad Air 2 avec l'application dictaphone a été également utilisée afin de pallier à un éventuel problème technique du Smartphone.

2.6 Retranscription des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, mots pour mots, sur support informatique Apple® Mac Book Pro grâce à Microsoft Word® pour Mac 2011 Version 14.6.4. Les éléments non verbaux ont également été précisés.

2.7 Stratégie d'analyse

Le codage des verbatims a été effectué grâce au Logiciel NVivo version 11.2.2 pour Mac édité par la société QSR International. Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : le Dr Caroline Castro-Etcheverry et moi-même. Les résultats de ces codages ont ensuite été mis en commun afin de permettre une triangulation. L'approche théorique de l'analyse des données a été réalisée selon le principe de la théorie ancrée ou "grounded theory" afin d'appréhender les données. Le codage était ouvert et toujours centré par la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte était codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail a nécessité de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases. Des concepts ont été définis, une cartographie des différents registres a été dressée et des associations ont été recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données [36].

L'analyse des données s'est faite selon les démarches suivantes :

- lecture de deux premiers textes issus de la retranscription des verbatims
- codages des idées de ces deux premiers textes
- mise en commun des premiers codages avec le deuxième codeur
- établissement d'un système de codage
- application des codes au texte
- regroupement des codes par sous-thèmes
- puis regroupement des sous-thèmes par thèmes.

3 Résultats

3.1 Description des MSP

Trois MSP en Aquitaine ont été recrutées via les contacts établis avec la FAMPOS.

3.1.1 MSP 1

3.1.1.1 Territoire

Cette MSP est située en milieu semi-rural en Aquitaine dans une commune de 4415 habitants.

3.1.1.2 Historique

En 2011, l'un des médecins généralistes, travaillant en tant que collaborateur au domicile d'un couple de médecins partant à la retraite, s'est vu contraint de trouver un nouveau local d'exercice. Il rencontre alors l'un des kinésithérapeutes. Ce dernier quittait tout juste son ancien cabinet où l'entente avec son associé se dégradait. Ils décident alors tous les deux de monter ce projet. Leur bonne entente a été un facteur favorisant au développement du projet initial.

3.1.1.3 Construction et ouverture

Le bâtiment neuf a été construit en 2011 uniquement sur des fonds privés. Son ouverture s'est faite en 2012.

3.1.1.4 Composition

Elle est composée de onze professionnels de santé : trois médecins généralistes, trois masseur-kinésithérapeutes, deux assistants masseur-kinésithérapeutes et trois infirmières. Il y a également deux secrétaires dont l'une a également la fonction de coordinatrice.

3.1.1.5 Montage juridique

Initialement une SCM a été créée. Depuis fin 2015, une SISA a été créée. Il existe également une SCI dont certains professionnels font partie.

3.1.1.6 Projet de santé

Les points principaux sont :

- Réunions trimestrielles globales afin d'assurer le suivi du fonctionnement de la MSP
- Réunions entre médecins et infirmières tous les 15 jours
- Réunions entre médecins et kinésithérapeutes tous les 15 jours
- Echanges quotidiens dans le mode d'exercice
- Mise en place d'un dispositif de partage d'information
- Accueil et encadrement de professionnels de santé en formation
- Mise en place de protocoles
- Mise en place d'une démarche d'éducation thérapeutique
- Favoriser la formation
- Favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins
- Coordination externe
- Actions de prévention

3.1.2 MSP 2

3.1.2.1 Territoire

Elle est située en Aquitaine, en milieu rural dans une commune composée de 1113 habitants, faisant elle-même partie d'une communauté des communes de 4865 habitants.

3.1.2.2 Historique

Depuis 2007, l'une des médecins généralistes s'est retrouvée seule à exercer suite aux départs de ses deux collègues (l'un pour départ à la retraite et l'autre pour raisons personnelles). L'impulsion est venue du constat et de l'inquiétude du président de la communauté des communes par rapport à l'avenir et au risque de désertification médicale. Les infirmiers ont très vite été sollicités afin de s'associer au projet et surtout de le viabiliser.

3.1.2.3 Construction et ouverture

La conception d'un bâtiment neuf sur un terrain communal a débuté en 2010 grâce à des fonds publics. L'ouverture de la MSP s'est faite le deux juillet 2012, avec une inauguration officielle le cinq avril 2013.

3.1.2.4 Composition

La MSP est composée de quatorze professionnels de santé : trois médecins généralistes, deux masseurs-kinésithérapeutes, trois infirmier(es), deux orthophonistes, un podologue, une psychologue, un diététicien et une infirmière d'éducation thérapeutique (réseau ASALEE). Un interne de médecine générale est également inclus.

3.1.2.5 Montage juridique

Il existe une SISA créée en 2014. Il n'y a pas de SCI car la communauté des communes est propriétaire des locaux et tous les professionnels de santé sont locataires. Il existe également plusieurs SCM : l'une regroupant les trois médecins généralistes et une autre regroupant les deux masseurs-kinésithérapeutes. Une SCP comprend le cabinet infirmier.

3.1.2.6 Projet de santé

Les points importants sont :

- Continuité et permanence des soins
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Coordination
- Système informatique avec dossiers partagés
- Réunions pluri-professionnelles mensuelles sur des cas complexes
- Conception de protocoles de soins pluri-professionnels
- Education thérapeutique individuelle et en ateliers de groupe
- Amélioration de la couverture vaccinale
- Prévention spécifique envers les personnes âgées
- Accueil d'un interne de médecine générale
- Favoriser la formation continue

3.1.3 MSP 3

3.1.3.1 Territoire

Cette MSP est située en milieu rural en Aquitaine, dans une commune de 1215 habitants.

3.1.3.2 Historique

En 2007, devant le départ à la retraite proche de l'un de ses associés, l'un des médecins généralistes craint de se retrouver avec une surcharge de travail impossible à gérer. Il se renseigne alors sur les intérêts des jeunes médecins. De ses recherches va naître l'idée de la MSP. En 2008, l'un des médecins généralistes part à la retraite comme convenu. En 2009, les différents professionnels sont sollicités pour se réunir au sein de la MSP. En 2010, un troisième médecin généraliste vient combler le départ du précédent.

3.1.3.3 Construction et ouverture

Le cabinet médical actuel existe depuis 1998. Un bâtiment neuf supplémentaire a été construit en 2009 suite à la vente du terrain et du bâtiment initial à la communauté des communes. L'ouverture de la MSP s'est faite en 2010.

3.1.3.4 Composition

La MSP est composée de seize professionnels de santé : trois médecins généralistes (dont l'une est collaboratrice des deux autres), de quatre infirmières, de deux psychologues, de deux diététiciennes, de deux masseurs kinésithérapeutes, d'un pédicure podologue et de deux chirurgiens dentistes.

3.1.3.5 Montage juridique

Il existe une SISA créée au premier janvier 2016. Il existe également une SCM regroupant les trois médecins. La SCI n'existe plus depuis la vente du bâtiment à la communauté de communes.

3.1.3.6 Projet de santé

Les points importants sont :

- Des soins de premier recours
- Accès à certains spécialistes (gastro-entérologue notamment)
- Prévention : vaccinale, surcharge pondérale, troubles cognitifs et cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus
- Promotion de la santé
- Education thérapeutique
- Formation continue
- Informations par dépliants et affichage
- Télé service et télémédecine
- Elargissements de la maîtrise de stage à tous les professionnels de santé
- Mise en place d'une consultation de gérontologie
- Aide aux aidants notamment dans les cas de maladie d'Alzheimer
- Coordination extérieure (centre hospitalier, EHPAD, Unité Alzheimer et réseau de soins palliatifs)
- Réunions régulières
- Mise en place de protocoles
- Démarches d'amélioration de la qualité
- Accessibilité par les PMR
- Continuité et permanence des soins

3.2 Description des entretiens

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée du 20/11/2015 au 02/02/2016. Vingt-huit entretiens ont été réalisés (enregistrés et retranscrits) mais seuls les dix-sept premiers ont été conservés pour le codage, l'analyse et l'étude. En effet, le seuil de saturation a été atteint au bout du quatorzième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés sans apports de nouveaux éléments. Ces dix-sept entretiens ont duré en moyenne vingt minutes et cinq secondes (le plus court ayant duré douze minutes et quinze secondes et le plus long ayant duré trente-cinq minutes et quarante-six secondes). Sur les dix-sept entretiens réalisés, seize ont été réalisés au sein des locaux des MSP et une en dehors (au magasin de l'époux de l'interviewée).

3.3 Description des participants

3.3.1 Recrutement

Tous les professionnels de santé ont été recrutés dans les MSP décrites ci-dessus suite à un contact téléphonique direct ou via leur secrétaire. Dans les MSP1 et 2, six professionnels de santé ont été interrogés. Dans la MSP3, cinq professionnels de santé ont été interrogés.

3.3.2 Profil des participants

Les différents participants avec leurs principales caractéristiques sont listés dans le **Tableau 2** figurant sur la page suivante. Un portrait des professionnels de santé interrogés est disponible en Annexe 3 (page 159).

| Entretien | MSP | Anonymisation | Sexe | Profession | Tranche d'âge | Distance dom-MSP | Exercice antérieur | Statut marital | Enfants à charge |
|-----------|------|---------------|----------|------------------|---------------|------------------|--------------------|----------------|------------------|
| E1 | MSP1 | MK1 | Masculin | Kinésithérapeute | < 30 ans | 29 km (*) | Remplaçant | Concubinage | 0 |
| E2 | MSP1 | MK2 | Masculin | Kinésithérapeute | < 30 ans | 4 km (*) | Remplaçant | Concubinage | 1 |
| E3 | MSP1 | MK3 | Féminin | Kinésithérapeute | < 30 ans | 22 km (*) | Remplaçant | Concubinage | 0 |
| E4 | MSP1 | MG1 | Masculin | Généraliste | 30 à 39 ans | 12 km | Collaborateur | Marié | 3 |
| E5 | MSP1 | MK4 | Féminin | Kinésithérapeute | 30 à 39 ans | 20 km (*) | Centres | Mariée | 1 |
| E6 | MSP1 | MK5 | Masculin | Kinésithérapeute | 30 à 39 ans | 4 km (*) | Associé | Marié | 1 |
| E7 | MSP2 | MG2 | Féminin | Généraliste | 50 à 59 ans | 1 km | Associée | Mariée | 0 |
| E8 | MSP2 | MG3 | Masculin | Généraliste | 30 à 39 ans | 24 km (*) | Remplaçant | Marié | 1 |
| E9 | MSP2 | Ortho1 | Féminin | Orthophoniste | < 30 ans | 47 km (*) | Remplaçant | Mariée | Enceinte |
| E10 | MSP2 | MK6 | Féminin | Kinésithérapeute | 30 à 39 ans | 10 km | Pôle | Concubinage | 0 |
| E11 | MSP2 | IDE1 | Masculin | Infirmier | 40 à 49 ans | 10 km | Associé | Marié | 2 |
| E12 | MSP2 | IDE2 | Féminin | Infirmière | 40 à 49 ans | 1 km | Hospitalier | Mariée | 2 |
| E13 | MSP3 | Diet1 | Féminin | Diététicienne | 40 à 49 ans | 13 km (*) | Hospitalier | Mariée | 2 |
| E14 | MSP3 | Psycho1 | Féminin | Psychologue | < 30 ans | 3 km | EHPAD | Mariée | Enceinte |
| E15 | MSP3 | IDE3 | Féminin | Infirmière | 50 à 59 ans | 5 km | Associée | Mariée | 0 |
| E16 | MSP3 | Podo1 | Masculin | Podologue | 40 à 49 ans | 40 km | Cabinet seul | Marié | 1 |
| E17 | MSP3 | MG4 | Masculin | Généraliste | 40 à 49 ans | 3 km | Associé | Marié | 3 |

* données Google Maps© / dom=domicile

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

3.4 Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

3.4.1 Attentes

3.4.1.1 Peu d'attentes spécifiques

Certains professionnels de santé **n'avaient pas ou avaient peu d'attentes spécifiques** concernant la MSP.

MK6 : « *En fait, je n'avais pas forcément d'attentes précises.* »

IDE2 : « *On n'avait pas d'attentes ni de demandes particulières ni de ... Non.* »

Pour une autre professionnelle de santé cette absence d'attentes était notamment **due à la méconnaissance des MSP.**

MG2 : « *Alors moi au départ, j'étais complètement ignare.* »

Pour elle, ainsi qu'une autre, **les attentes sont venues par la suite**, en découvrant ce nouveau mode d'exercice et les pratiques associées.

MG2 : « *Après, quand on se met là dessus, ben on apprend, voilà. [...] Moi, je ne connaissais pas ASALEE, je ne savais pas pour ainsi dire ce qu'était l'éducation thérapeutique. J'exagère un peu mais voilà... j'avais jamais mis en place. Tout ça c'est venu après. C'est vrai que voilà...* »

IDE2 : « *Les motivations, les attentes, elles sont venues après.* »

Une autre professionnelle de santé estime **ne pas avoir eu le temps de la réflexion** en raison de son installation rapide.

Ortho1 : « *Et en arrivant, parce que tout s'est fait très vite, j'ai pas eu le temps de réfléchir énormément à ce que j'attendais etc...* »

Deux infirmiers de la MSP2 justifient leur manque d'attentes par une **difficulté d'implication initiale au sein du projet**, car selon eux ce projet de MSP n'était pas conçu pour eux.

IDE1 : « [La création de la MSP, c'était] pas une demande pour nous (en tant qu'infirmiers). [...] Non, non, c'était pas une demande de notre part, c'était surtout par rapport au médecin. »

IDE2 : « Au début, [on n'avait] pas particulièrement [d'attentes] parce qu'on n'était pas partis pour faire ça nous. [...] En fait, au départ, c'était pas vraiment un besoin pour nous. [...] Au début, il n'y avait que MG2. Donc un médecin, construire une maison de santé avec les frais que ça engendre (rires) autour d'un médecin... Il leur fallait un truc un peu plus étoffé. Puisque c'est la communauté des communes, il leur fallait un truc un peu plus étoffé avec quand même quelques professionnels de santé en plus donc un cabinet infirmier avec trois infirmiers en plus c'était pas mal, voilà. Donc on est venus aussi nous chercher pour ça donc voilà. Nous au départ, ça a été un peu difficile par rapport à ça, de se sentir investis dans ce projet. »

Une autre professionnelle exprime le peu d'attentes car, selon elles, elles étaient **implicites**.

Diet1 : « Euh... Les attentes, elles ont même pas eu besoin d'être dites parce qu'on travaillait ensemble si vous voulez, on travaillait ensemble... euh... »

Pour cette professionnelle, la seule attente était de **formaliser un fonctionnement préexistant** :

Diet1 : « Mais, je dirais que la maison de santé elle est simplement venue matérialiser un fonctionnement qui existait déjà. [...] Et donc je dirais que ça a été quelque part juste une... Légitimer un fonctionnement qui était évident. Voilà. »

Pour l'un des professionnels de santé, le peu d'attentes est également lié au fait que la création de la MSP s'est faite en partie **par le hasard**.

MK5 : « On n'avait pas du tout l'idée de faire quelque chose de pluri professionnel [...]. Je dirais qu'il y a un petit côté hasard, c'était pas quelque chose qui était prémédité de faire une structure avec différents professionnels, différents corps de métiers. »

3.4.1.2 Agenda

L'un des professionnels de santé n'avait **aucune attente concernant son agenda**, car il s'est adapté au fonctionnement préétabli.

MK2 : « [...]au niveau des agendas, ça c'était déjà un fonctionnement déjà de base, avant même que j'arrive donc je me suis tout de suite adapté et ça me plaisait. »

D'autres, au contraire, souhaitaient un **rythme de travail convenable**.

MG1 : « [...] je ne voulais pas d'un cabinet où il fallait enchaîner les consult. »

MK4 : « Sur le plan personnel, c'est évident que moi je ne voulais pas arriver... enfin je ne voulais pas à ce qu'un jour, j'arrive dans une espèce d'engrenage où je travaille énormément [...] »

MK3 : « Le risque en kiné surtout, il y a beaucoup de cabinets usines, donc on essaie de ne pas faire ça. »

Un autre professionnel de santé tenait à **avoir du temps libre pour sa vie personnelle**.

MG3 : « Avoir une vie sociale à côté, à ne pas travailler tous les week-end, sortir pas trop tard, avoir des horaires qu'on puisse... qui soient plus souples. »

Une autre professionnelle souhaitait notamment **une demi-journée minimum de repos afin de préserver sa motivation au travail**.

MK4 : « Donc on s'est dit que si on instaurait au moins une demi-journée, ça change les idées, on revient au travail un peu plus motivé [...]. »

Une autre professionnelle tenait elle à avoir du temps afin de pouvoir **continuer à se former**.

MK3 : « [...] on veut se laisser du temps pour justement avoir le temps de se poser, de faire des formations, d'être impliquée, de faire d'autres choses quoi. »

3.4.1.3 Proximité du lieu de travail par rapport au domicile

Pour deux professionnels de santé, la proximité de la maison de santé par rapport à leur domicile, faisait partie de leurs attentes.

Pour l'un **ce point était accessoire**.

MK1 : « *ça m'a bien intéressé puisqu'il y avait entre autres la praticité du lieu on va dire [...]. Mes motivations c'était [...] le fait que ça ne soit pas très très loin de chez moi non plus.* »

Pour l'autre, il s'agissait d'un **point primordial**.

MK6 : « – Qu'est-ce qui vous a poussé à rejoindre cette maison de santé ?

– *Alors, bon déjà la proximité par rapport à mon domicile. [...] J'avais envie [...] de me rapprocher. [...]. En fait, c'était surtout pour me rapprocher de mon domicile.* »

3.4.1.4 Rester dans la même commune d'exercice

Pour trois professionnels de santé interrogés, le fait de continuer à exercer dans leur commune était un point primordial.

Pour deux d'entre eux, il s'agissait d'une **suite logique** dans leur parcours professionnel, ayant exercé dans cette commune jusqu'à présent.

MG1 : « *[...] même si je savais que je travaillerais ici.* »

MG2 : « *Moi, j'avais envie de rester parce que je suis bien ici et que ça faisait vingt-cinq ans que j'y travaillais [...]* »

Pour l'une d'entre eux, cela faisait partie de son **projet professionnel, étant originaire** de cette commune.

MK4 : « *[...] et on avait le projet si vous voulez [avec MK5] de s'installer sur cette commune parce que moi, j'étais du coin, lui aussi.* »

Pour l'un des professionnels de travail, ayant déjà exercé dans cette commune, il lui était **important d'y revenir**.

Podol : « *Et j'avais qu'une hâte, c'était revenir travailler sur [la commune de la MSP3].* »

3.4.1.5 Exercer dans de bonnes conditions

Pour deux professionnels de santé de la MSP2, le fait d'exercer en MSP leur semblait être le gage de **conditions de travail agréables**.

MG3 : « *Moi, ce que je voulais, c'était travailler en maison de santé parce que les conditions de travail sont beaucoup plus intéressantes [...]* »

MK6 : « *Et la maison de santé, je savais que j'aurais des conditions de travail plus agréable, plus faciles.* »

Ortho1 : « *Pour moi c'est important d'avoir des conditions de travail qui soient agréables et voilà.* »

L'un des masseurs-kinésithérapeutes de la MSP2 met en avant la **bonne ambiance de travail** comme facteur primordial à son installation au sein de la MSP.

MK2 : « *Ouais, alors pff... moi je me suis associé surtout pour l'ambiance en fait dans le cabinet. [...] Voilà, aller travailler avec le sourire quoi, aujourd'hui avec mes collègues on va rigoler, ça ne va pas être prise de tête.* »

La **bonne entente entre collègues** faisait partie des desiderata.

MK2 : « *Il y avait de bonnes relations entre collègues, pour moi c'était le plus important.* »

MG4 : « *Bien s'entendre sur le plan humain [...]* »

Le fait de **pouvoir se focaliser sur son travail** faisait également partie des attentes de plusieurs professionnels de santé.

MK2 : « *Avoir des fonds pour pouvoir s'éviter toute la charge administrative et se concentrer sur notre métier.* »

MG1 : « *Moi j'attendais de pouvoir... (il réfléchit à la formulation de son idée)... J'attendais de pouvoir faire ce métier que j'adore. Complètement. Il y avait ce côté "j'ai envie de travailler, je ne rechigne pas au travail, ça ne me dérange pas de travailler beaucoup" mais d'une certaine manière aussi. [...] Donc, voilà, je voulais une certaine qualité de travail pour moi [...]* »

Pour la diététicienne interrogée, **l'absence de hiérarchie** était très importante.

Diet1 : « *[...] si j'ai adhéré au concept de maison de santé, c'est que professionnellement, elle propose de la transversalité... il y a pas de compétition, de choses comme ça, de hiérarchie, de de de (elle cherche ses mots, sa formulation) non, non non : c'est de la transversalité, de la complémentarité...* »

3.4.1.6 Présence de secrétaires

Pour l'un des professionnels de santé, débutant dans l'exercice libéral, la présence des secrétaires était un **point non négligeable** à sa venue au sein de la MSP

MK1 : « *Et puis il y a les secrétaires, donc pour commencer c'est pas trop mal.* »

Un autre professionnel **espérait qu'elles lui permettent de gagner du temps.**

MK2 : « *Le fait qu'il y ait une secrétaire, ça évite beaucoup de problématiques, beaucoup de contraintes de temps. Notamment avec les problèmes de tiers payant, tout ça... qui arrive, qui commencent et qui vont arriver de plus en plus.* »

D'autres cependant, estimaient **ne pas en avoir besoin.**

IDE1 : « *On aurait pu avoir une secrétaire mais on n'en voulait pas parce que pour nous c'est des frais qu'on ne trouve pas utile et quand on connaît les charges patronales, c'est quand même des gros frais. Nous c'est surtout des comptables dont on a besoin. On n'a pas besoin de secrétaires, on a pas de prise de rendez-vous, on a les portables parce qu'on a besoin de parler aux gens systématiquement donc on aurait pu avoir un plus avec la secrétaire mais nous on en a pas trouvé d'utilité.* »

3.4.1.7 Locaux, matériel et équipement

Pour plusieurs professionnels de santé, il était **impératif de trouver un nouveau local afin de pouvoir poursuivre leur exercice.**

MG1 : « *En plus, [mes anciens collaborateurs] travaillaient chez eux [à leur domicile]. Donc, de toute façon, j'avais l'obligation de changement de lieu quoiqu'il arrive. Voilà... il y avait le lieu d'activité et le type d'activité.* »

MK5 : « *[MG1] n'avait pas de local.* »

IDE1 : « *Nous on aurait forcément évolué au niveau des locaux, c'est à dire qu'on aurait pris autre chose que ce qu'on avait, on aurait construit peut-être.* »

IDE3 : « *On avait un cabinet, en ville ici [...]. On était avec les kinés. Il se trouvait que ce cabinet était quand même assez vétuste quoi. Donc il fallait que l'on trouve des solutions... On avait envisagé donc de déménager, de faire un cabinet, d'aller ailleurs, et le projet de maison de santé est arrivé à ce moment-là.* »

Pour certains, le fait que les **locaux soient neufs** faisait partie de leurs attentes.

MK1 : « *Plusieurs points positifs, c'était assez neuf.* »

Ortho1 : « *Le fait d'avoir de nouveaux locaux, c'est quelque chose de très attractif [...]* »

Cependant, il ne s'agissait **pas d'une attente primordiale**.

MG3 : « *Après les locaux, c'était un plus. Mais bon si on avait une maison de santé dans des vieux locaux, bon ben on aurait fait quand même, on aurait aménagé mais c'était pas l'essentiel.* »

Pour certains, il était important d'avoir des **locaux convenables**.

MG2 : « *Il y avait un cabinet d'infirmiers qui travaillait dans un contexte compliqué, dans un "boui-boui", là ben voilà.* »

Ortho1 : « *[...] parce que c'est propre, c'est moderne, c'est vrai que c'est très confortable [...]* »

L'une des professionnels pointait notamment **l'accessibilité des cabinets** de soignants comme un point primordial.

Ortho1 : « *[...] plutôt que de se trouver dans un petit appartement sans ascenseur. C'est vrai que pour moi, c'est très important d'avoir un local qui soit adapté aux personnes à mobilité réduite, parce que j'ai beaucoup de patients qui viennent donc des cérébraux lésés ou des patients qui ont des pathologies neuro-dégénératives donc c'est important qu'ils puissent venir facilement ainsi que des enfants polyhandicapés donc qui ont une motricité aussi on va dire fragile.* »

La **taille des locaux** était également importante, permettant notamment une **meilleure organisation de la pratique**.

MK6 : « *[...] moi par rapport à ma pratique pouvoir faire d'autres choses, travailler plutôt d'une certaine manière, alors qu'avant je ne pouvais pas parce qu'on manquait de place. Voilà.* »

IDE2 : « *Nous, le seul besoin qu'on avait pour être tout à fait honnête, c'était les locaux. On avait un tout petit local, qui était... on manquait de place pour les archives, enfin voilà. Qui était pas très "propre"... Nous c'était une question de locaux voilà.* »

Pour l'un des infirmiers de la MSP2, le fait de pouvoir avoir un **cabinet adapté et fonctionnel** était primordial.

IDE1 : « *Mais... non les attentes particulières d'abord ça a été très matériel, c'était avoir un cabinet adapté. [...] Donc moi je voulais quelque chose de fonctionnel et comme j'ai déjà eu un cabinet qui n'était pas du tout adapté [...]. [...] Nous c'est vrai qu'on voulait quelque chose de fonctionnel, on voulait un côté pansement, on voulait un côté pour l'hygiène, on voulait un côté injectables, on voulait une salle de, une réserve pour la stérilisation à part [...]* »

Pour deux professionnels de santé, le fait de **pouvoir concevoir ses propres locaux** était une nécessité.

IDE1 : « *Quand on a fait ça, j'ai fait les plans de notre cabinet parce que je savais exactement ce qu'on voulait et on a eu la chance d'avoir un archi qui a fait ce qu'on lui a demandé et ça c'est pas évident non plus. Au début, c'était surtout matériel [...]. [...] je savais exactement ce que je voulais donc ce que j'ai fait moi, c'est que j'ai fait des plans en fonction de mon idée après que j'ai affiné avec mes collègues. On a fait ensemble tous les trois, on a regardé et quand on a eu les plans qui sont... quand tout nous a convenu, on a présenté à l'archi. [...] on voulait vraiment quelque chose d'acté, de définitif. Qu'après, tant qu'à faire ça qu'on ne regrette pas et se dire "ah ben ça ça aurait été mieux comme ça" ... ça par contre ça a été très réfléchi de notre part.* »

Pod01 : « *Ah ben euh... Moi ce qui m'importait, c'est de pouvoir avoir la..., on va dire en fonction du local que j'avais, et j'avais trente mètres carrés pour moi, pouvoir justement aménager ce local comme je voulais.* »

La **présence de matériel** était également mise en avant.

MK1 : « *Mes motivations c'était déjà comme je disais, le fait qu'il y ait du matériel ici [...]. Les moyens mis à la disposition de la structure... C'est quand même bien plus important que quand il y a un kiné tout seul ou un ou deux kinés... Les moyens de la structure.* »

Pour l'un des professionnels de santé, le fait **d'exercer dans les mêmes locaux** était une attente intéressante.

MK5 : « *Déjà je trouvais intéressant que la mise en commun d'un lieu commun, il y avait quelque chose d'intéressant là-dedans. [...] Pour autant déjà le fait de bosser dans une entité commune, un lieu commun, ça m'intéressait.* »

3.4.1.8 Coordination

Certaines professionnelles de santé n'avaient **pas ou peu d'attentes concernant la coordination** par **méconnaissance** de la pratique en MSP.

MK4 : « *Franchement, à la base, je parlais un peu dans l'inconnu.* »

Ortho1 : « *Alors j'avoue que je n'avais pas forcément [d'attentes]... Comme c'était ma première activité au sein d'un cabinet, je n'avais pas forcément de... d'à priori.* »

MG2 : « *Je ne savais pas... Sauf le fait de se réunir, de se parler physiquement, de ne plus être entre deux portes, ça... [...]. Au départ, je ne pensais pas du tout qu'on arriverait à le mettre en place [...]* »

L'une d'elles reconnaît que **les attentes sont venues progressivement**.

MG2 : « *L'attente elle est venue quand j'ai compris... Au départ, je ne savais rien, je n'avais pas d'attentes. J'avais la notion de ce que ça (la coordination) pouvait être mais en fait on ne sait pas. On parle dans le vide souvent.* »

D'autres reconnaissent, qu'initialement, il ne s'agissait **pas d'une attente primordiale**.

IDE2 : « *Au début, l'idée de coordination, c'était pas quelque chose de primordial.* »

Une professionnelle **ne voyait pas forcément l'apport** de la MSP en terme de coordination.

IDE1 : « *[...] et après l'intérêt de travailler plus proche des autres professionnel de santé. On a toujours eu de bonnes relations avec les médecins, on a toujours échangé [...]. Alors c'est vrai au début on n'en voyait pas forcément la nécessité.* »

Pour d'autres, l'aspect de coordination était une **attente primordiale** et a même été un facteur déclenchant à la venue de l'un des médecins généralistes au sein de la MSP.

MG4 : « *L'attente particulière ou principale, c'était que ça puisse coopérer. [...] Mais l'important, c'est de voilà, de coopérer...* »

MG3 : « *Moi ce qui m'a plu à la base, [c'était vraiment] une prise en charge des pathologies chroniques, coordonnée avec les autres professionnels de santé [...]. [...] c'était avoir des échanges avec les autres médecins, c'était surtout ça vraiment. La pluridisciplinarité.* »

Pour plusieurs professionnels de santé, il s'agissait de **s'enrichir des échanges**, notamment avec les professionnels de discipline différente.

Ortho1 : « [...] parce que justement je trouve ça très intéressant de pouvoir échanger avec les médecins ou ma collègue orthophoniste et il y a également une psychologue ou avec les infirmiers, les kinés. »

MG1 : « Partager avec des collègues médecins, oui mais le côté pluri professionnel m'a toujours beaucoup intéressé et beaucoup attiré. Je trouvais très enrichissant... Alors autant oui, discuter avec des collègues médecins généralistes, on va discuter de la même chose, avoir les mêmes points de vue. Le fait d'avoir des paramédicaux vraiment apporte autre chose. [...] Et clairement, voilà, j'ai remplacé aussi dans beaucoup de cabinets différents, j'ai vu des fonctionnements différents, je ne voulais pas d'un cabinet uniquement centré médecins dans lesquels les médecins ne se parlent pas, parce que ça existe [...] »

Pour d'autres, cela permettait notamment **d'aborder les patients pouvant poser problème.**

MK1 : « Je trouve ça important de pouvoir discuter avec les médecins si jamais il y a un souci ou même s'il n'y a pas de souci quoi... Pour avoir un retour sur certains patients plus ou moins difficiles. Ça permet d'avoir un petit dialogue. »

MK5 : « J'espérais aussi qu'on allait en fait pouvoir parler un petit peu des patients qu'on avait en commun, enfin soit de façon très formelle, lors de réunions ou dans la conversation, dans les couloirs. »

Pour l'une des professionnelles, le fait **d'échanger est une nécessité pour les jeunes professionnels.**

MK3 : « Je pense que maintenant, les jeunes [...] ils ont vraiment envie d'échanger [...] »

Pour plusieurs professionnels de santé, le fait de **travailler de manière pluridisciplinaire** était une réelle attente.

MK4 : « Moi, c'était vraiment le désir de travailler en pluridisciplinarité. »

MK5 : « Euh... Finalement, quand le projet m'a été présenté, j'ai tout de suite adhéré parce que j'ai fait des remplacements dans des structures, pas similaires, mais où il y avait quand même des médecins, des kinés, qui bossaient ensemble sans forcément après avoir structuré des réunions, des choses comme ça. »

Ortho1 : « [...] je recherchais le travail pluridisciplinaire [...] »

Podo1 : « [...] c'est que... c'est de travailler justement en commun avec d'autres professionnels de santé pour apporter le maximum au patient. »

3.4.1.9 Ne pas exercer seul

Pour la plupart des professionnels de santé interviewés, l'une des attentes principales était de **ne pas pratiquer seuls.**

MG1 : « *Moi, ça a toujours été ma volonté de ne pas travailler seul.* »

Pour ces professionnels de santé, il était **impératif de rompre l'isolement.**

MG3 : « *Moi, ce que je voulais, c'était travailler en maison de santé [...], déjà pour rompre l'isolement qu'on peut ressentir dans des cabinets libéraux en campagne comme je l'ai vécu quand j'étais en SASPAS. Donc moi, je voulais vraiment un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé pour rompre cet isolement [...]* »

Pod01 : « *Ben attentes, oui, c'était de... travailler en libéral dans un coin, dans mon cabinet où j'étais, où je ne voyais personne d'autre, juste mes patients. La communication, y'en avait pas, donc ça me manquait... Ah ouais ! Ah oui, j'ai besoin de ...d'en rencontrer tous les jours, je rencontre tous les professionnels, je les vois. J'ai besoin.* »

D'autres **ne pouvaient pas continuer à travailler seuls.**

MG2 : « *Parce que moi, je savais que je ne voulais pas rester toute seule. [...] Après le projet est venu parce que moi, j'aurais pas pu rester toute seule plus longtemps.* »

Pour l'une des professionnels de santé, il s'agit d'une **tendance liée à la jeunesse des professionnels.**

MK3 : « *Je pense que maintenant les jeunes ils n'ont plus envie de travailler tout seuls [...]* »

Pour une autre professionnelle de santé, il s'agit d'un **impératif dans la pratique actuelle.**

MK4 : « *Je pense qu'aujourd'hui, c'est essentiel pour les gens de travailler avec les médecins, avec les orthophonistes, avec les infirmières. Enfin, c'est l'essentiel, il faut qu'on soit ensemble et pas chacun dans son coin.* »

D'une part, l'attente était **d'attirer des nouveaux médecins.**

MG2 : « *Au départ, c'était trouver d'autres médecins. [...] Donc l'attente, c'était surtout de trouver des associés. Au départ, c'était ça.* »

IDE1 : « *Le projet est parti du fait qu'il n'y avait pas de médecins, à l'origine. [...] On a pensé que le fait de créer la maison de santé risquait d'attirer des nouveaux, des jeunes médecins.* »

IDE2 : « *Et après ben c'était plus pour aider les médecins. A la base c'était pour faire venir des médecins quoi.* »

D'autre part, il s'agissait de **faire venir d'autres professionnels de santé** avec qui travailler.

MG2 : « *Après, il n'y avait pas de kiné ici donc je me disais que laisser des médecins sans kiné, c'était pas possible.* »

Il s'agissait en particulier pour l'un des professionnels de santé de la MSP3 de **lutter contre le risque de désertification médicale et anticiper l'avenir.**

MG4 : « *Alors, moi, ce qui m'a poussé à monter le projet de maison de santé, c'est que j'ai pensé à l'avenir. J'ai pensé quand mon associé partirait à la retraite, qu'on se retrouverait... on risquerait de se retrouver à deux avec mon épouse à tout gérer. Et cela ne me paraissait pas... possible et pérenne. Et donc, à ce moment-là, on a commencé, j'ai commencé à chercher qu'est-ce que c'est qui intéressait potentiellement les jeunes. Voilà. Donc, travailler en exercice regroupé, s'organiser mieux pour les gardes et le quotidien, travailler en exercice coopératif, voilà... [...] C'était surtout pour anticiper l'avenir, et ... on dit toujours qu'il vaut mieux être dans la locomotive que dans le wagon de queue, donc voilà, on a essayé de faire ça (rires).* »

Il faut noter que certaines attentes **n'émanaient pas que des professionnels de santé et étaient menées par une volonté politique.**

MG2 : « *Je dis politique... Au niveau de la communauté des communes, on avait le président qui avait vu pour plus tard, pour ne pas laisser passer, laisser partir tous les médecins quoi. Parce qu'il voyait bien que dans le secteur tout le monde allait partir si on ne faisait pas quelque chose quoi. Moi j'ai été très soutenue parce que toute seule, je n'aurais pas pu le faire.* »

Pour deux professionnelles de santé peu habituées à l'exercice libéral, elles recherchaient le **côté rassurant** de la MSP.

Ortho1 : « *[...] je ne voulais pas m'installer toute seule en libéral justement [...]. Et en fait, je suis venue ici justement parce que je ne voulais pas... comme je travaillais en libéral, je ne*

voulais pas m'installer toute seule dans un local, que ce soit dans un immeuble ou autre [...] »

Psycho1 : *« Euh... J'aurais pas accepté si c'était... J'aurais pas accepté d'ouvrir un cabinet toute seule. Là, c'est intéressant. Là ce qui est bien, c'est qu'il y a quand même plusieurs personnes. »*

Pour une professionnelle de santé, la MSP devait notamment **permettre la venue de spécialistes.**

IDE3 : *« Ce qui est intéressant aussi, c'est que les médecins, les spécialistes viennent ici. Voilà. Parce qu'on est quand même isolés. Donc voilà. Et je trouvais, voilà, ce concept bien. »*

Pour l'un des professionnels de santé, il s'agissait en particulier **d'exercer avec l'un de ses collègues et ami.**

MG3 : *« [...] et en plus de ça, j'avais déjà un projet depuis qu'on est étudiant avec [mon collègue médecin généraliste] de s'associer ensemble donc voilà, dans un cabinet de type maison de santé. »*

3.4.1.10 Découvrir un nouveau mode d'exercice

Certaines professionnelles ont simplement cherché à **diversifier leur mode d'exercice.**

Ortho1 : *« Je me suis dit que le fait de travailler au sein d'une maison médicale ça allait être une découverte pour moi. »*

Psycho1 : *« Moi j'aurais pas fait forcément la demande du li... (libéral) enfin, j'aurais pas fait libéral puisque j'étais juste diplômée à ce moment-là mais... du coup on m'a proposé et je trouvais que c'était intéressant. [...] Je trouve que c'est intéressant comme projet quand même... et puis c'est pas parce que maintenant ça m'intéresse pas que ça m'intéressera pas après. [...] C'est pour diversifier déjà... Oui, y avait pas de... pourquoi pas quoi. [...] J'ai juste essayé de diversifier mon activité. »*

3.4.1.11 Finances

Pour un seul des professionnels de santé, l'aspect financier faisait partie de ses attentes.

MK1 : « *Au moins, je venais de me réinstaller en appartement, donc il y avait une rentrée d'argent.* »

Pour la plupart, il ne s'agissait **pas d'avoir de meilleurs revenus**.

MK2 : « *[Ce qui m'a poussé à rejoindre cette MSP], c'était pas financier. [...] c'est vraiment pas du point de vue financier, c'est vraiment pas avantageux [...]* »

D'ailleurs, une des professionnelles de santé, **s'attendait à gagner moins** et a donc anticipé.

MK4 : « *Si vous voulez, au niveau financier, au début, quand on a parlé de la maison de santé, en gros, j'en avais discuté avec MG1 et je m'étais dit voilà... On m'avait dit "il faut que tu t'habitues à avoir ces conditions là " donc j'ai fait en sorte de m'habituer à gagner en travaillant quatre jours par semaine.* »

Une professionnelle de santé souhaitait un **loyer adapté à ses revenus**.

Diet1 : « *Ben forcément... euh... on a évoqué ces questions-là puisque... bon on a... on n'a pas du tout les mêmes revenus financiers selon les professions médicales. Donc ça a été un point épineux des sujets évidemment où on a demandé à ce que nous, en tant que professions paramédicales, on ait des loyers adaptés à nos revenus, à notre débit de patientèle aussi hein ! Nous on n'a pas des consultations toutes les 10 minutes, un quart d'heure. Donc il fallait que ce soit le cas.* »

3.4.1.12 Attentes personnelles

Plusieurs professionnels de santé espéraient **préserver leur qualité de vie**.

MK2 : « *Des attentes [personnelles]... Non, enfin c'est ce que j'ai dit au début, avoir une qualité de vie.* »

MG1 : « *[...] et pouvoir, à plusieurs, se libérer aussi du temps, pour garder ma qualité de vie personnelle, qui était aussi indispensable à mon équilibre.* »

Plusieurs professionnels soulignent **l'importance d'avoir du temps consacré à sa famille**.

MK4 : « *Sur plan personnel, c'est évident que moi je ne voulais pas arriver... enfin je ne voulais à ce qu'un jour, j'arrive dans une espèce d'engrenage où je travaille énormément et*

que je ne voie plus ma famille. C'est vraiment important. Parce que c'est bien le travail, mais la famille c'est primordial pour être bien partout. »

MG3 : *« Après, voilà ce qui est important, c'est pouvoir concilier le travail avec une vie en dehors du travail, familiale, sociale etc... Ce qui est plus facile d'avoir en maison de santé pluridisciplinaire que dans un exercice libéral pur. [...] Avoir une vie personnelle, sociale, familiale. Oui c'était pour moi l'un des points les plus importants effectivement. »*

Un des professionnels de santé voyait cette expérience comme un **épanouissement personnel et intellectuel**.

MG1 : *« Mon attente, je pense... elle était essentiellement tournée vers moi dans l'absolu [...]. C'est vraiment pour mon activité et mon partage d'informations, moi et mon activité intellectuelle de pouvoir partager... »*

D'autres professionnels de santé n'avaient **pas d'attentes personnelles**.

MK5 : *« Je n'avais pas vraiment d'attentes [personnelles]. [...] En fait, au début, je n'avais pas d'attentes [...] »*

MK6 : *« J'en avais pas forcément [d'attentes personnelles]. »*

Psycho1 : *« J'en avais pas spécialement [d'attentes personnelles]. »*

IDE3 : *« Personnellement, je n'en attendais rien de particulier. »*

3.4.1.13 Apporter aux patients

Une professionnelle de santé cherchait avant tout à **changer de pratique**.

MK6 : *« J'avais envie de changer de mon ancien cabinet [...]. Après, par rapport à là où je travaillais avant, on était cinq kinés donc le fait de se retrouver ici, on a toujours été deux (kinés). Je pensais à une organisation différente et moi par rapport à ma pratique pouvoir faire d'autres choses, travailler plutôt d'une certaine manière, alors qu'avant je ne pouvais pas parce qu'on manquait de place. Voilà. »*

Pour l'une des kinésithérapeutes, il s'agissait de **prodiguer des soins de qualité**, différents de certains cabinets.

MK3 : *« Donc, voilà, je voulais une certaine qualité de travail pour moi et pour les patients [...]. Le risque en kiné surtout, il y a beaucoup de cabinets usines, donc on essaie de ne pas faire ça. »*

Plusieurs professionnels de santé cherchaient avant tout à **rendre service à leurs patients**.

IDE3 : « *Je me suis toujours située vis-à-vis du patient en fait... Voilà. Et je pensais bien que c'était... je trouvais que c'était intéressant, pour la population.* »

Pod01 : « *[...] pour apporter le maximum au patient. [...] C'est une question vraiment de pluridisciplinarité autour du patient de manière à apporter le maximum qu'on puisse au patient, quoi...* »

Pour deux médecins généralistes, il était impératif de **continuer à pouvoir assumer la demande de soins**.

MG1 : « *Il fallait pouvoir assumer la demande de soins.* »

MG2 : « *[...] je n'avais pas envie de laisser tomber tout le monde.* »

3.4.1.14 Exercer en milieu rural ou semi rural

Trois professionnels de santé cherchaient à **exercer en milieu rural**.

MK3 : « *Maison de santé, c'est surtout en campagne. Et je préfère ce mode d'exercice, c'est pas les mêmes patients, pas les mêmes patientèles, pas le même... voilà, pas la même gestion.* »

MG3 : « *A la base, je cherchais moi, une activité en... plutôt en rural. Euh... plutôt en rural parce que j'avais fait mon SASPAS en rural aussi [...]. J'ai fait aussi des remplacements en ville et moi, du coup, mon activité je la voyais plutôt en milieu rural ou semi-rural parce que c'était plus intéressant et puis ensuite euh...* »

Pod01 : « – Et qu'est-ce qui vous plaisait tant alors sur cette commune ?

– *Les habitudes, la campagne, le lieu, tout. C'est mon milieu de vie.* »

3.4.1.15 Préserver son indépendance

Deux professionnelles souhaitaient **garder leur indépendance**.

Diet1 : « *Garder quand même ma liberté, mon indépendance. [...] Donc je ne souhaitais surtout pas intégrer un dispositif où quelque part on perd... on perd une certaine liberté de penser, une certaine liberté d'action, une certaine liberté d'agir. Je souhaite garder, si vous voulez, la définition du mot exercice libéral, aussi dans le cadre de cette... d'une maison de santé quelle qu'elle soit. Je ne veux pas intégrer à nouveau une structure dans laquelle on*

retrouve de la verticalité, un manque d'épanouissement, un manque de liberté professionnelle hein et humaine.

IDE3 : « *Par contre, moi c'est vrai que je suis très attachée à notre indépendance. Voilà. »*

3.4.1.16 Possibilité de projets intéressants

Pour une professionnelle de santé, les **perspectives offertes par la MSP** en faisaient un lieu d'exercice attractif.

IDE3 : « *Après il y avait des projets d'éducation thérapeutique. Bon. Euh... Donc je trouvais qu'il y avait des ouvertures... qui me plaisaient. »*

3.4.2 Réalités de fonctionnement

3.4.2.1 Agenda

3.4.2.1.1 Rythme de travail

Plusieurs professionnels de santé estiment que leur **rythme de travail est moins soutenu** en MSP.

MK1 : « *On a un rythme peut-être un peu moins soutenu que d'autres cabinets, voilà qu'ils soient deux ou sept, je sais pas moi [...]* »

MK4 : « *Là en général on voit 3 patients par heure, pas plus.* »

A noter que plusieurs professionnels **limitent leur activité de manière volontaire**.

MK3 : « *« On se limite à 3-4 [patients] grand maxi par heure. On essaye de ne pas dépasser ça. [...] on s'est laissé une marge pour ne pas dépasser voilà ce nombre de patients par heure mais on peut, on n'est pas obligés de respecter la demi-heure... »*

MK5 : « *Moi j'ai réduit mon activité en fait [...]* »

Cependant, deux des professionnels de la MSP1 estiment que le rythme de travail est **aussi allégé par une surface limitée** pour le nombre de professionnels.

MK2 : « *On a un cabinet qui fonctionne sur des agendas plus restreints que certains cabinets, par rapport à l'espace.* »

MK3 : « *Et on ne peut pas faire plus, déjà parce qu'on est trop nombreux et aussi parce que c'est volontaire [...].* »

Le fait d'exercer à plusieurs permet également d'avoir une charge de travail moins importante.

MG1 : « *Alors le fait qu'on soit trois au niveau des consultations, ça nous a permis de nous alléger.* »

3.4.2.1.2 Jours de travail

Une seule professionnelle de santé déclare **travailler du lundi au vendredi**.

Ortho1 : « *Je travaille du lundi au jeudi et le vendredi je fais des domiciles à [nom de ville].* »

La majorité des professionnels de santé interviewés **travaillent moins de cinq jours par semaine.**

MK2 : « *Il n'y a aucun kiné qui travaille cinq jours, on est entre quatre et quatre jours et demi. Moi je suis à quatre jours et demi [...] »*

MK3 : « – En jours de présence, je crois que les autres kiné sont à quatre jours, quatre jours et demi ?

– *Oui, voilà c'est à peu près le cas. [...] on a fait une chartre, ils ont mis en place ça pour ne pas prendre trop de patients par exemple ou pour ne pas bosser 5 jours, 4 jours et demi maximum. »*

MG1 : « *Moi je travaille 4 jours par semaine. »*

MK4 : « *Je travaille dans la maison de santé 4 jours par semaine [...] »*

Podo1 : « *Alors, moi je suis présent tous les jours sauf le vendredi. »*

MG4 : « *Alors, je travaille moi tous les jours sauf le mercredi après-midi où c'est en alternance avec mes collègues. »*

Deux professionnelles de santé de la MSP3 ont un **planning très réduit au sein de la MSP en raisons d'activités annexes.**

Diet1 : « *le mercredi tous les 15 jours [...] et le samedi tous les 15 jours pour avoir des jours un peu différents pour les patients pour s'adapter quand même à leurs besoins à eux. »*

Psycho1 : « *Je travaille très peu ici en fait. Vraiment très peu... En fait, je suis à temps plein en maison de retraite... Et du coup je viens là à la demande. Mais du coup, je peux avoir quatre rendez-vous dans un mois. Et après, pas en avoir pendant plusieurs mois, un ou deux mois. »*

3.4.2.1.3 Temps de repos en semaine

La majorité des professionnels de santé ont **une demi-journée de repos par semaine.** MK5 : « *[...] cette demi-journée que je peux prendre. Il y a plusieurs volets : il y a la demi-journée qui est le mercredi après-midi [...] »*

MK2 : « *Moi j'ai [...] mon vendredi après-midi [de libre]. »*

MG4 : « *[...] sauf le mercredi après-midi où c'est en alternance avec mes collègues. »*

Podo1 : « *le mercredi après-midi, je travaille que un mercredi sur cinq semaines parce que ma femme a un RTT donc ce jour-là. Et moi, ça me libère. »*

Certains professionnels ont **une journée de repos en semaine.**

MG2 : « [...] avec un jour de repos par personne, par médecin. »

MG1 : « [Je ne travaille] pas le mercredi parce que je garde mes enfants. »

IDE3 : « Ça nous laisse deux journées de repos par semaine. Plus des demi-matinée enfin demi-journées parfois, voilà... »

MG3 : « On a toujours notre jour de libre [...] » ; « [...] Mais le fait qu'on soit 3 médecins, ça nous permet aussi d'avoir un jour de repos [...] »

MK6 : « Après moi j'ai deux après-midi où je travaille pas. »

MK4 : « [...] un jour où je ne travaille pas. [...] j'ai mon mercredi [de libre] »

3.4.2.1.4 Roulement et partage du temps

Plusieurs professionnels organisent leur agenda selon un **roulement**, en fonction de leurs collègues de même profession.

MG2 : « Alors les médecins, au niveau des médecins, de toute façon on travaille tous... On partage le temps [...] »

Ortho1 : « Alors là actuellement, nous sommes deux orthophonistes. Moi je travaille presque à temps plein enfin 4 jours par semaine ici et ma collègue 3 jours par semaine ici parce qu'elle travaille deux jours par semaine [...] au CMP [...] »

MK6 : « On est deux kiné, on travaille tous les deux, tous les jours et on alterne parce qu'on fait des visites à domicile aussi. »

IDE1 : « Alors nous on est trois associés avec un roulement perpétuel sur trois semaines. [...] En fait on a une semaine pleine, six jours de repos et six jours de mi-temps. »

IDE3 : « [...] On a fait un roulement. »

3.4.2.1.5 Le samedi matin

Certains professionnels ne travaillent **jamais le samedi matin.**

MK3 : « Après le samedi matin, pas encore, les médecins oui, mais les kiné... »

Un des professionnels de santé travaille **un samedi matin sur deux.**

Podo1 : « Je travaille un samedi matin sur deux [...] »

Très souvent, pour le samedi matin, les professionnels de santé fonctionnent à **tour de rôle.**

MG2 : « *le samedi matin, on tourne avec un cabinet médical qui est à 10 km dans un village à côté [...]* »

MG1 : « *Et après le samedi, on tourne, on en fait un sur trois.* »

MG3 : « *[...] et le samedi matin on se les partage.* »

MG4 : « *Et le samedi matin, c'est en alternance avec mes collègues.* »

3.4.2.1.6 Gardes

Seul certains infirmiers et médecins généralistes ont abordé leurs **gardes**.

MG2 : « *Et après on a un tour de garde qu'on assume avec les 2 médecins [d'un autre village] et un autre médecin [de l'autre village], donc il y a 6 médecins sur le secteur de garde.* »

MG3 : « *Et après oui il y a les médecins de garde qui prennent les relais tous les soirs et le week-end, jusqu'à minuit.* »

MG4 : « *Et la garde, on fait une semaine complète de garde sur deux. Voilà. Avec nuit profonde... (rires).* »

IDE1 : « *[...] le lundi soir on prend la garde c'est-à-dire sept jours de travail d'affilée de 5h30 du matin à 20h à peu près [...]* »

3.4.2.1.7 Permanence et continuité des soins

Plusieurs professionnels ont abordé la notion de **permanence des soins**.

MG3 : « *Il y a toujours quelqu'un, il y a une continuité des soins qui est assurée.* »

MK3 : « *[...] et aussi un temps d'ouverture conséquente du fait d'être une maison de santé. Qu'il y ait toujours quelqu'un de 8h à 20h. Après entre midi et 2, c'est au choix du praticien [...]. Mais il y a toujours quelqu'un dans ces plages horaires, pas toujours nous, mais il y aura toujours un médecin, toujours un kiné...* »

Un autre professionnel de santé met en avant une **permanence téléphonique**.

MG1 : « *Et après, il y a une permanence téléphonique, on a un transfert sur un portable qu'on se passe entre 12h et 14h. Donc y a une réponse médicale de 8h à 20h tous les jours et jusqu'au samedi midi.* »

3.4.2.1.8 Horaires de travail

3.4.2.1.8.1 Amplitude horaires

Globalement, la plupart des professionnels de santé interrogés des trois MSP déclarent **travailler de 8h30 à 20h.**

MK1 : « *Les amplitudes horaires sont à peu près pareil qu'en cabinet standard. [...] Je fais 8h30-9h jusqu'à 19h30-20h du mardi au vendredi.* »

MK4 : « *Je travaille aujourd'hui 4 jours avec 2 jours où je finis à 20h et 2 jours où je finis à 17h30 [...]* »

MK5 : « *Et, le fait que je termine à 20h [...]* »

MG2 : « *Alors on va dire qu'on assume, pas 8h mais on va dire de 8h30 à 19h30.* »

MG3 : « *les horaires sont assez amples, c'est à peu près équivalent à ce qui peut se faire dans du libéral classique. C'est à dire qu'on commence le matin à 8h30 et puis le soir on est là jusqu'à 20h à peu près on va dire.* »

MK6 : « *Bon après on commence à 8h le matin et après on peut rester jusqu'à 20h le soir voilà.* »

3.4.2.1.8.2 Horaires variables

Les horaires varient **selon les jours** et très souvent, **les collègues de même profession fonctionnent à nouveau à tour de rôle.**

MK2 : « *Après au niveau des horaires c'est assez variable d'un kiné à l'autre en fonction des domiciles, du cabinet. Au cabinet, ça finit souvent plus tard, pour justement permettre aux patients de venir après le travail. Au cabinet c'est souvent vers 20h qu'on termine et au domicile en fonction de la demande, ça termine souvent plus tôt vers 18h, vers 17h-18h.* »

MG1 : « *[...] on s'est partagés. L'obligation c'est qu'il y ait quelqu'un... Alors le téléphone est ouvert à 8h, la secrétaire elle est là à 8h et nous on arrive dans la foulée. Mais il y a un médecin jusqu'à 20h, c'est pas toujours le même on s'est organisés pour avoir chacun notre jour où on finit à 20h et les autres fois on peut partir un peu plus tôt en fonction de l'activité et des besoins aussi personnels ou autres. Mais il y a toujours un médecin jusqu'à 20h [...]* »

MG2 : « *Après ça dépend des jours, y en a un qui va faire le début des consultations, l'autre qui part en visites. Quand on est 3, le troisième fait les visites et les maisons de retraite. Voilà Une fois par semaine on fait comme ça. Et on change. Ca change tous les jours, de manière à ce que tout le monde ne soit pas tous les soirs ou tous les matins.* »

MG3 : « *Il y en a toujours un qui finit un peu plus tôt, un qui finit un peu plus tard.* »

Une professionnelle de santé déclare **adapter ses horaires de travail selon la demande.**

Ortho1 : « *Au niveau des horaires de travail, j'adapte mes horaires aussi par rapport à la demande.* »

3.4.2.1.9 Congés

Plusieurs professionnels rapportent leur **liberté concernant les vacances, du fait de leur exercice libéral.**

MK1 : « *Les vacances sont au bon vouloir, si on a envie de gagner des sous on bosse, si on a envie de prendre des vacances on ne bosse pas. [...] On s'organise, ça ne pose pas de souci je pense. [...] On ne peut pas tous prendre les vacances en même temps, ça s'est sûr !* »

MK3 : « *C'est du libéral classique. On a le choix, en tant que libéral on fait ce que l'on veut. Donc je suis bien contente. Les vacances on s'arrange, comme en fait dans un travail, enfin comme dans un cabinet de groupe. [...] c'est plus facile du fait qu'on soit en groupe, on peut se reposer, mais ça c'est le fait qu'on soit en groupe.* »

Deux professionnels mettent en avant la **durée confortable des vacances.**

MG2 : « *Alors déjà on prend huit semaines de vacances ! (rires)* »

MG3 : « *on a quand même... on s'accorde huit semaines de vacances par an, c'est quand même bien.* »

L'une des professionnels précise également que depuis son installation en MSP, elle **profite plus sereinement de ses vacances et n'est jamais dérangée.**

MG2 : « *Et puis moi quand je pars en vacances, je pars en vacances. Avant, quand j'étais en vacances, j'étais au téléphone, c'était des remplaçants, avec tous les soucis... Là quand je pars, je ferme la porte et c'est B. (prénom du troisième médecin généraliste de la MSP non interviewé) et MG3 qui s'en occupent. Il faudrait vraiment un cataclysme pour qu'ils m'appellent. Moi non plus je ne les appelle pas.* »

Cependant, elle nuance son propos, en expliquant que c'est **surtout le fait d'avoir des collègues** qui lui permet de bénéficier de congés sans être dérangée.

MG2 : « C'est possible par la maison de santé mais là c'est plus par la venue des médecins quand même, parce que là c'est par rapport à eux finalement. C'était pas le reste qui posait problème. Là c'est plus par le fait des médecins et le secrétariat et la coordination qu'on a mise en place. La coordinatrice elle ne m'appellera jamais, elle gère quand même beaucoup de choses. »

Cette même notion est reprise par un autre professionnel de santé qui déclare **qu'il est très rarement nécessaire de chercher un remplaçant, ce qui facilite la prise des congés.**

MG3 : « Mais le fait qu'on soit 3 médecins, [...] ça nous permet d'avoir plus de vacances je pense que si j'étais installé tout seul dans mon cabinet. Très clairement. Parce qu'on a pas besoin de... De temps en temps on prend des remplaçants pour les gardes mais bon sinon c'est rare qu'on ait besoin de remplaçants dans ... en semaine. C'est plus facile de prendre des vacances. »

Une autre professionnelle de santé met en avant la **présence de la secrétaire qui joue son rôle d'accueil lors de ses congés.**

Ortho1 : « Alors là c'est vrai que l'avantage au niveau des congés, je préviens vraiment systématiquement à l'avance tous mes patients de mes absences, mais c'est vrai que parfois il arrive malgré nos avertissements par papiers ou autres de nos congés, il arrive que les patients arrivent parce qu'ils ont oublié et là c'est vrai que c'est confortable d'avoir la secrétaire devant qui peut accueillir les patients et dire "ben non l'orthophoniste est en vacances", je crois que c'est arrivé qu'une fois et j'avais bien précisé à mes patients que je ne serai pas là la première semaine des vacances scolaires. Mais ce n'est arrivé qu'une ou deux fois et en rentrant à leur domicile, ils se sont bien rendus compte que sur le post-it (rires) c'était bien précisé qu'il n'y avait pas orthophonie. »

3.4.2.2 Formation

Plusieurs professionnels de santé expriment une **envie de se former.**

MK2 : « On se forme régulièrement [...] »

IDE2 : « il y a cette volonté de se former [...]. Je voulais faire il y a quelques temps avec ma collègue la formation d'infirmière thérapeutique. »

Ils expriment une volonté **d'apport spécifique personnel au sein du collectif.**

IDE2 : « *il y a cette volonté [...] d'apporter un plus au collectif.* »

MK2 : « *on se transmet en fait, on se fait des... On l'a pas trop fait mais on en parle un petit peu, on se fait des petits topos de nos formations respectives. [...] on est même souvent en binômes, voilà, pour avoir deux visions déjà de la formation... [...] On se donne des petits conseils, des petites choses qu'on a appris, on sort ce qu'on a retenu. [...] on s'apporte des renseignements.* »

Un professionnel de santé estime notamment que les formations permettent **d'uniformiser les prises en charges au sein de la structure.**

MK2 : « *[...] on essaie d'avoir une approche de la kiné assez semblable entre kinés [...]* »

D'autre part, cela permet de **mettre en pratique les recommandations officielles et validées.**

MK2 : « *Voilà, on lit chacun de notre côté et après on dit "ça ça été montré donc ça serait bien de le faire..."* »

Une des professionnels de santé estime que la volonté de formation n'est **pas spécifiquement liée à l'exercice en MSP** mais que certaines formations **ne pourraient être mises en pratique hors d'une MSP.**

MK3 : « *Je pense que c'est la dynamique de groupe qui pousse à se former, à faire des formations. Après, on peut être dans un cabinet de groupe et chacun dans son coin... C'est vraiment l'échange. Je ne sais pas si c'est vraiment le fait que ça soit une maison de santé mais ça rajoute certaines formations. Après, y en a je pense que j'aurais fait même sans être en maison de santé. On va dire que ça pose d'autres questions et notamment la prévention, l'éducation thérapeutique. Des trucs que ça on aurait jamais fait si c'était pas une maison de santé, parce c'était pas possible. C'est impossible de mettre ça en place dans un cabinet tout seul.* »

3.4.2.3 Conditions d'exercice

3.4.2.3.1 Gain de temps

Plusieurs professionnels estiment gagner du temps dans leur exercice au sein de la MSP.

Un professionnel de santé met en avant la **diminution de la nécessité de rédaction de courriers chronophages**.

MK2 : « [...] ça évite les courriers parfois qui prennent du temps justement aux médecins, c'est un gain de temps. »

Une autre professionnelle déclare que l'exercice en MSP permet un **questionnement plus rapide**.

MK3 : « [...] ça permet d'aller plus vite [...]. [...] ils (les médecins) ont les retours tout de suite et puis si nous on a un souci on n'hésite pas à les renvoyer vers eux : "on n'avance pas, qu'est-ce qu'il faut faire ?" Le questionnement est plus rapide. C'est vraiment l'idéal ! »

Une médecin généraliste rapporte des **prises en charges plus rapides**.

MG2 : « [...] c'est vrai que même les patients effectivement sont reconnaissants de cette prise en charge qui est assez rapide. »

Selon un autre médecin généraliste, le **dialogue est également plus rapide**.

MG1 : « Moi j'ai la sensation que le dialogue est plus rapide de toute façon. »

Le podologue déclare que **les transmissions interprofessionnelles sont quasiment immédiates**.

Podo1 : « Et bien l'avantage c'est que le compte-rendu est fait aussitôt. S'il y a des pansements à faire, les infirmières sont au courant aussitôt. »

L'une des professionnels estime que la **présence du secrétariat** lui fait gagner du temps.

MK3 : « Après moi je préfère... Je préfère ce mode de vie carrément, plutôt que d'être dans un cabinet de groupe où il faut tout gérer tout seul et s'il n'y a pas de secrétariat, c'est clair que c'est du temps passé à côté. »

3.4.2.3.2 Exercice moins angoissant

Deux professionnels de santé estiment être moins stressés.

L'un des professionnels met en avant la **possibilité d'un partage des décisions, les rendant ainsi plus faciles à prendre.**

MG1 : « *Les décisions sont partagées, sont beaucoup plus faciles à prendre, viennent de manière beaucoup plus naturelles parce qu'elles sont partagées, sont beaucoup moins angoissantes et beaucoup moins stressantes par le fait qu'on partage ces décisions là et donc que du coup on n'est pas seuls à prendre ces décisions là.* »

L'autre professionnel déclare que **la présence ses collègues est rassurante** et lui permet de **pouvoir se reposer sur eux notamment en cas d'urgences et de manque de temps.**

MG3 : « *[...] le fait d'être en maison de santé ça nous permet de nous dégager, d'être moins stressé par exemple si on a dix points à faire, on va être moins stressé parce qu'on sait que l'autre va prendre le relais, si on a une visite urgente, on sait qu'on peut y aller parce que derrière on sait qu'on a du soutien et il y a un autre médecin qui peut gérer les consult. Voilà on est moins dans le stress et dans la course à la montre à la consultation parce qu'il y a toujours possibilité de s'arranger avec les collègues.* »

3.4.2.3.3 Activité variée

Deux professionnels de santé déclarent avoir une **activité plus variée.**

Ortho1 : « *[...] quand on est seul en libéral et qu'on est isolé et c'est quand même beaucoup moins riche. Et je l'ai été pendant mes collaborations d'être toute seule et j'ai trouvé que c'était... comment dire... que le travail était beaucoup plus solitaire forcément et beaucoup moins... diversifié on va dire.* »

Cependant, l'un des deux pense que ceci est **plus lié à l'exercice en milieu rural.**

MG3 : « *Et ensuite le travail en soi effectivement ici qui est intéressant parce qu'on fait un peu de tout. La maison de santé nous permet d'avoir une salle d'urgence donc de varier un petit peu notre activité, on fait un peu de tout. On fait des sutures, on a des visites, on gère des urgences, on a un travail qui est assez varié je pense. Alors est-ce que c'est spécifique des maisons de santé ? Je pense que c'est plus le côté rural qui nous offre cette possibilité [...]* »

3.4.2.3.4 Bonne entente générale

Deux professionnels de santé décrivent une **bonne entente entre les différents professionnels.**

Ortho1 : « [...] et les rapports amicaux qu'on a instauré. Et ça aussi c'est très agréable dans le travail, [...] tout le monde s'entend bien, tout le monde est très agréable et très courtois et très à l'écoute donc ça c'est une chance aussi. C'est un gros point positif [...] »

MK6 : « Après au fur et à mesure j'ai vu que ça se passait bien avec tout le monde et qu'on est tous à peu près sur la même longueur d'onde donc c'est d'autant plus agréable de travailler ici quoi. »

3.4.2.3.5 Conditions de travail agréables

Plusieurs professionnels reconnaissent **exercer dans des conditions agréables et se sentent privilégiés.**

Ortho1 : « [...] on travaille quand même dans des conditions qui sont quand même très agréables [...] »

MK4 : « En travaillant dans une maison de santé, je travaille dans des conditions que je ne pourrais pas avoir ailleurs et ça j'en suis convaincue. Et que ça soit personnel, que ça soit professionnel, ben voilà. »

Podo1 : « Mais, ouais, travailler ici, pour moi c'est un bonheur. Moi je me lève le matin, je suis... je fais mes 40km, mais je... je fais... c'est une joie de venir. Mais je reviens même venir, je reviens même travailler... pas forcément pour voir des patients. Pour, ben la coordination, pour faire des trucs le vendredi où je suis pas là... Ou des jours... Parce que....ben...c'est agréable. Voilà. »

MK1 : « on a un rythme un peu moins soutenu mais qui permet d'avoir une qualité de travail je pense assez acceptable, assez bonne. »

L'un des professionnels de santé déclare même **avoir repris goût à son travail en intégrant la MSP.**

Podo1 : « [...] je prends plaisir à faire mon travail, ce que je n'avais plus. »

3.4.2.3.6 Possibilité de se focaliser sur le travail

Deux professionnels de santé mettent en avant le fait de **pouvoir exercer pleinement leur profession sans avoir d'autres problèmes à gérer.**

Ortho1 : « [...] on n'est pas parasités par tous les petits tracas quotidiens ou les factures ou d'autres choses. Et c'est vrai que ça soulage quand même pas mal il faut le dire, donc on a vraiment la possibilité de se donner on va dire professionnellement. »

L'un d'eux pointe notamment la **présence des secrétaires comme facteur primordial de cet avantage.**

MG3 : « [...] une secrétaire qui nous décharge justement de ce temps administratif au profit de ce temps médical quoi. »

MK6 : « [...] donc du coup vraiment on ne peut se consacrer qu'au soin. »

3.4.2.3.7 Indépendance préservée

Deux professionnelles de santé déclarent **avoir préservé leur indépendance** en intégrant la MSP.

Diet1 : « En même temps, tout en gardant une liberté, une indépendance. »

IDE3 : « Moi, moi, effectivement, on est quand même... on a gardé notre indépendance [...] »

3.4.2.3.8 Equipe dynamique

Deux professionnels rapportent travailler avec une **équipe dynamique.**

MK4 : « c'est une équipe jeune, dynamique. »

Ortho1 : « on a une équipe ici qui est très dynamique et ça c'est une chance [...] »

3.4.2.4 Présence de secrétaires

3.4.2.4.1 Possibilité d'avoir un secrétariat grâce à la MSP

Plusieurs professionnels de santé estiment que la **présence d'un secrétariat est possible car ils exercent en MSP**. Ils déclarent également que le coût d'un secrétariat serait difficile voire impossible à assumer à eux seuls, hors de la MSP.

MK4 : « *Voilà... et par le fait de travailler dans cette maison de santé aussi, ça nous permet d'avoir un secrétariat [...] »*

MK3 : « *– Parce que le secrétariat on peut se le permettre grâce à la maison de santé. Il n'y en aurait pas sinon.*

– *Sinon ça ne serait pas possible ?*

– *Ben non financièrement c'est pas possible, enfin on est kinés nous on n'est pas médecins (rires). Donc c'est compliqué. »*

MG3 : « *Le fait d'être, et ça c'est encore un des avantages d'être à plusieurs et d'être dans une maison de santé, c'est qu'on a plus de moyens pour prendre une secrétaire [...] »*

MK6 : « *Vraiment ça c'est un plus, le fait de pouvoir avoir cette secrétaire, je serais dans un cabinet individuel ça a un coût [...] »*

3.4.2.4.2 Majoration du temps de secrétariat

Une professionnelle de santé précise que **le temps de secrétariat a été majoré**.

MK2 : « *Au début on était à une secrétaire juste le matin et on est passés à un temps plein. Par rapport à la demande et puis on en avait assez de répondre au téléphone l'après-midi. »*

MG2 : « *Maintenant on a pris, on a un secrétariat [...]. Donc on a nous un temps plein et demi de secrétariat. »*

3.4.2.4.3 Permanence téléphonique

Les secrétaires participent à la **continuité des soins via la permanence téléphonique**.

MK3 : « *[...] et puis [entre midi et 14h] il y a le secrétariat, enfin voilà il y a possibilité de rappeler. »*

3.4.2.4.4 Gestion en cas d'absence des professionnels de santé

Selon deux professionnelles de santé, **en cas d'absence ou de congés**, les secrétaires peuvent **leur prendre des rendez-vous ou aiguiller leurs patients.**

MK4 : « [...] il y a cette structure qui encadre le tout : le mercredi quand je ne suis pas là, y a une secrétaire, s'il y a quelqu'un qui veut prendre rendez-vous avec moi, il y a B. (prénom de l'une des secrétaires) ou N. (prénom de l'autre secrétaire) qui sont disponibles. »

Ortho1 : « C'est vrai que c'est agréable d'avoir la secrétaire parce qu'elle peut accueillir les patients malgré tout et les patients ne se retrouvent pas derrière une porte close devant un immeuble et voilà, à attendre et à être surpris. »

3.4.2.4.5 Présence physique et accueil des patients

Une professionnelle met en avant la **présence physique du secrétariat et sa fonction d'accueil.**

Ortho1 : « Là, il y a systématiquement quelqu'un du lundi au vendredi pour accueillir les patients et voilà. »

3.4.2.4.6 Rôle de coordinatrice

Plusieurs professionnels mettent en avant le **rôle de coordinatrice** de la secrétaire.

MG2 : « [...] alors c'est pas des secrétaires, on a une coordinatrice finalement, une jeune qui est là tout à l'heure, qui fait à la fois le secrétariat médical et qui après coordonne. »

Ortho1 : « [...] ce qui est bien c'est que la secrétaire coordonne un peu tout l'administratif [...] »

IDE2 : « Alors nous la secrétaire... c'est pas notre secrétaire, c'est la secrétaire des médecins voilà... Mais elle est quand même aussi entre les médecins et nous, elle fait beaucoup de choses aussi ce qui fait qu'il y a des choses qui passaient à l'as avant et qui ne passent plus à l'as. »

Une professionnelle de santé précise qu'elle **planifie des rendez-vous communs entre médecin et infirmière pour certains soins.**

IDE2 : « Ça va être un suivi euh.... Comment dire... Eux ils savent par exemple qu'on a tel patient en charge pour un pansement régulièrement on se prévoit ensemble un passage pour que eux voient le pansement. Parfois la secrétaire cale le pansement afin que le médecin

puisse le voir également, ou des fois ça se fait sans la secrétaire aussi, ça se fait directement. »

Elle participe de plus en plus au fonctionnement de la MSP.

IDE2 : « [...] parce que c'est la secrétaire qui a une partie de son temps maintenant elles sont deux. Parce qu'une des secrétaires, ça fait partie de son temps délogé pour s'occuper justement du fonctionnement de la maison de santé. »

3.4.2.4.7 Gestion administrative par les secrétaires

De nombreux professionnels de santé déclarent que **la secrétaire gère l'essentiel de l'administratif.**

MG3 : « Tout le reste [de l'administratif] c'est quand même beaucoup la secrétaire qui prend en charge. »

Ortho1 : « Alors la secrétaire s'occupe très bien de tout ça (l'administratif) [...] »

MK6 : « Alors il y a la secrétaire en fait qui s'occupe aussi de notre travail administratif [...] »

IDE1 : « Après la secrétaire fait beaucoup de choses je pense [au niveau de la gestion administrative] »

3.4.2.4.8 Confort de travail

Plusieurs professionnels de santé déclarent avoir un **travail plus confortable grâce aux secrétaires.**

MK6 : « c'est un confort d'avoir la secrétaire qui s'occupe des papiers, on a pas ça à faire à la fin de la journée. »

MK3 : « Et puis on s'appuie énormément sur les secrétaires, ça c'est bien pratique depuis qu'elles sont là. [C'est] vraiment très agréable [...]. On est très content. »

3.4.2.5 Locaux, matériel et équipement

3.4.2.5.1 Locaux adaptés

Plusieurs professionnels sont **satisfaits de la disposition des locaux**.

IDE2 : « *Et après un confort parce qu'on a des locaux adaptés.* »

MK6 : « *et puis après les locaux qu'on a à disposition ils sont corrects, donc on a moins de soucis.* »

L'un des professionnels évoque en particulier **l'accessibilité aux PMR**.

Podo1 : « *Après, nous, la satisfaction c'est de travailler dans des locaux ben qui sont aux normes. Voilà. Pouvoir accueillir un fauteuil roulant, c'est... [...]. Quand on en a un, on est bien content que ça lui pose pas de souci, que... voilà, que tout se passe bien... et puis voilà ! Et ça, c'est hyper important quoi.* »

3.4.2.5.2 Taille des locaux

Deux professionnelles rapportent des **locaux spacieux**.

MK6 : « *Après les locaux sont spacieux [...]* »

IDE3 : « *Les locaux sont plus grands [...] ... il y a ça.* »

Cependant, une des professionnelles de la MSP2, estime **qu'il manque de la place**.

Ortho1 : « *Puisqu'on est deux orthophonistes, on se partage un bureau donc je suis deux jours par semaine dans la salle de réunion donc c'est vrai qu'au niveau de l'organisation j'organise tout différemment, donc voilà...* »

3.4.2.5.3 Locaux neufs

Deux professionnelles évoquent **l'état récent des locaux**.

IDE3 : « *Les locaux [...] sont plus neufs... il y a ça.* »

MK6 : « *[...] c'est neuf donc forcément c'est plus agréable.* »

3.4.2.5.4 Locataires

Au sein des MSP2 et 3, les professionnels de santé ne sont pas propriétaires des locaux.

Une professionnelle de la MSP2 déclare que **la MSP appartient à la communauté de communes.**

MG2 : « [...] la communauté de communes parce que voilà c'est eux qui sont propriétaires des murs [...] »

Pour l'une des professionnelle de la MSP2, il s'agit **d'un confort, car elle se trouve libérée de la gestion des pannes éventuelles.**

Ortho1 : « C'est vrai que c'est quand même très agréable et très confortable de ne pas devoir batailler avec le propriétaire des locaux qu'on loue parce qu'il y a une panne de chauffage ou une fuite d'eau ou quoique ce soit ou avec l'informatique si on a une panne d'électricité. »

3.4.2.5.5 Matériel et équipement

Plusieurs professionnels abordent l'avantage de pouvoir bénéficier de matériel au sein de la MSP.

Pour l'un d'eux, la **quantité d'équipement est appréciable.**

MK2 : « [...] on est très bien équipés au niveau de la salle de kiné »

Une autre professionnelle évoque **la qualité du matériel** avec notamment la présence de matériel récent.

MK4 : « [...] c'est génial ! Et puis de monter une structure innovante avec du matériel neuf, avec du matériel d'aujourd'hui, plus à l'ancienne. »

Une autre aborde la **variété des équipements disponibles.**

Ortho1 : « Donc j'ai un travail qui est aussi plus riche au quotidien avec mes patients parce que j'ai des matériaux et des supports qui sont très variés et ça c'est quand même très agréable. »

Une kinésithérapeute estime que le fait d'être plusieurs permet une **acquisition plus facile de matériel.**

MK3 : « C'est plus facile pour nous au niveau du matériel, le fait d'être plusieurs. Mais ça pourrait se faire en fait sans être dans une maison de santé, dans un cabinet de groupe de base on peut le faire. C'est le fait d'être plusieurs. »

Un autre kinésithérapeute **apprécie également le système informatique des agendas.**

MK2 : « *on a des agendas informatisés avec synchronisation sur les téléphones pour suivre un peu l'agenda en direct.* »

Une autre professionnelle signale qu'ils ont même un **générateur de secours en cas de panne.**

Ortho1 : « *Là, l'avantage, c'est qu'on a un générateur de secours donc s'il y avait une panne d'électricité... enfin voilà quoi.* »

3.4.2.6 Coordination

3.4.2.6.1 La coordination formelle

Plusieurs modes de coordination formelle ont été abordés par les différents professionnels de santé.

3.4.2.6.1.1 *Les réunions de coordinations*

3.4.2.6.1.1.1 *Existence de réunions de coordination*

Plusieurs professionnels abordent l'existence de **réunions de coordination au sein de la MSP.**

MK1 : « *Les seules réunions qu'on fait c'est plutôt les réunions médecins/kiné pour parler des patients justement et des patients à problèmes.* »

MK3 : « *Parce qu'on fait des réunions du coup, on fait vraiment le modèle de la maison de santé, avec des réunions avec les kiné et les médecins, des réunions médecins-infirmières [...] »*

MK2 : « *Mais il y a des réunions infirmières/médecins à la fois avec celles du cabinet et celles des cabinets... j'ai vu qu'ils avaient fait des réunions aussi avec les cabinets infirmiers d'à côté.* »

MG2 : « *Alors on fait des réunions. Au départ on faisait une réunion générale, alors de tous les gens présents ici plus on convie la pharmacie et la dentiste qui viennent et la maison de retraite d'ici, c'est le lundi entre midi et deux.* »

MG3 : « *on a des réunions [...] »*

Ortho1 : « *Alors nous somme tenus au sein de la maison médicale de faire une réunion par mois [...] »*

IDE2 : « *On continue le travail pareil et après on se réunit plus qu'avant puisqu'avant on ne se réunissait pas, donc, voilà c'est tout.* »

3.4.2.6.1.1.2 Organisation et contenu des réunions de coordination

Deux professionnels déclarent qu'il peut y avoir une **préparation afin de savoir quelles problématiques aborder lors de la réunion.**

MK6 : « *Parfois on décide, euh... on en parle entre nous avant pour savoir de quels patients on va pouvoir parler. On en parle entre kiné et des fois avec les médecins on leur propose "ah ben moi j'ai cette personne qui pose un peu problème, est-ce qu'on peut en parler en réunion ?" et si oui effectivement on en parle toutes les semaines.* »

IDE2 : « *Moi je dis à la secrétaire "bon ben lundi prochain j'aimerais parler de tel patient voilà parce que ça me pose souci pour un truc ou un autre" et j'aimerais qu'on parle de tel patient. Les médecins veulent parler aussi de tel patient et voilà. On expose ce cas.* »

La plupart du temps, **les patients communs entre les professionnels** sont évoqués lors de ces réunions.

MK2 : « *[On aborde les] soins des patients. Nos patients qu'on a en kiné, qui ont comme médecins traitants les médecins du cabinet.* »

Ortho1 : « *et on prend le temps de déjeuner autour de cette table et puis on échange sur différents points. En général, on parle de certains patients en commun et voilà...* »

Plusieurs professionnels déclarent **parler des cas de patients posant problèmes** au cours de ces réunions.

MK2 : « *Donc les gens qui veulent viennent, on fait une réunion avec cas complexes, avec compte-rendu de réunions, présence.* »

IDE1 : « *voilà on fait une fois par mois systématiquement une réunion pour parler de tous les cas, et de tout ce qui peut poser problème, des cas patients [...]* »

IDE2 : « *on fait une réunion où on réunit tous les professionnels de santé, on expose les cas.* »

MG3 : « *on travaille sur les cas complexes en réunion [...]* »

3.4.2.6.1.2 Développement progressif des réunions de coordination

Deux professionnels de santé estiment que la **participation aux réunions de coordination s'accroît progressivement.**

MK5 : « *Et finalement la coordination s'est bien développée et on va même un petit peu plus loin aujourd'hui que ce que j'espérais.* »

MG2 : « *[...] petit à petit ça s'est mis [en place] et c'est vrai que ça fait effet boomerang, parce qu'au début tout le monde ne participait pas et là actuellement on arrive à avoir...* »

3.4.2.6.1.3 Fréquences des réunions de coordination

Plusieurs professionnels rapportent que les réunions de coordination se déroulent **une fois par mois.**

MK1 : « *[...] ce sont des dates qui sont posées plus ou moins, tous les mois, mois et demi, le jour où il y a un maximum de monde.* »

MK2 : « *[...] au niveau de la réunion médecin/kiné tous les mois.* »

MK5 : « *En terme de rythme, pour moi à l'heure actuelle, une réunion une fois par mois avec les médecins ça me convient.* »

MG2 : « *Ca (la réunion globale) c'est une fois pas mois.* »

IDE1 : « *Voilà, ça (les réunions de coordination) c'est une fois par mois.* »

IDE2 : « *Nous par exemple, on fait une réunion mensuelle, tous les deuxièmes lundis du mois [...]* »

D'autres professionnels ont **une réunion de coordination par semaine.**

Ortho1 : « *alors avant c'était une réunion par mois tous les lundis ou tous les intervenants étaient présents aussi bien les médecins, les kinés, les infirmiers, les secrétaires, les orthophonistes enfin tout le monde et voilà maintenant on est passé je crois à une réunion par semaine [...]* »

MK6 : « *Toutes les semaines, on a une réunion où bon on est à peu près... toutes les professions sont à peu près représentées suivant, donc ça permet d'échanger.* »

3.4.2.6.1.4 Bénéfices des réunions de coordination

Plusieurs professionnels remarquent que les réunions de coordination sont **bénéfiques et permettent de faire avancer la prise en charge des patients.**

Ortho1 : « *On organise des réunions et c'est vrai que c'est intéressant pour pouvoir parler de nos patients. »*

IDE2 : « *Mais enfin moi je trouve que c'est enrichissant. Donc c'est pas une contrainte, je ne le prends pas comme une contrainte. »*

MG2 : « *les réunions c'est fabuleux. »*

MK4 : « *Quand on fait des réunions, pour parler des patients, on a fait le point avec les médecins, c'est bien, on avance. »*

Une professionnelle de santé estime même **qu'il serait désormais très difficile pour elle de s'en passer.**

IDE2 : « *[Au début, l'idée de coordination, c'était pas quelque chose de primordial]. Mais je pense que maintenant ça serait difficile de retourner en arrière. Voilà... ça serait difficile de retourner en arrière maintenant mais sur le moment, non. On travaillait... On était quand même en contact avec les médecins, on communiquait quand même mais c'est différent quand même. »*

3.4.2.6.1.5 Difficultés engendrées par les réunions de coordination

Plusieurs professionnels pointent le **manque de temps** pour les organiser.

MK1 : « *[Et puis] là, on les fait vite fait entre midi et deux ou le soir [...]* »

MG2 : « *Parce qu'entre midi et deux ça passe très très vite. Si on fait les cas complexes, on n'a le temps de rien. »*

Plusieurs professionnels de santé déclarent que **l'organisation est parfois compliquée** par la nécessité de la présence de plusieurs professionnels en même temps dans le même lieu.

MK1 : « *Parce qu'on est pas tous là en même temps donc c'est compliqué. [...]. [...] c'est difficile de se retrouver tous en même temps [...]. La réunion peut être repoussée par les emplois du temps, les formations, les trucs annexes. »*

MG2 : « *[...] et puis faire venir tout le monde, tous les lundis, ça c'est compliqué... »*

Plusieurs professionnels estiment que ces réunions **prennent du temps supplémentaire.**

MG1 : « [...] même si c'est chronophage clairement. On se rajoute des activités qui ne sont pas du soin et qui sont parfois compliquées à intégrer dans les créneaux parce que du coup on les fait en dehors du temps de travail. »

MK1 : « et puis c'est du temps de travail. »

MG2 : « Mais la coordination ça prend du temps [...] »

3.4.2.6.1.6 Education thérapeutique

Une professionnelle déclare que **l'éducation thérapeutique est en train d'être mise en place.**

Diet1 : « on a fait des projets d'ETP aussi. Donc il y a eu beaucoup plus de réunions, de préparations, euh... tout ce qui a été coordination [...] »

3.4.2.6.1.7 Action de santé libérale en équipe (Asalée ou ASALEE)

Une professionnelle de santé aborde aussi **ASALEE comme forme de coordination** au sein de la MSP.

MG2: « Ensuite, on a une réunion ASALEE [une autre fois par mois] avec l'infirmière ASALEE, là il n'y a que les médecins. »

3.4.2.6.1.8 Dossiers spécifiques

Une des infirmières de la MSP2 rapporte que le fait d'être en MSP l'a poussée à mettre en place un **dossier de suivi des pansements.**

IDE2 : « Quand on est arrivés ici on a eu envie de faire un dossier où on faisait le suivi des pansements avec des photos régulièrement, chose qu'on ne faisait pas avant, alors le travail se faisait quand même mais là tout le monde peut le consulter [...] »

La mise en place d'un **dossier patient partagé** est également en cours de mise en place au sein de la MSP3.

Diet1 : « Pour l'instant je crois qu'ils en sont au dossier partagé [...] »

3.4.2.6.1.9 Protocoles

Un professionnel de santé évoque la **mise en place de protocoles**.

IDE1 : « *On a déjà mis en place sur les AVK, sur les diabétiques. C'est le médecin qui prend en charge la mise en place du protocole. On se réunit, on en discute, on échange nos connaissances, on voit où on en est. Et... après ils le finalisent pour qu'on l'ait comme un petit pense-bête je dirais mais c'est mis en place, on fait des réunions [...]* »

Ce même professionnel **reconnait l'intérêt des ces protocoles**, même si pour lui cela se faisait avant de manière officieuse.

IDE1 : « *[...] mais c'est des choses qu'on connaissait tous et qu'on faisait avant mais pas de façon formelle, ce qu'on faisait de façon informelle, mais là c'est cadré, c'est... on le met en place, y a des traces écrites, voilà. On dira que c'est plus cadré, c'est plus poussé mais c'est déjà des choses qui se faisaient de manière informelle entre les médecins, les infirmiers. Bon c'est quand même intéressant de le faire dans un cadre bien défini et qu'il en reste quelques chose d'écrit aussi.* »

3.4.2.6.2 Coordination informelle

3.4.2.6.2.1 Absence de modalités de coordination spécifique

Trois professionnels de la MSP3 rapportent une **absence de mise en place de coordination spécifique**, pour le moment.

IDE3 : « *On n'a pas encore établi... peut-être de suivi de patients spécifiquement. Voilà.* »

Diet1 : « *– On a des réunions en tant que professionnels sur des thèmes par exemple, régulièrement. Mais après vous parlez sur le partage d'un patient, dossier patient, des choses comme ça ?*

– *Exactement. Par exemple, c'est-à-dire vous allez discuter d'un cas notamment...*

– *Non, ça c'est pas encore en place.* »

MG4 : « *Alors, pour l'instant, il n'y a pas de réunions formelles.* »

3.4.2.6.2.2 Existence de coordination informelle

Plusieurs professionnels rapportent des modalités de **coordination informelle**.

Podo1 : « *Alors, jusqu'à présent, c'était beaucoup informel, au cas par cas.* »

MK1 : « *Ça (la coordination) se déroule peut-être de manière un peu moins organisée que dans une structure hospitalière ou autre mais au moins il y a des échanges.* »

MK6 : « *Après, si y a besoin on peut se voir à d'autres moments comme ça.* »

IDE3 : « *On se voit, on se voit avec les médecins... On se voit en fait quand on a besoin... On se voit... On a, il y a... Comme ils sont tout près... On s'est pas posé encore précisément pour... voilà... pour prendre en charge le patient, oui, oui.* »

3.4.2.6.2.3 Modalités pratiques de la coordination informelle

Deux professionnels mettent en avant **la possibilité de s'interroger entre professionnels**.

MK2 : « *[...] si on a une question sur le moment, si le médecin est présent, je peux lui poser une petite question et vice-versa.* »

MK6 : « *c'est vrai que quand il y a des fois des questions qui posent problèmes avec certains patients on peut plus facilement en parler avec le médecin, se référer au médecin, voir un petit peu ce qu'il en pense.* »

Deux professionnels évoquent une **démarche diagnostique commune**.

MK2 : « *Et souvent, avant de faire un examen [radiologique], le médecin nous envoie le patient, on fait un bilan, on fait quelques séances et puis après on décide ou pas de faire une imagerie.* »

MK4 : « *Aujourd'hui on n'a pas la réponse à tout, des fois j'arrive pas à gérer des pathologies de certains patients, le fait de travailler avec mes collègues je peux leur demander ce qu'ils en pensent, le fait de travailler avec des médecins, le nombre de fois où j'atterris dans leur cabinet et leur dire "qu'est-ce que vous en pensez de ça ?" Et eux, ça leur sert aussi.* »

Les professionnels de santé parlent aussi d'une **démarche thérapeutique commune**.

MK2 : « *Le médecin vient aussi nous voir pour une bronchiolite, un avis, venir ausculter, pour voir un peu ce qu'on en pense, savoir s'il y a besoin de kiné.* »

MK4 : « *Des fois la kiné respiratoire ils (les médecins) nous demandent s'il y a vraiment besoin d'une séance ou pas.* »

MG3 : « *Moi je suis au courant des séances de kiné qu'il y a eu, des soins infirmiers qu'il y a eu et donc voilà [...]* »

3.4.2.6.2.4 Avantages de la coordination

L'un des professionnels de santé décrit la coordination comme un **avantage**.

Podo1 : « *C'est-à dire que l'avantage là, c'est qu'aujourd'hui, on voit un patient lambda diabétique qui est vu par l'infirmière, le médecin, moi, d'autres.* »

Plusieurs professionnels décrivent la coordination comme étant **agréable**.

Ortho1 : « *Voilà, parce qu'on a des patients en commun. Et c'est vrai que c'est très agréable parce que des fois pendant les pauses déjeuner on se croise [...]* »

MK4 : « *Donc on travaille vraiment ensemble, c'est génial !* »

Podo1 : « *on en discute, on établit un plan de soins. Et ça c'est génial.* »

Une professionnelle de santé estime que ce mode d'exercice a permis une **amélioration des soins**.

IDE1 : « *Après ce qui a amélioré aussi les soins, c'est la communication avec les médecins aussi.* »

Une professionnelle précise que cela permet de **faciliter le suivi des patients**.

MK6 : « *C'est plus facile pour le suivi je trouve.* »

IDE2 : « *Alors moi je trouve que le suivi... Je veux dire le travail se faisait avant, nous on faisait notre travail, le médecin faisait son travail. Sauf que maintenant c'est beaucoup plus en interaction tout. On échange beaucoup plus. Avant... je ne dis pas qu'on ne communiquait pas, mais je trouve qu'on échange beaucoup plus maintenant. (On échange beaucoup plus) Sur la façon de travailler, sur le patient en lui-même.* »

Une professionnelle de santé estime qu'elle permet une **remise en cause des prises en charges**.

Ortho1 : « *[...] et puis le fait de discuter avec d'autres des patients ça permet de prendre du recul et voilà de se remettre soit en cause ou de remettre les prises en charge en cause [...]* »

Une professionnelle estime qu'il lui serait désormais impossible de travailler seule et que ce mode d'exercice lui **évite de faire des erreurs.**

MK4: « *Moi aujourd'hui en tout cas je ne pourrais plus travailler toute seule. C'est impossible pour moi : je m'embêterais, je suis sûr que je ferais des erreurs.* »

Un infirmier estime que **les problèmes permettent d'être signalés plus facilement et rapidement.**

IDE1 : « *C'est plus facile pour leur signaler (aux médecins) les problèmes même si on faisait pareil avant je pense, mais peut-être moins facilement. Là peut-être qu'on le fait plus rapidement, je ne sais pas... ça se fait plus naturellement.* »

Selon l'un des professionnels de santé, la coordination permet une **meilleure gestion des urgences.**

Podo1 : « *Un médecin voit un ongle incarné, il m'appelle ou un message "Allô Docteur" (plate-forme informatique en réseau permettant aux différents professionnels de santé d'échanger), je peux le voir dans la journée. Et ça c'est un plus. C'est que bénéfique. Et moi, j'ai aussi un plus, c'est-à-dire le fait d'avoir les médecins à proximité, j'ai un patient on va dire, compliqué, un de leurs patients, je peux avoir le médecin, il peut venir voir, on peut en discuter.* »

Plusieurs professionnels déclarent que la coordination a permis une **meilleure connaissance des professions.**

MK3 : « *[ça permet] de mieux connaître aussi le métier de l'autre personne. Parce que souvent, ils ne savent pas trop ce qu'on fait en kiné. Donc du coup, ils voient un petit peu comment on travaille [...]* »

MK4 : « *ils (les médecins) ont aussi appris à connaître ce qu'était notre profession, il y a plein de choses qu'ils ne connaissaient pas, ils se sont intéressés, comme nous on s'est intéressé à certaines pratiques.* »

Podo1 : « *c'est dans la diffusion, on va dire, de ce que je fais que ça a changé. Voilà. Maintenant, les autres professionnels connaissent mon métier.* »

Un autre professionnel met en avant l'avantage de **pouvoir déléguer des tâches** grâce à la coordination.

MG3 : « [...] là c'est aussi une délégation de tâches que l'on peut faire lorsqu'on est en en maison de santé pluridisciplinaire, délégation de tâches qui ne se fait pas trop en libéral quoi. Enfin en libéral classique quoi. »

3.4.2.6.2.5 Difficultés de la coordination

Un professionnel de santé estime qu'il est obligé de se confronter à la **gestion des relations humaines**.

MG1 : « Après on se... il faut avoir envie de se frotter un peu à la psychologie humaine et à la relation entre personnes [...]. »

Cette même idée est reprise par une autre professionnelle qui reconnaît que **la bonne entente est un prérequis** à ce mode d'exercice coordonné.

MK4 : « Après je pense qu'on a eu la chance de s'entendre tous comme ça et d'être sur la même longueur d'onde. Je pense que si on était avec des médecins qui étaient beaucoup plus dans leur coin, ça aurait été différent, tandis que là ils sont vachement ouverts, ils nous écoutent, ils nous comprennent. »

Deux professionnels de santé estiment **qu'il ne faut pas forcer les professionnels** et les laisser venir progressivement à cette coordination.

MG1 : « Après y a quand même le personnel (le côté personnel, la personnalité) qui entre en jeu pour chacun et qui fait qu'il y a des fois où on aimerait bien que certains soient un peu plus investis. On ne peut pas non plus les forcer. »

MG2 : « Mais (intonation d'insistance sur le mais) petit à petit on sent que ça vient. Je crois qu'il ne faut pas rentrer dedans au départ. Ça vient parce que tout le monde y trouve son compte chacun de son côté. »

L'un de ces professionnels rapporte un **investissement différent selon les professionnels**.

MG1 : « même si [les personnes] sont au sein d'un même projet, [elles] voient les choses différemment, n'ont pas envie de s'investir de la même manière ou n'ont pas le temps.

Il regrette que ce soit **souvent les mêmes personnes impliquées dans la coordination**.

MG1 : « Alors c'est vrai que ça tourne toujours un peu autour des mêmes. »

Une seule professionnelle nuance l'apport de la coordination en déclarant **qu'il n'y a pas d'échanges très développés.**

IDE3 : « *Bon, honnêtement, j'ai pas trop de contacts quand même avec... On se croise... Hein ? [...] On ne se voit pas tant que ça finalement, mais quand même on se croise.* »

3.4.2.6.3 Réalités de coordination par rapport aux attentes

Plusieurs professionnels expriment leur **satisfaction concernant la coordination actuelle.**

MK3 : « *C'est à peu près l'image que j'en avais je pense.* »

MG1 : « *Ça se passe comme moi je l'imaginai à peu près. Pour moi en tout cas.* »

MG3 : « *Je pense que ce qu'on fait actuellement, est assez en rapport avec ce que j'attendais du projet de santé* »

MK6 : « *En fait ça se passe à peu près comme je m'y attendais.* »

Un seul professionnel, pourtant satisfait de la coordination, exprime **quelques réserves.**

MG1 : « *Je m'attendais peut-être à ce qu'il y ait... J'espérais qu'il y ait un peu plus de partage de certaines choses.* »

3.4.2.6.4 Echanges et communication

Plusieurs professionnels rapportent des **échanges facilités par le fait d'exercer dans le même lieu.**

IDE3 : « *Les échanges sont plus... ben les opportunités sont là quoi, parce qu'on se rencontre.* »

MG1 : « *[...] on a beaucoup plus de facilités à s'appeler et à se dire quand ça va pas. Et le fait d'être sur un même lieu facilite.* »

MG2 : « *C'est vrai qu'on a un contact avec les autres professionnels de santé qui est vraiment très très très facilité, on se voit tout le temps [...]* »

Podo1 : « *Je rentre pas quand je viens en maison de santé, ma porte elle est fermée quand j'ai un patient. Sinon elle est toujours entrouverte et toujours accessible à tout le monde parce que j'estime qu'il y a le besoin de connexion, "ça va ?", juste aussi bien de façon amicale que parler d'un problème, de quoique ce soit. Et c'est hyper important.* »

MK3 : « *C'est déjà plus ouvert, on communique plus facilement.* »

IDE1 : « *Mais c'est vrai qu'avec le recul, on voit que si on est tous dans le même endroit c'est beaucoup plus facile quand même de se voir, de communiquer, d'échanger.* »

Ortho1 : « *J'ai toujours eu ce regard là je pense, sauf que je n'ai pas eu la possibilité de travailler au sein d'une maison et de pouvoir échanger avec les différents intervenants. Ça facilite beaucoup et je le vois beaucoup avec les patients qui sont suivis par les médecins traitants ici ou par les kinés qui sont ici, on a un... comment dire... un échange facilité du fait d'être sur place et de se connaître et d'avoir aussi une proximité, une intimité professionnelle.* »

3.4.2.7 Exercice à plusieurs

Plusieurs professionnels mettent en avant que **le fait de travailler à plusieurs leur procure des avantages.**

Pour l'une des professionnels, cela permet notamment de **pouvoir compter sur ses collègues notamment en cas d'absence.**

MK4 : « *[le fait de travailler dans cette maison de santé] ça nous permet de pouvoir aussi se reposer sur nos collègues [...] sans avoir le stress de ne pas trouver de remplaçant.* »

Pour une autre professionnelle, cela présentait un **intérêt.**

Psycho1 : « *Euh... J'aurais pas accepté si c'était... J'aurais pas accepté d'ouvrir un cabinet toute seule. Là, c'est intéressant. Là ce qui est bien, c'est qu'il y a quand même plusieurs personnes.* »

Une médecin généraliste est **satisfaite d'avoir trouvé deux collègues exerçant de la même manière qu'elle.**

MG2 : « *Après, moi j'ai de la chance, d'avoir trouvé deux jeunes qui sont arrivés. C'est le moment de chance que j'ai eu. Il n'y aurait pas eu les médecins c'était une coquille vide. [...] Mais après il faut aussi trouver lorsqu'on s'associe des gens qui travaillent un peu de la même manière parce que si on a pas les mêmes valeurs et voilà... S'ils avaient voulu faire cinquante actes par jour et faire de l'abattage, ça n'aurait pas fonctionné avec moi. Il faut arriver à trouver des gens qui...* »

Cependant, elle reconnaît **qu'au début, il a été difficile d'éduquer les patients à aller voir ses collègues.**

MG2 : « *Tant mieux même si [les patients] vont voir MG3 et mon autre associé parce qu'au départ ça a quand même été... Il faut que le secrétariat il travaille quand même, c'est pas simple.* »

Pour une autre professionnelle, **l'absence de sentiment d'isolement** est un réel avantage.

Diet1 : « *Le fait de pas se sentir isolée pour le coup. Ca c'est très très bien.* »

3.4.2.8 Financier

3.4.2.8.1 Charges

3.4.2.8.1.1 Absence de charges

Un seul professionnel, **du fait de son statut d'assistant n'a pas de charges à payer directement.**

MK1 : « *Sinon je suis assistant donc je ne paie pas de charges, je donne une rétrocession pour les kiné que je remplace, qui me prêtent leur patientèle.* »

3.4.2.8.1.2 Pas de modification des charges

Une professionnelle de santé déclare qu'il n'y a **pas eu de modification significative de ses charges** depuis son installation en MSP.

MG2 : « *Euh... Ben donnant-donnant, ben oui. Il n'y a pas forcément beaucoup plus de charges. Au total, je me retrouve... C'est assez équivalent.* »

3.4.2.8.1.3 Charges raisonnables

Un professionnel de santé estime que ses **charges sont adaptées.**

MG3 : « *Ensuite les cotisations sociales que l'on paye c'est en rapport avec le secrétariat qu'on a pris et qui est indispensable pour notre travail puisque c'est le secrétariat qui fait notre qualité de vie donc elles ne me semblent pas ces cotisations déraisonnables on paye 1900 euros par mois à peu près, donc ce qui me semble raisonnable.* »

3.4.2.8.1.4 Charges élevées

Plusieurs professionnels estiment avoir des **charges élevées**.

MK2 : « *Alors j'ai des amis qui travaillent, pas en maison de santé mais en libéral, on a des charges assez élevées pour une maison de santé [...]* »

MK3 : « *[...] mais tout ça (le matériel, le secrétariat), ça a un coût [...]. Ça nous coûte cher.* »

IDE3 : « *Alors, financièrement, on a des charges un peu plus fortes, plus importantes, ça c'est clair. Une contrepartie... [...] Donc... euh... voilà, c'est... c'est toujours des choses en plus. C'est pas énorme non plus, mais quand même... c'est beaucoup plus que ce qu'on avait avant.* »

Mais ils s'accordent à dire que **ces charges plus élevées leur permettent d'avoir une qualité de travail agréable**.

MK2 : « *[...] mais après comme je disais on a un cabinet équipé avec tout le matériel. C'est en fonction de nos envies, on peut diminuer nos charges si on veut mais on aura une moins bonne qualité de travail.* »

MK3 : « *[...] nous on fait l'effort d'amener ces sous là, de moins gagner, d'avoir une qualité de vie importante [...]* »

3.4.2.8.1.5 Charges peu importantes

Une professionnelle déclare avoir des **charges moins élevées**.

MK6 : « *Alors c'est mieux depuis que je suis installée ici. Parce qu'au niveau du loyer, des charges, c'est beaucoup moins élevé en comparaison à l'endroit où j'étais avant. Les charges sont moins élevées.* »

Une professionnelle signale avoir des **charges très faibles**.

Ortho1 : « *Les charges ici, je pense que c'est correct. Pour vous dire, je pense que je peux dire les chiffres, je ne sais pas (elle est gênée de dévoiler les chiffres), je paye, je crois 368 euros par mois pour exercer ici, donc c'est vrai que voilà et en plus j'ai le secrétariat qui était en plus avant et maintenant c'est compris dedans donc pour vous dire c'est vraiment pas grand chose, c'est ridicule.* »

3.4.2.8.1.6 Partages des charges

Plusieurs professionnels abordent le fait que **les charges soient partagées**.

L'une des professionnels estime que le partage des charges **permet de faire des dépenses plus importantes**.

MK3 : « *Le fait d'être plusieurs ça permet de partager donc les charges et donc de faire des frais un peu plus importants [...]. Après voilà c'est un mode d'exercice, le fait de tout partager, on peut avoir plus de matériel, on peut avoir un secrétariat [...]* »

Un autre professionnel estime qu'ils ont pu faire des **économies en MSP**.

MG4 : « *On a fait des économies qu'on n'aurait pas faits tout seuls. Quand on remplit la tonne de gaz pour alimenter le cabinet, nous c'était tant d'euros. A partir du moment où c'est la MSA Service qui gère ça, et qu'elle a X maisons de santé à remplir en gaz, c'est beaucoup moins cher. Donc on y gagne.* »

Un autre professionnel pointe les **charges majorées liées au fonctionnement d'une plus grosse structure**.

MK5 : « *Je savais bien que mutualiser les choses ça n'apportait pas forcément une diminution des coûts. Chose basique mais aujourd'hui en fait on a un standard et un standard ça coûte plus cher qu'un simple téléphone donc on a beau être plusieurs à le payer, c'est plus onéreux parce que l'abonnement est plus cher.* »

IDE3 : « *Eh ben ce sont des charges... euh... après on partage hein, au niveau du cabinet. Mais je trouve quand même... heureusement que l'on partage, parce que c'est lourd, c'est lourd en charges...* »

3.4.2.8.2 Revenus

3.4.2.8.2.1 Partage d'honoraires

Au sein de la MSP2, les médecins généralistes fonctionnent selon le **partage d'honoraires**.

MG2 : « *[...] au niveau des médecins [...] on partage les honoraires, on partage tout. Donc voilà.* »

MG3 : « *En plus on a un système qui permet de partager les honoraires [...]* »

Ce fonctionnement, non spécifique de l'exercice en MSP, a provoqué initialement **quelques réticences initiales.**

MG2 : « *Moi j'ai toujours partagé tous les honoraires. Quand ils sont arrivés et je leur ai proposé, ils ont trouvé ça surprenant. »*

Par la suite, deux médecins généralistes déclarent que cette particularité financière a été **bénéfique.**

MG2 : « *Six mois après, ils m'ont dit "ben t'as raison". Parce qu'en fait, ça permet... ça libère tout, on travaille, c'est super. C'est peut-être une vision financière mais on se pose aucune question, les frais sont les mêmes, les honoraires sont les mêmes, on sait ce qu'on a, on sait ce qu'on veut faire, on sait que quand on va faire plus de 25 actes en moyenne chacun, on prend quelqu'un d'autre. Pour que les choses continuent à être agréables. Mais ça il faut quand même, c'est pas forcément la mentalité de tous les médecins. Moi je m'en fiche que les gens aillent voir B. (prénom du troisième médecin généraliste non interviewé) ou MG3. Je n'ai jamais... »*

MG3 : « *[...] alors du coup si je prends un mois de vacances pour moi ça ne change rien alors comme on partage tous les patients, on les a habitués, on leur a expliqué qu'il fallait voir les trois médecins. »*

3.4.2.8.2.2 Revenus convenables

Plusieurs professionnels de santé estiment que **ces revenus leur conviennent.**

MK4 : « *Après c'est moi aussi qui... enfin je me suis habitué à avoir ces revenus là aussi et ça me convient parfaitement. [...] Et je m'en sors très bien. »*

MK5 : « *C'est vrai qu'avant, j'avais pour ainsi dire aucun regard sur mes finances mais aujourd'hui je suis obligé de faire un peu plus gaffe. Mais finalement ça me va. »*

MG3 : « *[...] même si on a des charges, des cotisations sociales etc... Mais peu importe, malgré ça on gagne très bien notre vie. »*

3.4.2.8.2.3 Absence de changement de revenus

Plusieurs professionnels de santé estiment que **cela n'a rien changé pour eux.**

MG1 : « *Bof... financièrement, ça n'a pas changé grand chose. »*

MK4 : « *Mais bon sur les revenus, il n'y a pas eu de grosses différences. »*

IDE2 : « [...] je n'ai pas remarqué de modifications pour notre activité. Ça n'a pas... Je veux dire... J'ai pas l'impression que ça nous apporte plus de travail. Après, nous on ne travaille pas qu'avec les médecins ici, on a des médecins extérieurs à H. (commune voisine), A. (commune voisine), enfin les alentours quoi. Voilà. Mais non ça ne nous a pas apporté plus, non. »

Psycho1 : « – Et au niveau financier, qu'est-ce que ça a changé ?

– Rien du tout (rires). Enfin ben quand j'ai des rendez-vous, oui, mais quand j'en n'ai pas euh... Je peux pas compter dessus... »

Podol1 : « [...] la maison par elle-même, c'est pas ça qui nous fait gagner, quoi... La coordination tout ça, c'est pas ça qui va nous faire vivre, c'est pas ça. »

3.4.2.8.2.4 Perte de revenus financiers

Plusieurs professionnels estiment **avoir perdu de l'argent.**

MK5 : « En fait j'ai perdu de l'argent. Il y a un delta de presque 1000 euros par mois. C'est non négligeable »

MK3 : « Financièrement c'est moins intéressant (qu'un cabinet standard). [...] Une maison de santé c'est pas là où on fait des sous (rires). »

Cependant, l'un des professionnels **nuance cette perte de revenus par un gain en qualité de vie.**

MK5 : « mais... comme... bon je gagne en qualité de vie, aujourd'hui ça va à peu près. Des fois je ne dis pas qu'il y a pas besoin de plus bosser et de mettre un peu les bouchées doubles mais dans l'idée je trouve un équilibre un peu différent. »

3.4.2.8.2.5 Majoration des revenus

Plusieurs professionnels de santé déclarent **mieux gagner leur vie soit par un changement de statut, soit par une activité majorée.**

Ortho1 : « Alors c'est beaucoup mieux que lorsque j'étais remplaçante parce que j'avais toujours un pourcentage de rétrocession qui s'élevait en général à 25% »

MK6 : « – Et concernant vos revenus ?

– *Je travaille plus ici. J'ai plus de travail depuis que je suis ici. Je pense qu'il y avait une réelle demande dans le coin. Il y a une telle demande qu'il faut bien répondre à ces demandes. »*

MG3 : *« Là forcément je gagne plus que lors de mon statut de remplacement. Parce que je travaille plus. [...] Et puis ensuite on a une activité qui se développe de plus en plus et on commence à avoir pas mal de travail donc effectivement on travaille plus n'empêche que quand on est remplaçants. »*

3.4.2.8.3 Subventions et exonérations fiscales

3.4.2.8.3.1 Absence de subventions

Au sein de la MSP1, plusieurs professionnels déclarent **ne pas encore toucher de fonds publics.**

MK5 : *« Malgré tout, on est relativement économes dans le structure, on fait quand même super gaffe, peut-être lié au fait qu'on a pas encore de subventions, on devrait bénéficier des NMR (nouveaux modes de rémunération). Du coup on est encore privé-privé. »*

MK3 : *« Parce que là c'est quand même une structure où tout est privé ! C'est pas comme en campagne, où déjà on vous donne limite le bâtiment, on vous paye tout. Là ils ont vraiment construit tous seuls, tout fait tout seul, parce que c'était le début et c'est bien ce qu'on s'est rendu compte quand on échange ou quoi. »*

3.4.2.8.3.2 Apport des subventions

Un professionnel déclare avoir eu des **aides à l'installation.**

MG3 : *« mais aussi parce qu'on a eu pas mal d'aides à l'installation ici parce qu'on est en zone fragile, il y a eu des aides de la sécurité sociale, il y a eu le... On a signé le contrat de praticien territorial de médecine générale, le CPTMG de Marisol Tourraine. Bon, qui ne nous a pas beaucoup apporté... Ca nous apporte que quand on est en vacances en fait ce contrat là. [...] Donc oui toutes ces aides là, sont intéressantes financièrement. »*

Un autre professionnel déclare que **le fait d'être passé en maison de santé leur a permis de faire des dépenses impensables auparavant.**

MG4 : « Néanmoins, le fait d'être passé en maison de santé, d'avoir une gestion externalisée comme la MSA Services, euh... on a fait, il y a eu des frais de faits qu'on n'aurait pas faits tout seuls. »

3.4.2.8.3.3 Exonération fiscale

Un professionnel déclare avoir pu bénéficier **d'exonération fiscale**.

MG3 : « Ensuite on est en zone de revitalisation rurale, donc c'est vrai qu'on ne paye pas d'impôts là pendant cinq ans. »

3.4.2.8.4 Loyers

3.4.2.8.4.1 Locataires

Plusieurs professionnels sont **locataires de la MSP**.

MG2 : « On est locataires. Enfin c'est la SISA qui est locataire de la maison de santé et chaque professionnel reverse à la SISA son loyer. »

3.4.2.8.4.2 Avantages d'être locataires

Pour l'une des professionnels, cela **évite la gestion de certains problèmes**.

MK6 : « C'est vrai que le fait d'être locataire ici, bon déjà il y a beaucoup moins de soucis [...] »

Pour une autre professionnelle, ceci la **libère de tâches administratives**.

Ortho1 : « Parce que c'est vrai que là j'ai un loyer si vous voulez à verser qui comprend absolument tout : l'électricité, le ménage, la connexion internet, absolument tout. Donc c'est vrai qu'au niveau administratif, ça soulage quand même énormément, ça il faut le reconnaître. C'est vrai que c'est très confortable. »

3.4.2.8.4.3 Désavantages d'être locataires

Une seule professionnelle exprime la notion **d'engagement financier**.

IDE3 : « C'est la notion d'engagement aussi, on est tous engagés à payer un loyer. Donc ça aussi c'est... une... et on est engagés tous ensemble. On n'est pas engagés si vous voulez, quand vous avez un cabinet... ben vous pouvez, vous devez arrêter votre... ben je sais pas

moi pour une raison... changer... ou... Là, pour le coup, on est engagés, on peut pas se désengager... »

Un autre professionnel de la MSP3 explique sa **perte financière du fait d'avoir vendu le bâtiment initial et en être devenu locataire.**

MG4 : « *Là, nous on y a reperdu parce que, un on a vendu le bâtiment. La vente du bâtiment, pour que ça puisse être accepté par les domaines, etc... la Communauté de Communes... on l'a vendu quand même à perte. Bon, voilà. »*

3.4.2.8.4.4 Loyer raisonnable

Plusieurs professionnels estiment payer un **loyer raisonnable, conforme à leurs demandes.**

MG3 : « *[...] on paye un loyer qui est plutôt raisonnable. »*

Diet1 : « *Ça a été entendu moi, pour les deux maisons de santé où j'exerce. Euh... C'est pas des choses qui sont faciles à exprimer parce que bon, c'est toujours des sujets un peu tabous et délicats, mais ça a été entendu et ça a été acté, et c'est aussi pour ça que je suis restée, sinon je serais pas restée. Donc du coup financièrement, euh...ça va...c'est supportable, c'est supportable. »*

IDE2 : « *il y avait une condition c'est qu'on paye le même loyer ici que là où on était avant. Il y a eu beaucoup de négociations (rires) donc ça... »*

Ortho1 : « *Alors je me dis que... Voilà c'est vrai que financièrement je pense qu'on s'y retrouve quand même parce que quand il faut payer un loyer en libéral et toutes les charges à côté c'est quand même beaucoup plus onéreux. Donc... voilà. »*

Une professionnelle explique **payer le loyer selon une durée d'occupation.**

Psycho1 : « *Et là comment ça se passe en fait ? Vous devez payer un loyer ?*

Ben moi non, vu que je suis jamais là. On paie un loyer à partir d'une certaine durée d'occupation. »

3.4.2.8.4.5 Loyer plus important

Deux professionnels expliquent payer un **loyer important.**

IDE3 : « *Alors oui, les loyers sont plus importants. Ça, c'est clair. Avant, on avait des avantages de loyer... Donc, voilà. »*

MG4 : « Euh... Et on se retrouve quand même côté médecins dans cette unité, avec la plus grande surface. Donc même si on reste à 10 euros le mètre carré... on a une grande surface et donc, ça nous coûte quand même cher. »

3.4.2.9 Personnel

3.4.2.9.1 Amélioration de la qualité de vie personnelle

Deux professionnels estiment avoir une **meilleure qualité de vie**.

MK3 : « [...] après au niveau de la qualité de vie c'est mieux, c'est beaucoup mieux. »

MK5 : « J'ai appris à prendre plus de recul. Je m'y conforme, ça me va bien, j'y trouve mon intérêt. J'avais vraiment la tête dans le guidon et... En fait au début je n'avais pas d'attentes mais ça m'a apporté un plus, clairement. Comme j'avais la tête dans le guidon, je ne voyais pas forcément que j'étais en train de foncer et de bosser comme un fou. Et en définitive, le fait d'avoir le regard un petit peu des autres, ça m'a aidé aussi à comprendre que c'est peut-être important de lever le pied et je m'y retrouve aujourd'hui. »

Un autre professionnel déclare avoir trouvé son **équilibre professionnel et personnel**.

MG3 : « Notre mode de fonctionnement est je trouve très agréable. Très agréable dans le sens où je trouve que du point de vue personnel on peut trouver un équilibre aussi. On a notre équilibre au travail et notre équilibre en dehors du travail. Voilà.... C'est surtout à ça que je m'attendais. »

3.4.2.9.2 Temps familial

Plusieurs professionnels déclarent avoir du **temps consacré à leurs familles**.

MK4 : « ça nous permet d'avoir aussi une vie de famille à côté et d'être maman. [La famille] c'est vraiment important. Parce que c'est bien le travail mais la famille c'est primordial pour être bien partout. Donc en fait je me dis que j'aurais travaillé toute seule, je n'aurais jamais eu ces conditions là. »

MG2 : « Et le jour de repos par semaine, c'est du temps personnel, du temps pour ma famille. »

MK5 : « Moi j'ai réduit mon activité en fait, un peu par force parce qu'ils (mes collègues) m'ont dit que je devais lever un peu le pied et bon je ne l'entendais pas forcément au départ et puis finalement j'y adhère maintenant. Aujourd'hui je suis content, par rapport à ma vie de

famille comme je vous disais, je suis papa alors c'est quand même quelque chose d'important. »

Pod01 : « *Donc c'est moi qui... je fais nounou le mercredi après-midi (rires). »*

Un seul professionnel déclare avoir **peu de temps personnel**.

MG4 : « Sur le plan personnel, alors moi, là-dedans, je suis un peu le leader. Donc, je vais pas dire que ça m'a donné du temps. Euh... ça m'en a pris beaucoup et ça m'en prend beaucoup. [...] Sur le plan familial, non non, c'est un truc qui me prend du temps énormément, énormément. [...] Sur le plan purement personnel, c'est chronophage, c'est très chronophage. »

3.4.2.9.3 Absence de changement personnel

Deux professionnels ne signalent **aucune influence de la MSP sur leur vie personnelle**.

IDE1 : « *Donc au niveau du temps consacré à votre famille, du temps de vacances... ?*

(il me coupe) ça n'a rien amélioré, ça n'a rien changé. »

IDE2 : « *il n'y a pas vraiment eu de modification de ma vie personnelle. Ca l'a modifiée le temps (rires), les trois ans qu'on a passé à préparer le projet de la maison de santé parce que là oui (rires), là ça l'a modifié parce qu'on a passé énormément de temps en réunions. Voilà quoi. Mais sinon non. »*

3.4.2.9.4 Enrichissement intellectuel et épanouissement

Pour trois professionnels, l'exercice en MSP leur a apporté une **plus grande ouverture d'esprit**.

IDE2 : « *Au niveau personnel personnel personnel (elle cadre sur le plan de la vie personnelle pure) non... Après ça a changé mon état d'esprit je pense. J'ai envie de faire des formations. J'ai... voilà des trucs qui m'ont sorti de la routine si vous voulez. »*

Diet1 : « *Euh... Non, c'est... très honnêtement, pour moi c'est positif. Humainement c'est enrichissant. »*

MG4 : « *[...] Donc, c'est vrai que ça a ouvert des choses très intéressantes à titre personnel. [...] Non, j'y gagne sur le plan, comment dire... épanouissement. Donc ça, je suis content. »*

Pour deux professionnels, la MSP leur permet de **faire d'autres activités que sa profession initiale.**

Podo1 : « *Et puis (le fait de pouvoir bricoler dans la MSP) ça nous sort aussi de, ben moi de pédicurie-podologie, ça me fait voir d'autres univers, d'autres trucs, c'est important ça... »*

MG4 : « *D'un autre côté, ça m'a permis sur un plan vraiment purement personnel, d'avoir l'impression de diversifier l'activité du quotidien. Ça ça a été un apport positif. »*

3.4.2.10 Soins dispensés et apports pour les patients

3.4.2.10.1 Pratique inchangée

Plusieurs professionnels déclarent **ne rien avoir changé à leur pratique.**

MK6 : « *C'est à peu près comme lorsque je travaillais en maison médicale. Parce qu'avant je travaillais déjà avec des médecins, des infirmières. »*

Diet1 : « *Alors moi, dans ma pratique... euh... Non, j'ai pas changé grand-chose... euh... non, non... Non, parce que quelque part, non, on fonctionnait déjà comme ça... »*

IDE3 : « *C'est-à-dire que nous en fait... euh...enfin nous... je, je...notre exercice n'a pas changé ! »*

Podo1 : « *le soin par lui-même est toujours le même, en tout cas le même, oui : au niveau de la pratique ça a pas changé [...] »*

3.4.2.10.2 Modification de la pratique au sein de la MSP

Deux professionnels rapportent un **exercice différent au sein de la MSP**, en particulier pour les patients suivis par plusieurs professionnels de la MSP.

Ortho1 : « *Je ressens vraiment cette différence au quotidien entre les patients qui sont suivis par des médecins de la maison de santé et ceux qui sont suivis par d'autres médecins. »*

MK2 : « *On a une façon de travailler en fait un peu différente des autres cabinets. »*

3.4.2.10.3 Soins centrés sur le patient

Un professionnel déclare que **les soins se déroulent autour du patient.**

Podo1 : « *On a l'impression de travailler, alors je sais pas parce que j'y ai jamais travaillé, mais dans une clinique ; pour moi l'idéal dans une clinique c'est-à-dire pareil, il y a toutes*

les professions on va dire, autour du patient et le plan de soins, il est tel quel et tout le monde intervient en fonction de ses compétences. En fait, c'est super. »

3.4.2.10.4 Prise en charge globale et pluridisciplinaire

Plusieurs professionnels décrivent leur **prise en charge comme globale et pluridisciplinaire permettant d'améliorer les soins aux patients.**

MG3 : *« c'est cette prise en charge dans la globalité et pluridisciplinaire qui je trouve est efficace pour la prise en charge des patients [...] »*

Ortho1 : *« Alors le regard que je porte, c'est une prise en charge plus globale je trouve [...] »*

MG1 : *« Donc moi j'ai l'impression que la prise en charge est plus globale [...] pour les patients [...]. »*

Podo1 : *« Bien je trouve que c'est une prise en charge qui est quand même assez avancée, qui est globale et qui est quand même de très bonne qualité je pense. Voilà. »*

3.4.2.10.5 Amélioration des soins

Plusieurs professionnels estiment offrir une **meilleure prise en charge.**

MK1 : *« Et je pense que les patients sont plutôt bien pris en charge aussi comparé à ce qu'on peut voir. Même si je n'ai pas trop fait de stage en libéral, je sais qu'en libéral ça peut très vite être l'usine. Comme pour les médecins. »*

MK3 : *« J'espère exercer mieux [que ces cabinets usine] mais après peut-être il y en a pour qui ça va très bien. Après je ne suis pas pour passer... »*

MG1 : *« Donc moi j'ai l'impression que la prise en charge est [...] meilleure pour les patients, plus intéressante pour nous certes. Oui qu'elle est meilleure [...] »*

MG3 : *« Alors moi je trouve qu'on a une prise en charge qui est beaucoup plus efficace que lorsque... Enfin de l'expérience que j'ai d'une prise en charge libérale où le médecin travaille tout seul. Ici, on a des soins... »*

IDE2 : *« Moi j'ai l'impression qu'il y a une meilleure prise en charge. »*

MG2 : *« Il me semble que c'est...(elle retient ses mots afin de ne pas paraître prétentieuse). C'est un peu présomptueux. Mais il me semble que cette prise en charge avec plusieurs intervenants même au niveau des médecins, je trouve qu'ils sont mieux pris en charge. On a des dossiers qui sont plus complets. On avance quoi, on fait des choses. Moi, il me semble*

que la prise en charge est bien meilleure que quand j'étais toute seule et c'est une évidence. »

Diet1 : « Et les patients ressentent [cette complémentarité professionnelle] et du coup, adhèrent et on a des prises en charge plus intéressantes [...]. [...] Après on l'améliore (notre pratique), ça c'est certain puisque je crois qu'il y a maintenant on en est à l'étape du dossier partagé... enfin, voilà. »

Podol1 : « C'est un plus, et c'est un plus que l'on apporte à nos patients. Et faut avoir une idée, c'est que la maison de santé, elle est pas faite pour nous... Elle est faite pour le patient. Et ça c'est ... Et moi, j'en entends tous les jours. Ils disent : « Ah, c'est bien depuis que vous êtes là ! » Bon, j'en ai qui venaient me voir et qui...Mais c'est bien, c'est....ils trouvent un certain ...un plus. Et ça ...c'est primordial quoi. C'est la meilleure récompense. »

3.4.2.10.6 Soins communs et conformes

Une professionnelle met en avant **l'apport des formations dans leur prise en charge des patients.**

MK2 : « On n'est pas forcément mieux que les autres cabinets, mais on est à jour dans nos formations. »

Deux professionnels déclarent mettre en place des **soins similaires et valides.**

MK2 : « [...] on essaie d'avoir une approche de la kiné assez semblable entre kinés [...] »

MK5 : « Je ne sais pas si ça tient au fait qu'on se soit structuré en maison de santé, probablement un petit peu puisque j'ai un regard sur la prise en charge, j'essaie de mettre en place des process un peu plus validés. Euh... mais c'est... Je pense que c'est surtout le fait d'avoir des étudiants depuis quelques temps, dans la structure qui me poussent à améliorer ma qualité de soins et du coup à être plus performants. Là je dois travailler mon discours, je ne peux pas faire n'importe quoi (rires). Je suis obligé de communiquer sur ce que je fais donc finalement ça m'oblige à être à niveau. »

3.4.2.10.7 Sentiments des patients

Plusieurs professionnels pensent que **leurs patients se sentent rassurés** au sein de la MSP du fait notamment de la présence des médecins généralistes.

MK4 : « *Après j'ai l'impression, quand je vois mes patients et quand ils me disent ce qu'ils ressentent c'est qu'ils sont rassurés du fait qu'il y ait les médecins à côté [...] »*

IDE3 : « *C'est plus pour le patient. C'est intéressant cette proximité... Voilà. Et puis je pense que c'est rassurant pour lui, de savoir... voilà... qu'il y a des... »*

Podo1 : « *Le patient est mis en confiance parce qu'il voit qu'il y a un rapport relationnel entre moi, le médecin [...] »*

Une professionnelle pense que ses **patients sont satisfaits**.

MK4 : « *[...] ils sont contents quand le médecin passe dans la salle de rééducation, de le voir : "Ah le docteur qui passe nous voir en séance", c'est génial. C'est génial pour eux de voir le médecin qui vient les voir, il voit ce qu'ils font. Donc il y a ça. J'ai l'impression qu'ils sont contents [...] »*

Cependant, elle nuance son propos **supposant qu'ils n'osent peut-être pas exprimer les choses négatives**.

MK4 : « *Après peut-être qu'ils n'osent pas dire les points négatifs... (rires). »*

3.4.2.10.8 Accès facilité aux soins

Deux professionnels déclarent que les patients ont un **accès simplifié aux autres intervenants et notamment à certains spécialistes**.

Diet1 : « *qu'on peut leur dire (aux patients) "Ben oui, mais écoutez, il y a ..." ... Moi ça m'arrive très souvent de recourir au besoin d'une psychologue pour des prises en charge alimentaires évidemment, comme vous le , comme vous le... sentez certainement... euh... donc là ben du coup le fait que dans la structure, il y en a une, que c'est quand même matérialisé quelque part, parce que la plaque est là, on sait que les permanences sont là, le téléphone est là... Donc, forcément, ils vont peut-être plus venir. »*

MG4 : « *Alors moi, je pense que ça a modifié mon approche, dans le sens où... euh... les gens ont un peu l'impression d'être pris en charge dans un réseau. Voilà. C'est- à dire qu'avant, quand on disait à un patient il va falloir voir la psychologue, c'était non. D'emblée, c'était « Non, c'est pas possible, vous vous rendez pas compte, il faut que j'aille*

courir à droite à gauche... ». Là, on lui dit « Non, mais si vous voulez voir la... celle qui est dans la maison de santé, il y en a une qui est de l'autre côté du mur. Et puis elle va me tenir au courant, et puis on va faire des réunions, on va parler de vous...tout ça... ». Et les gens, ils aiment bien. Euh, les gens à qui on devait faire faire une colonoscopie, il y a toujours la consultation pré-colo, qui dure 5mn, où il se passe pas grand-chose, mais enfin bon, voilà, il fallait la faire. Et souvent, les gens ils disent « Non, non, écoutez laissez tomber, c'est bon. On va pas aller faire 45 minutes ou 45kilomètres, pour entendre dire que on vous la fait. Maintenant que le gastro-entérologue vient, je crois qu'il n'y a plus personne dans la maison de santé qui est en retard sur ce coup. Voilà, pour citer deux exemples. »

Podol1 : « Alors que on va dire que lorsque le médecin généraliste dit “Bon, il faudrait que vous alliez voir votre podologue”, mais que le podologue il est à 10km, et bien souvent ça a un frein, notamment pour les personnes âgées : “Ah oui, il faut que j'aille à un autre endroit”. Alors que là, c'est à côté, c'est au même endroit, ça rassure le patient parce que, ben, c'est dans le même bâtiment. Y a ça. Aussi une question d'urgence. »

3.4.2.10.9 Implication professionnelle

Une professionnelle déclare que **l'investissement des professionnels est important et que tous souhaitent agir pour améliorer les soins des patients.**

Ortho1 : « Puis j'ai des personnes qui sont très investies et très réceptives par rapport à leur travail. [...] Là, il y a une réelle implication. Là c'est vraiment de voir ce qu'on peut apporter de mieux pour le patient. »

3.4.2.10.10 Accueil et locaux

Pour l'un des professionnels, **les nouveaux locaux sont d'un réel apport pour les patients.**

IDE1 : « Je pense qu'on a obligatoirement amélioré des choses dans notre pratique par rapport à avant. Alors déjà par rapport aux locaux parce que déjà c'est plus adapté. Par rapport surtout aux soins en cabinet parce qu'on a des cabinets avec une grande salle d'attente, avant on avait une salle d'attente, il y avait trois places. [...] C'est sûr que c'est plus adapté, les gens viennent plus facilement et c'est plus agréable. »

3.4.2.10.11 Offre de soins

Un professionnel exprime sa **satisfaction de pouvoir offrir ce type de soins à ses patients.**

MG4 : « [...] ben, la patientèle, je crois qu'on leur offre de vrais soins de premier recours. Donc ça, je suis content. »

3.4.2.11 Gestion administrative

3.4.2.11.1 Absence d'implication administrative

Plusieurs professionnels déclarent **ne pas être investis dans la gestion administrative de la MSP.**

IDE1 : « Alors, moi je ne suis pas trop impliqué dedans. [...] Euh... Moi je suis vice-président, je fais peu de choses, quasiment rien au niveau administratif. »

Diet1 : « Je n'ai aucun rôle là-dedans... parce que je ne l'ai pas voulu. »

IDE3 : « Je n'ai pas de rôle là dedans. Justement, non. C'est pour ça que je peux pas trop vous répondre. »

Ceci pour plusieurs raisons. L'un des professionnels le justifie **par son statut d'assistant.**

MK1 : « – Comment se déroule la gestion administrative de la maison de santé ?

– Est-ce que moi je suis au courant de ce qui se passe par rapport à ça ?

– Oui.

– Non, pas spécialement. Vu qu'on n'est pas titulaires on va dire, on ne participe pas aux réunions de la maison de santé. [...] »

Une autre professionnelle déclare qu'elle n'a pas souhaité s'y impliquer **par manque de temps.**

Diet1 : « Après j'ai déjà pas mal à faire de par ici (elle aide son mari dans la gestion de son magasin d'ameublement), je peux pas, j'ai pas de temps. Mais sinon, c'est pourquoi pas, intéressant, mais là moi je ne peux pas. »

Une professionnelle explique son détachement **par un exercice plus fréquent hors de la MSP.**

Psycho1 : « Après comme je suis plus sur la maison de retraite, je suis moins impliquée. »

Une professionnelle avoue **n’y rien connaître**.

Ortho1 : « *Je vous avoue que moi et l’administratif.* »

Plusieurs professionnels justifient leur absence d’implication administrative **car d’autres personnes le font pour eux** : soit des collègues, soit les secrétaires.

IDE2 : « *Rien du tout (rires). Rien du tout parce que c’est pas nous [...]* »

MK2 : « *Alors l’administratif, moi je ne suis pas trop dedans, c’est plutôt MK5 qui gère, qui est impliqué dans la FAMPOS donc lui il vous en parlera mieux que moi.* »

MG3 : « *On a peu de tâches administratives dans le sens où on a un temps plein et demi de secrétariat donc les secrétaires font l’essentiel de l’administratif. Plus la comptable qui nous fait la comptabilité. Donc l’administratif il se limite, je pense qu’il est plus limité que dans d’autres structures.* »

3.4.2.11.2 Implication administrative

Certains professionnels déclarent cependant **participer à cette partie du travail**.

MK3 : « *On participe. Après comme c’est pas MON (intonation d’insistance) cabinet on va dire. Oui et puis on est demandeur, on participe à tous ces projets [...]* »

MK4 : « *Alors, je suis impliquée sur la comptabilité, sur... Ben tout ça oui...* »

MG2 : « *Alors, au départ moi j’ai fait... Au départ tout ce qui était administratif, c’est moi qui le faisait.* »

3.4.2.11.3 Implication importante des leaders

La gestion administrative **repose très souvent sur les leaders et instigateurs de la MSP**.

MK3 : « *[...] après c’est pas nous qui montons tout le truc. Il y a vraiment deux pièces maîtresses (MG1 et MK5).* »

Diet1 : « *Et puis bon, on a aussi Podo1 qui s’implique énormément dans le fonctionnement de la maison de santé, pour le bâtiment justement, pour le bâtiment numéro deux, hein voilà...* »

MG1 : « *Après voilà je suis plus investi que les autres parce que je suis là depuis plus longtemps et je connais les rouages puisque moi je l’ai créée au fur et à mesure mais... Oui la gestion du personnel, la gestion matérielle...* »

MK4 : « *C’est surtout MG1 et MK5 qui s’occupent de toutes ces choses là (l’administratif).* »

IDE1 : « MG2 fait je pense le plus gros travail administratif. »

3.4.2.11.4 Travail administratif chronophage

Plusieurs professionnels estiment que cette gestion administrative **prend beaucoup de temps.**

MG4 : « Alors déjà c'est quelque chose qui prend du temps. Et c'est... énorme. »

MG2 : « Au niveau administratif c'est très lourd. [...] ça prend du temps parce qu'on n'est pas du tout formés pour ça. C'est sur le tas qu'on apprend. Non, ça prend du temps [...] »

MG1 : « C'est lourd... (rires). C'est lourd et c'est long... Pfff... »

IDE3 : « [...] je suis quand même extrêmement reconnaissante de ceux qui le font, parce que j'ai vu la quantité de travail que c'est. »

IDE1 : « Je pense que ça prend beaucoup de temps à MG2 qui est présidente, qui fait beaucoup de choses. »

3.4.2.11.5 Délégation progressive et répartition des tâches administratives

Progressivement, **les leaders délèguent leurs tâches administratives.**

MK5 : « C'est vrai qu'initialement je dirais qu'on était un noyau dur en fait qui ont créé par cette structure. On chapeautait un peu tout ce qui était administratif, enfin fonctionnement pur de la structure et là petit à petit on commence à apprendre à déléguer un peu aux autres, ce qui n'est pas forcément chose aisée quoi... »

MK3 : « [MG1 et MK5] en font beaucoup de partout d'ailleurs, ils courent partout, ils ont plein d'idées, ils essaient, ils ont encore un peu de mal peut-être à déléguer mais petit à petit ils vont être obligés parce qu'ils vont être surchargés [...] »

Une professionnelle déclare **déléguer beaucoup de ces tâches à la secrétaire.**

MG2 : « Donc là elle (la secrétaire) m'a déchargée de beaucoup. Je lui laisse plein de choses à faire. Là je délègue parce que c'est lourd. »

De plus en plus, **les tâches sont réparties auprès des différents professionnels.**

MK3 : « et puis après chacun fait un petit peu en fonction de ses capacités, il y en a qui vont être plus dans le relationnel, d'autres plus dans les dossiers... »

MG1 : « *Après j'apprends à déléguer un peu plus, maintenant que l'équipe est plus ou moins stabilisée. J'apprends à déléguer aussi un petit peu et à ce qu'on partage un petit plus les choses.* »

MK4 : « *D'ailleurs on a fait un point récemment et on tourne, on tourne chacun notre tour pour la compta, pour pointer, pour voir s'il n'y a pas de soucis, pour les commandes. Après on essaie tous de faire. Ben voilà si il y a un devis à faire pour quelque chose, chacun va se répartir un peu les choses.* »

MK5 : « *Disons qu'on se répartit un peu les tâches entre les différents professionnels.* »

Podol : « *Donc c'est-à-dire que... ben on se répartit les tâches [...]* »

3.4.2.11.6 Modalités de la gestion administrative

3.4.2.11.6.1 Echanges de mails

Les professionnels échangent souvent par mails afin de se tenir au courant de l'évolution des projets de la MSP.

MK2 : « *[...] en fait, on a un groupe on se transmet tous les mails avec justement l'évolution de notre dossier.* »

Psycho1 : « *[...] on reçoit quand même beaucoup de mails. Qui me disent où ça en est, enfin ce qu'on fait, les projets...* »

3.4.2.11.6.2 Réunions MSP

Plusieurs professionnels des trois MSP déclarent **assister aux réunions permettant de faire le point sur le fonctionnement de la structure.**

MK2 : « *[...] et puis après y a les réunions maison de santé où on parle de l'évolution, on fait le topo, on parle aussi des problèmes de la maison de santé, qui gère quoi... voilà.* »

MK3 : « *[...] après des réunions communes à tout le monde où on essaie vraiment d'échanger sur les maisons de santé en général, que ça soit les projets, les travaux.* »

MK4 : « *On fait des réunions pour essayer de se répartir les tâches. [...]c'est important, ça fait partie du travail.* »

MK5 : « *Après on a des réunions de structure par ailleurs, trimestrielles, pour parler plus de la maison de santé mais c'est plus administratif.* »

IDE1 : « [...] on a des réunions régulières surtout, voilà on fait une fois par mois systématiquement une réunion pour parler [...] de ce qui peut poser problème au niveau administratif ou alors des dépenses qu'il y a à faire sur la maison de santé, ces choses là. »

Podol : « Après, il y a tout ce qui est réunions des maisons de santé. »

3.4.2.11.7 Taches administratives

3.4.2.11.7.1 Gestion pratique

Une professionnelle déclare s'occuper de la **gestion des assurances et des contacts avec le propriétaire des locaux.**

MG2 : « Il y a tout ce qui est pratique, l'assurance, la gestion de la coordination entre les professionnels, le rapport avec la communauté de communes [...] »

Un professionnel est particulièrement investi dans la **logistique et les petites réparations.**

Podol : « Et puis après il y a toutes les petites choses...moi je participe tout ce qui est bricolage dans la maison de santé. »

3.4.2.11.7.2 Télé information

L'un des professionnels de la MSP3 s'occupe de la **mise en place de la télé information.**

Podol : « [...] moi je suis, ben actuellement je m'occupe beaucoup de la télé information. Je mets en place les différents... je créé et je mets en place les différentes informations qu'on veut faire passer. »

3.4.2.11.7.3 Refaire le projet de santé

Un professionnel de santé explique qu'ils ont récemment travaillé sur la **réaction du nouveau projet de santé.**

Podol : « Après, il y a toutes les tâches, ben on a créé avec une infirmière et MG4, on a refait le projet de santé, ce qui est un gros morceau. »

3.4.2.12 Conséquences inattendues et problèmes

3.4.2.12.1 Absence de conséquences inattendues

Plusieurs professionnels ne rapportent **aucune mauvaise surprise depuis leur installation au sein de la MSP.**

IDE1 : « *Dans l'absolu, on ne peut pas dire qu'on a eu d'énormes surprises, du tout. »*

Diet1 : « *Alors, négativement, aucune [surprise]. »*

Un professionnel justifie cette situation **par le fait d'avoir anticipé les éventuels problèmes.**

IDE1 : « *Nous on avait pas mal anticipé. Parce que nous on était on va dire aux prémices du projet, on avait mis des... Moi j'avais imposé des choses, j'avais demandé à ce que... j'avais donné des limites par rapport au loyer. »*

3.4.2.12.2 Conséquences inattendues positives

Trois professionnelles estiment avoir eu de **bonnes surprises.**

Diet1 : « *Positivement, de très belles rencontres professionnelles. »*

MG2 : « *Nous on est plutôt dans le positif là. Non. Pas de problèmes particuliers. [...] »*

Ortho1 : « *[...] mais je me dis que non, il n'y a aucune mauvaise surprise, que de bonnes surprises. »*

3.4.2.12.3 Administratif

Un professionnel s'est retrouvé à **gérer du personnel.**

MK2 : « *Après y a des petites choses à gérer, des licenciements, des problèmes avec des femmes de ménage qui peuvent exister, donc ça, ça peut être des contraintes... Chercher une remplaçante, gérer tout ce qui est remplacement des secrétaires, c'est du travail et qui coûte si on veut par exemple prendre une entreprise qui gère tout ça. C'est pareil, moins de contraintes mais il faut payer... »*

Un autre professionnel a été surpris par la **charge administrative due à l'intégration de plusieurs professionnels au sein de la structure.**

MG1 : « *On s'aperçoit quand même que plus on est nombreux, certes plus il faut faire de l'administratif. Même proportionnellement par praticiens, il en faut plus en fait. On*

s'aperçoit qu'on a vraiment besoin de monde à ce niveau là et c'est quelque chose qu'au début je n'avais pas conscience, en tout cas pas à ce point là. On se lance dans des trucs un peu fous quand même parce qu'on découvre des choses au fur et à mesure. Quand on est dedans, ben on s'y fait mais tout le côté juridique, tout le côté administratif je ne l'imaginai pas à ce point là.»

Une autre professionnelle déclare elle aussi avoir été **confrontée à la charge administrative mais cette fois due aux dossiers demandés par l'ARS.**

MG3 : « *Pour avoir ce que nous promet l'ARS (rires), c'est compliqué. [...] parce qu'on a plein d'idées mais après pour le mettre en place faut s'accrocher [...] »*

3.4.2.12.4 Comptabilité

Un professionnel estime que la **gestion de la comptabilité au sein de la structure est très difficile et qu'il ne l'avait pas anticipé.**

MG1 : « *Tout le côté comptabilité c'est compliqué quoi. Tout ça c'est des chose qu'on ne connaît pas du tout donc je savais que j'allais y être confronté mais je ne savais pas comment et ça on le découvre. »*

3.4.2.12.5 Finances

3.4.2.12.5.1 Charges

Un professionnel a été **surpris par l'augmentation de ses charges.**

MG1 : « *On augmente les possibilités pour le patient donc on augmente certains postes. »*

Il explique ensuite que **certaines charges n'avaient pas été anticipées.**

MG1 : « *Et puis après, là où on se fait un peu surprendre c'est sur [...] les obligations éventuellement de normes. On n'imagine pas forcément que c'est bien d'avoir un chauffage et une clim mais qu'au final, légalement et au niveau des normes il faut les faire réviser tous les ans. Et quand la facture arrive tous les ans et bien ça fait... (il n'a pas terminé sa phrase). Et c'est des gros postes. Le poste « entretien » et « frais de fonctionnement un peu inattendus » par rapport à une maison (personnelle) je vais dire. Une maison on ne va pas forcément faire réviser tous les climatiseurs tous les ans. Là concrètement au niveau des règles d'assurance etc... si on ne le fait pas, on va se retrouver coincé. »*

3.4.2.12.5.2 Loyer

Un autre professionnel déclare avoir eu une **augmentation de loyer** alors que le loyer avait été auparavant fixé.

IDE1 : « – *Nous financièrement... On a eu des petites surprises comme tous, il y a toujours des frais en plus, il faut augmenter les choses, mais c'est pas quelque chose d'énorme quoi je dirais, c'est pas quelque chose qui nous a posé problème.*

– Ces petits frais c'est quoi exactement ?

– *C'est par rapport au loyer ainsi de suite. On avait fixé un loyer qui a été... qui nous a été accordé... mais ça augmente vite [...] »*

3.4.2.12.5.3 Apport financier personnel

Un professionnel déclare **ne pas avoir mesuré tout l'apport financier nécessaire à la création de la MSP1.**

MK5 : « *Sur le plan financier, finalement on avait pas mesuré, enfin en tout cas pour ma part, je n'avais pas forcément mesuré tout l'apport financier personnel qu'il allait falloir mettre sur la table pour aménager la structure.* »

3.4.2.12.6 Plan légal et juridique

Un professionnel de la MSP1 déclare avoir été confronté à **certaines obligations légales dont il n'avait pas connaissance.**

MG1 : « *Donc on a découvert par ailleurs qu'il fallait faire passer les sociétés qui certifiaient qu'on était aux normes pour l'électricité avant d'ouvrir, qu'on est aux normes encore pour le handicap, il fallait les faire venir. Tout ça on ne l'a pas délégué dans le sens où comme c'est nous qui l'avons fait on a été obligés, on y a été confrontés. On n'y avait pas pensé mais on est tombés dessus (rires).* »

3.4.2.12.7 Difficultés à trouver des remplaçants et associés

Une professionnelle affirme avoir beaucoup de **difficultés à trouver des remplaçants et un collègue.**

MK6 : « *Après, la surprise c'est peut-être par rapport à la zone géographique où on a des difficultés pour trouver des remplaçants ou même... Moi je suis restée un moment seule, je n'avais pas de collègue alors que j'étais surchargée de travail.* »

3.4.2.13 Ressentiment général

De manière générale, les professionnels exprimaient une **satisfaction globale de leur exercice au sein de la MSP.**

MK1 : « *tout va plutôt bien.* »

MG2 : « *Après... Non voilà. On est plutôt satisfaits du fonctionnement.* »

IDE3 : « *[...] enfin...non...c'est très positif quand même.* »

IDE1 : « *Pour moi le fonctionnement me convient.* »

Diet1 : « *Ça me convient, mais parfaitement.* »

Podol : « *Après, moi je sais que... c'est l'exercice pour moi euh... que j'ai rêvé. Voilà. C'est... pour moi c'est le... mieux. Mieux, je sais pas s'il y a. Pour l'instant, ça me satisfait énormément.* »

Psycho1 : « *[...] là je verse mon loyer et j'ai la possibilité d'exercer librement comme je le souhaite.* »

MG4 : « *Euh...le ressenti de l'équipe où je crois que ça aussi, c'est pour moi c'est un épanouissement parce que je vois quant même grosso modo que tout le monde est content.* »

3.4.3 Perspectives

3.4.3.1 Différentes évolutions selon les MSP

Comme le souligne une professionnelle exerçant à la fois au sein de la MSP3 et d'une autre MSP (non étudiée dans ce travail), **les évolutions sont très variables selon les MSP.**

Diet1 : « *Quand je... C'est vraiment variable en fonction des maisons de santé. Je vois, il y en a deux qui ont des fonctionnements différents, des visions différentes, des équipes différentes... et forcément qui n'évolueront pas dans la même direction. Ça, voilà.* »

3.4.3.2 Les nouveaux modes de rémunération (NMR)

3.4.3.2.1 Les démarches d'obtention des NMR

Plusieurs professionnels abordent la **mise en place des démarches d'obtention des NMR.**

MK5 : « *[...] on devrait bénéficier des NMR.* »

Une professionnelle pointe les **difficultés de réalisation des dossiers** de demandes de NMR.

MK3 : « *Ca c'est compliqué par contre pour avoir des sous. Les financements c'est très compliqué. Ils nous promettent beaucoup de choses et après concrètement pour monter les dossiers c'est très long, très compliqué.* »

3.4.3.2.2 Faciliter le fonctionnement de la MSP

Ces NMR devraient permettre de **faciliter le fonctionnement de la MSP.**

MK2 : « *[...] là on est pas mal en train de négocier des fonds justement pour aider au fonctionnement de la maison de santé.* »

MG4 : « *Et avec le règlement arbitral, on peut espérer que ces financements-là vont permettre de venir euh... édulcorer ou améliorer des choses qu'on n'aurait pas faites avant. Avec le règlement arbitral on va pouvoir investir un petit peu comme on veut, dans ce qu'on veut dans le cabinet.* »

Un professionnel aborde notamment la possibilité de **faciliter l'organisation des réunions de coordination.**

MK1 : « – *Parce qu'on est pas tous là en même temps [pour les réunions de coordination] donc c'est compliqué. [...] C'est pour ça qu'ils essaient d'avoir des subventions dans un cadre, je ne sais plus comment ça s'appelle...*

– Les nouveaux modes de rémunération ?

– *Voilà, d'avoir des subventions de l'état pour pouvoir soit se caler des réunions hors [du temps de soin] qui peuvent être partiellement rémunérées. »*

Pour un autre professionnel, les NMR devraient **permettre de majorer le temps de secrétariat.**

MG1 : « *D'où aussi la démarche des NMR et du passage en SISA donc nous c'est clairement indispensable actuellement. On a budgétisé un demi temps supplémentaire, c'est à dire que celle (la secrétaire) qui est là l'après-midi passerait aussi sur le matin pour faire quasiment un et demi temps-plein et je pense qu'il nous faudra au moins deux temps-pleins. »*

Selon deux autres professionnels, **l'utilisation des NMR sera multiple et global et devrait permettre d'améliorer la qualité des soins.**

MK5 : « *Alors je pense qu'en fait... A priori on est dans le cadre des NMR donc on devrait en bénéficier. Ils devraient nous financer sous 3 mois. Toujours est-il que je pense que ça va être un volet intéressant pour améliorer un peu la coordination, structurer un petit plus les choses, peut-être les informatiser davantage, je pense peut-être améliorer aussi notre qualité de soin, sur des choses relativement ciblées mais du coup je pense que ça va améliorer notre qualité de soins. »*

MG4 : « *On va investir dans une table dans la salle d'urgence, une table plus confortable, plus sophistiquée. On va améliorer le bureau polyvalent des spécialistes. On va améliorer, on va ré-élever notre niveau informatique dans le réseau. Voilà, on va faire des choses, donc... »*

3.4.3.3 Intégrer des professionnels

3.4.3.3.1 Changer de statut d'assistant

Pour l'une des professionnelles, le projet serait de **devenir associée et être pleinement intégrée au fonctionnement de la MSP.**

MK3 : « *Voilà le projet ça serait peut-être de me rajouter à cette maison de santé, comme l'a fait le collègue en janvier, y a pas longtemps. L'objectif de cette maison de santé c'est qu'il n'y ait que des professionnels associés, qu'il n'y ait pas d'assistants et que tout le monde soit moteur du truc.* »

3.4.3.3.2 Renforcer l'effectif par rapport à la demande

Selon plusieurs professionnels, il serait **bénéfique d'avoir certaines professions mieux représentées afin de mieux répondre à la demande en soins.**

MG3 : « *Après peut-être qu'on est un petit peu en sous effectif parce qu'on a un peu plus de demande parce que les gens voient que c'est une truc qui marche. Par exemple, il nous faudrait un kiné de plus, il nous faudrait une orthophoniste de plus, nous au niveau médical il est possible que dans quelques temps il nous faille un quatrième médecin mais bon.* »

MK6 : « *Ça serait bien qu'on puisse avoir un troisième kiné surtout.* »

IDE3 : « *Donc elle (la quatrième IDE), elle continue les remplacements et je pense qu'on va repenser notre agenda pour l'intégrer.* »

3.4.3.3.3 Intégrer des professions non encore représentées au sein de la MSP

Pour deux professionnels, il serait intéressant de **faire venir de nouveaux professionnels afin d'enrichir et diversifier l'offre de soins.**

MG3 : « *et c'est recruter d'autres professionnels de santé qui pourraient être intéressants et ici en milieu rural on a des difficultés à avoir des professionnels de santé et c'est vrai que les orthophonistes on a beaucoup de mal, on a pas d'ergothérapeute par exemple, sage-femme c'est compliqué. Voilà, parce que du fait qu'on soit en milieu rural mais le fait que ça soit une maison de santé c'est plus attractif pour ces professionnels de santé par exemple.* »

MG2 : « – Vous voyez d'autres perspectives ?

– *Ah ben déjà d'autres professionnels, parce que c'est vrai... »*

3.4.3.4 Améliorer la coordination

3.4.3.4.1 Améliorer la coordination interne

3.4.3.4.1.1 Améliorer l'implication de tous

Pour trois professionnels, cela passe **par une meilleure implication de tous les professionnels.**

MG3 : « *Les choses à améliorer : coordination avec certains professionnels, on a peut-être un podologue qu'on ne voit pas trop, qui est un peu en dehors un petit peu de la maison de santé.* »

MG4 : « *Alors... on peut mieux faire (concernant la coordination). C'est mieux, mais on peut mieux faire. Voilà. C'est-à dire qu'il faut que tout le monde monte dans le navire, il faut que tout le monde apprenne à regarder ses mails tous les jours, il faut que tout le monde prenne l'habitude de répondre quand on pose une question.* »

MK3 : « *Bien sûr, il y aura des leaders (d'ailleurs ils y sont déjà) mais que les autres suivent et que tout le monde participe [...]* »

3.4.3.4.1.2 Instaurer des réunions de coordination ou les améliorer

Au sein de la MSP2, une professionnelle estime qu'il faut **mieux structurer les réunions de coordination.**

MG2 : « *Essayer d'avoir une régularité dans les réunions de coordination. Là pour le moment, elles sont à peu... ça part un peu dans tous les sens. C'est pas assez cadré, on va essayer de remettre mais bon... Ca se passait comme ça au départ sur les réunions générales, il va falloir essayer de remettre de l'ordre mais tout doucement.* »

Deux professionnels de la MSP3 (au sein de laquelle, les réunions de coordination ne sont pas encore mises en place) évoquent **l'instauration de réunions de coordination.**

Podo1 : « *Et là, ben il va y avoir des réunions de cas qui vont être faites de façon mensuelle ou... autour de cas chroniques, parce que ça rentre dans le règlement arbitral, donc c'est une des obligations. Donc ça, ça va être mis en place.* »

MG4 : « *Dans le cadre du nouveau règlement arbitral, on va être obligés de faire des réunions de concertation autour des cas complexes. Ca c'est sûr.* »

3.4.3.4.1.3 Développer les protocoles

La **mise en place des protocoles** est également un point à développer que deux professionnels évoquent.

MG1 : « *On a encore beaucoup à faire en coordination, même entre nous sur certains protocoles, sur certaines prises en charge où on peut formaliser un peu plus les choses.* »

MG2 : « *Les protocoles qu'on essaie... On n'en a fait qu'un.* »

3.4.3.4.1.4 Instaurer une permanence infirmière

Un professionnel aborde également **l'instauration d'une permanence de soins infirmiers** au sein de la MSP.

MG1 : « *Nous au niveau de la structure on a encore du boulot sur la coordination avec les infirmières, les infirmières font depuis très peu une permanence de soin le matin d'1h30, qu'elles ne faisaient pas jusqu'à maintenant. C'est quelque chose sur lequel on a travaillé avec elles depuis 2-3 ans. On les a amenées petit à petit. Donc là on fait des tests, on fait des essais, pour trouver le bon horaire, pour trouver le créneau dans leur tournée pour que ça corresponde un peu, que nous on puisse aussi leur déléguer un peu plus de choses sur cette partie là.* »

3.4.3.4.1.5 Créer un dossier commun

D'autres professionnels évoquent aussi la création d'un **dossier commun**.

IDE2 : « *Après, on a un projet de faire un dossier commun et tout, voilà par exemple nous par rapport aux pansements, on a quand même pas mal de pansements, de pansement d'ulcères, pas d'escarres on en a plus, mais d'ulcères essentiellement euh... voilà, un dossier...* »

IDE3 : « *Euh... Donc...bon, je pense que cette... ce... comment dire ? Ce dossier... euh... ce dossier commun, peut-être que ça c'est intéressant. Alors après, c'est vrai que je ne sais pas comment ça va être mis en place... Il faut que ce soit facile et accessible, du coup...* »

3.4.3.4.2 Etendre la coordination aux structures extérieures

Deux professionnels évoquent leur **envie de travailler avec des professionnels extérieurs à la MSP.**

MK3 : « [...] *c'est sûr qu'après, pour vraiment pousser plus loin, dans les grosses structures, on voit qu'ils sont en lien avec les hôpitaux, les médecins... C'est plus développé, que ce soit même avec d'autres professionnels en dehors vraiment de la structure.* »

MG1 : « *Je m'aperçois que cette façon là de travailler au sein de la structure j'allais dire, fait un peu des petits dans le sens où du coup on est aussi en demande d'interactions avec les autres professionnels qui ne font pas partie de la maison de santé. Et on s'aperçoit qu'ils sont en demande aussi et du coup on commence à mettre en place des réunions de coordination avec les autres cabinets infirmiers, avec les pharmacies on a un petit peu plus de dialogue.* »

Une professionnelle évoque notamment la création d'un **dossier à domicile en cas de passage aux urgences.**

MG2 : « *Là on est en train d'essayer de mettre en place des dossiers chez les gens à domicile qu'ils pourraient amener en cas... quand ils vont aux urgences, pour la coordination entre ville et hôpital. [...]* Le dossier on est en train de le faire. »

3.4.3.5 Extension des locaux

Au sein de la MSP2, plusieurs professionnels évoquant **l'extension des locaux.**

MG2 : « *Et là il y a une zone blanche qui va ouvrir parce qu'il n'y a plus assez de place.* »

MG3 : « *Après globalement les choses qui nous manqueraient euh... C'est plus l'extension [...]* »

MK6 : « *Voilà, là ils vont quand même faire des travaux donc ça se développe, c'est un plus. [...]. Alors ils vont agrandir les locaux, c'est pour ça qu'on peut se permettre d'être à trois. Il y a la demande donc le projet est lancé.* »

Ortho1 : « *par exemple là, on envisage d'agrandir la maison médicale donc voilà.* »

3.4.3.6 Réduire les charges

Un seul professionnel exprime la nécessité de **diminuer les charges**.

MK2 : « *Le point justement aujourd'hui c'était de diminuer nos charges qui étaient assez élevées justement on ne s'y retrouvait pas alors on a fait un peu le bilan de tout ce que nous coûtait le cabinet et voir sur quels points on pouvait négocier un petit peu les charges à la baisse.* »

3.4.3.7 Encourager le développement de la prévention

Plusieurs professionnels estiment que l'activité de soins doit **s'orienter vers la prévention**.

MK3 : « *[...] essayer d'aller vers la prévention. [...] Donc tout ça, ça évolue, donc petit à petit on va arriver à se diriger vers la prévention et les gens vont arrêter de venir trop tard, d'anticiper un peu les problèmes et d'être plus actifs dans leur prise en charge, dans leur traitements.* »

Selon un professionnel de santé, les MSP vont notamment permettre de **développer l'éducation thérapeutique**.

MK5 : « *Alors, on va essayer de faire un petit peu de prévention primaire dans le cadre des NMR avec des thématiques que sont l'ETP (l'éducation thérapeutique) et la vaccination.* »

MK3 : « *[...] avec l'éducation thérapeutique ça va ouvrir un petit peu. Mais c'est des projets comme ça qu'il faut essayer de monter [...]* »

MG1 : « *On est deux à être formés à l'ETP depuis très peu parce qu'il y a un projet d'ETP sur les quatre maisons de santé du coin donc ça c'est encore dynamisant. Voilà.* »

MK4 : « *On a fait une formation d'éducateur thérapeutique pour arriver un petit peu à faire bouger les choses donc je pense qu'on est bien entourés.* »

MG3 : « *Euh... Après ce qui a été mis en place et c'est vrai qu'au départ on n'y avait pas trop pensé, c'est les groupes d'éducation thérapeutique et ça c'est arrivé secondairement. Il y a déjà eu une réunion ça c'est une évolution qui n'était pas prévue au départ et qu'on est en train de développer.* »

IDE2 : « *Après moi je pense aussi à ma "reconversion", c'est à dire que je ne ferai peut-être pas du libéral jusqu'à ma retraite et que je voulais faire infirmière thérapeutique pour après enchaîner, faire le relais entre un certain âge jusqu'à la retraite quoi. Et peut-être qu'ici ça me permet en étant dans une maison de santé de faire ça. Chose que je n'aurais pas pu faire si j'étais toute seule.* »

3.4.3.8 Simplifier la gestion administrative

Pour une professionnelle, la **gestion administrative de la MSP doit être simplifiée**.

MK3 : « *Mais je pense que déjà d'ici dix ans ça ira mieux, ça ira mieux les maisons de santé parce que ça sera plus développé, plus carré. Même pour l'ARS, l'Urssaf, la sécu, tout ça, ça ira tellement mieux. Je pense... (rires). [...] Pour améliorer, je pense que c'est ça, il faudra diminuer la lourdeur des tâches administratives.* »

3.4.3.9 Majorer le rôle des secrétaires

Un professionnel estime qu'il faut **augmenter le temps de secrétariat**.

MG1 : « *[...] on a clairement besoin d'augmenter au niveau du temps [notre secrétariat]* »

Notamment parce que leurs rôles sont de plus en plus étendus et qu'elles **tendent à occuper le poste de coordinatrice**.

MK3 : « *On a essayé aussi, puisqu'on a participé aux journées des maisons de santé à la Rochelle, pour justement essayer de mettre en place un poste de coordinateur en proposant ces heures à une des secrétaires [...]* »

MK4 : « *On travaille sur le poste de coordinatrice (rires).* »

Un autre professionnel aborde la **nécessité de modifier l'architecture du secrétariat** afin de répondre au mieux aux nouveaux rôles de secrétaires.

Podo1 : « *[...] il y a des projets, notamment côté des médecins au niveau de leur secrétariat. Ils vont modifier le secrétariat pour que la secrétaire soit... plus efficace, je dirais. Où le... au niveau, on va dire, structural ce soit beaucoup plus adapté à notre fonctionnement actuel. Donc ça c'est un...* »

3.4.3.10 Systèmes d'information partagés

Deux professionnels de santé déclarent qu'il sera nécessaire de **faire évoluer leur système d'information** afin de rendre un dossier partagé conforme aux démarches de NMR

MG1 : « *On a de toute façon aussi probablement une évolution du logiciel à faire, on a... Même si on est déjà sur un outil système partagé, le fait de postuler aux NMR fait qu'on est obligés de rentrer dans certaines cases et ce logiciel là ne rentre pas dans les cases donc on*

va être obligé de le changer. Mais clairement c'est une dépense qui va pour nous être multipliée par dix. »

IDE2 : *« Donc le partage du dossier patient, voilà. Mais tout ça on a vu, il y a différents logiciels, ils sont tous biens si vous les écoutez tous mais voilà, on en est encore là, on n'a pas franchi le pas. Après c'est le coût aussi, si on a des subventions on fera, si on n'a pas de subventions on ne fera pas. Voilà quoi. »*

L'une des professionnels souhaiterait également **pouvoir informatiser le dossier de suivi des pansements.**

IDE2 : *« mais ça [le dossier de suivi des pansements] après, j'espère qu'un jour ce sera directement informatisé. »*

3.4.3.11 Accueil de stagiaires et formations

Pour l'un des professionnels, **l'accueil de stagiaires** est à développer.

MG1 : *« Je suis tout seul à être maître de stage donc j'ai aussi comme objectif de pousser mes deux collègues petit à petit à y arriver. Il y a toujours des choses à améliorer. »*

Selon l'une des professionnelles, la **participation à certaines formations** sera à programmer.

IDE2 : *« Il y a les formations, ça se fera. Après voilà, c'est... Là on en est encore au stade où tout n'est pas mis en place quoi. »*

3.4.3.12 Télé médecine

Au sein de la MSP3, une professionnelle aborde la **télé médecine** comme perspective d'évolution.

Diet1 : *« [...] il y a aussi tout le projet de la télé médecine qui est énorme. Donc après je crois qu'il faut aussi y aller vraiment par étapes quoi. »*

Un autre professionnel développe également la **télé information** (affichage sur écrans d'informations diverses dans les différentes salles d'attentes).

Podol : « Ensuite, qu'est-ce qu'il y a... en projets, on va dire, imminents et... Ben la télé information (des écrans d'information sont installés dans les salles d'attente), c'est tout nouveau, donc, on essaye... »

3.4.3.13 Craintes et interrogations

Certains professionnels expriment leurs interrogations quant à l'avenir de ces structures.

L'un des professionnels se demande si les MSP ne conduisent pas à des **dépenses majorées du fait de possibles enjeux économiques.**

MG1 : « Donc il y a des fois où on se demande... Le fait de construire ces structures conduit à des dépenses qui sont parfois probablement surévaluées mais aussi parce qu'il y a des intérêts financiers derrière qui sont très importants. »

Une autre professionnelle s'interroge sur les **procédures d'un éventuel départ de la MSP.**

IDE3 : « Mais ces questions de... que je me pose pas actuellement, ça reste quand même des interrogations. Il faut... Pour le moment, je ne me suis pas concentrée dessus mais peut-être que, quand je serai confrontée, je verrai des... Parce que finalement, ça s'est monté tellement vite qu'on n'a peut-être pas pris en compte tous les aspects. Je pense qu'on va... Quand ça va bien, on se pose pas les questions, mais voilà. »

Trois professionnels s'interrogent sur la **pérennité de ces structures et leur évolution.**

Podol : « Après... c'est l'avenir. Si ça se trouve, dans 10 ans, il n'y aura plus de maison de santé... Je sais pas... (rires). Ou alors, celles qui sont, elles sont là, elles continueront. Mais il n'y en aura plus d'autres ailleurs. Parce que ben je... Pour d'autres raisons. Je sais pas.

IDE3 : « [...] je sais pas trop après quels sont les... Comment ça va évoluer... Oui. Et c'est... et c'est... »

MK3 : « [...] au début c'est tout beau et puis ça peut vite s'essouffler... Donc là c'est vrai que c'est récent donc pour le moment ça continue de grossir et c'est vrai que c'est intéressant. Mais voilà il faut toujours faire attention. Ça serait dommage. »

Un professionnel se questionne sur le **devenir de l'exercice libéral** au sein des MSP, de plus en plus subventionnées par l'état.

Podol : « *Après, voilà. Est-ce que il y a des libéraux qui sont tellement libéraux qu'ils ne veulent pas partager. Et... Qui veulent garder leur liberté... Parce que là, c'est vrai qu'on touche de l'argent de l'ARS. Donc, vu qu'on a de l'argent, on doit rendre des comptes. Et il y a des libéraux qui ne veulent pas rendre de comptes... »*

3.5 Synthèse des résultats

Les attentes des professionnels de santé exerçant en MSP ne sont pas toujours connues et précises en raison d'une part de hasard au moment de leur intégration au sein de la structure. D'autre part, beaucoup d'attentes sont venues par la suite et continuent à émerger. Cependant, de nombreux professionnels interrogés ont été attirés par les conditions de travail réunissant un rythme de travail plaisant et un exercice coordonné avec une bonne entente permettant des soins de qualité dans des locaux agréables.

Le recueil des réalités de fonctionnement au sein de la structure démontre que la plupart des attentes ont été comblées. En effet, les professionnels rapportent, de manière générale, un exercice agréable. Les agendas sont organisés afin de privilégier une qualité de travail et se préserver du temps personnel. Sur le plan pratique, la MSP permet aux professionnels de gagner du temps, d'être moins stressés et de varier leur activité. Ils bénéficient également des services d'un secrétariat physique dont le rôle ne se limite plus à la simple prise de rendez-vous mais a également pour but de coordonner la structure libérant ainsi les professionnels de santé des tâches administratives. Les locaux sont également un avantage par leur état et leur gestion simplifiée par le statut de locataire. La coordination peut parfois être compliquée à mettre en place mais, progressivement, les professionnels de santé y trouvent des avantages et s'y investissent de plus en plus. Le travail en commun reste un avantage certain pour la qualité des soins dispensés. Sur le plan financier, les avis divergent mais la plupart estiment que même s'ils ont des revenus moins importants et/ou des charges plus importantes, ceci est compensé par leur qualité de travail agréable. Sur le plan administratif, les leaders sont souvent beaucoup impliqués même si la tendance est à la délégation et à la répartition des tâches.

L'évolution de l'exercice en MSP devrait passer par les NMR qui devraient permettre d'améliorer la coordination ainsi que la gestion administrative par les secrétaires. De nouveaux professionnels pourraient intégrer la MSP. L'éducation thérapeutique du patient devrait jouer un rôle de plus en plus important. Pour satisfaire ces nouveaux modes de pratique, les systèmes d'information devront également évoluer. Enfin, les MSP devraient renforcer leur rôle de structure formatrice et incubatrice de projets avant-gardistes tels que la télémédecine. Cependant, ces évolutions favorables n'occultent pas certaines craintes sur la pérennité de ces structures dont le fonctionnement pourrait être de plus en plus lié à des subventions. D'autre part, les MSP ont également leurs détracteurs par l'image qu'elles véhiculent du devenir de l'exercice libéral.

4 Discussion

4.1 Forces de l'étude

4.1.1 Choix d'une étude qualitative

« Les comportements des acteurs du système de soins ne suivent pas toujours la logique scientifique » [35]. « La recherche qualitative permet d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux, émergents » [35]. Cette étude a pour objet de développer une théorie selon laquelle l'exercice en MSP répond aux attentes des professionnels de santé [35]. L'objectif n'est pas de quantifier de manière statistique leurs attentes et leur vécu au sein de la MSP mais de les recueillir afin de savoir si ils correspondent. La méthode qualitative semble être la plus adaptée pour répondre à cet objectif. Elle répond également aux critères de faisabilité. Une étude quantitative se serait heurtée à certaines réticences à répondre et imprécisions, notamment sur les questions financières. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer [35].

4.1.2 Choix de l'entretien individuel semi-dirigé

Contrairement au recueil des données par focus group, le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permet de recueillir les opinions de chaque professionnel. Ce type de recueil permet de s'affranchir de l'influence du groupe et notamment de l'effet leader, en particulier au sein de la MSP où les leaders ont un rôle prépondérant.

4.1.3 Choix de la trame du questionnaire

Une première question « brise-glace » a été insérée en début d'entretien afin de mettre l'interviewé en confiance. Les questions sensibles abordant notamment les points financiers et les éventuels problèmes sont évoqués en fin d'interview [37]. D'autre part, la formulation des questions portait autant que possible sur des tâches concrètes et non sur des questions de ressenti [37].

4.1.4 Choix de l'échantillonnage

4.1.4.1 Choix de trois MSP différentes

Le fait d'avoir mené l'étude sur trois MSP a été un atout permettant de diversifier les points de vue et de s'affranchir des limites liées à l'étude d'un seul lieu. Ceci permet d'augmenter la puissance des résultats obtenus en s'affranchissant d'un biais d'ordre géographique.

4.1.4.2 Choix des professionnels de santé

L'étude ne s'est pas limitée aux médecins généralistes mais à tous les professionnels de santé inclus dans les MSP. Cela permet d'avoir une vision globale du fonctionnement de la structure. D'autre part, le principe de l'exercice en MSP étant la présence de plusieurs professionnels, cela aurait été réducteur de se limiter à une seule catégorie de professionnels tellement les interactions entre eux sont importantes.

4.1.4.3 Taille de l'échantillon

L'étude s'est arrêtée lors de la saturation des données au bout de quatorze entretiens, confirmée sur trois entretiens supplémentaires. « En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. La détermination de la taille de l'échantillon n'utilise pas de règle de calcul » [38]. « Alors que l'analyse s'effectue au fur et à mesure du recueil de données, il arrive un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle de "saturation des données". Il est préférable de confirmer cette saturation par deux ou trois entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recueil » [38].

4.1.4.4 Stratégie d'échantillonnage

Dans une étude qualitative, la représentativité statistique n'est pas recherchée, mais le recueil de la diversité des opinions et comportements exige un échantillonnage raisonné [35, 38]. L'échantillonnage se doit d'être homogène. « Il permet de se focaliser sur une population particulière, réduite, pour utiliser les résultats à des fins de comparaison » [38]. L'étude a été menée sur les professionnels de santé exerçant au sein de trois MSP.

4.1.5 Limiter les biais internes

Durant les entretiens, une attitude bienveillante et empathique a été adoptée [38].

4.1.6 Retranscription mot pour mot

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot [38]. L'aide d'une tierce personne a été requise pour la retranscription de dix entretiens (sur les vingt-huit entretiens initiaux). Cependant, afin de ne pas omettre certaines données non verbales, tous les entretiens ont ensuite été relus, réécoutés et éventuellement corrigés par l'enquêteur.

4.1.7 Triangulation du codage

Afin de garantir une validité interne, les données doivent être triangulées par plusieurs chercheurs pour ensuite comparer les résultats [38]. Ceci permet de limiter le biais d'interprétation [38]. Le codage a été réalisé de manière indépendante par deux médecins, le Dr Caroline Castro-Etcheverry et moi-même. Cela permet d'améliorer la fiabilité de l'étude en réduisant la subjectivité. Lors de la mise en commun des codages, certains différaient. Il a alors été convenu ensemble du meilleur codage à réaliser.

4.2 Limitations et faiblesses de l'étude

4.2.1 Type d'étude

Cette étude qualitative aborde le vécu d'une population de professionnels de santé exerçant au sein de MSP. Il s'agit également de recueillir leurs souvenirs (les attentes) mémorisés. Il s'agit d'explorer le sens et la valeur [35] de leur installation en MSP. Il ne s'agit pas d'une analyse s'appuyant sur des faits avérés mais uniquement sur ce qu'ils veulent bien rapporter dans l'interview.

D'autre part, certaines données auraient pu être analysées de manière quantitative : quantifier la qualité de vie, le nombre d'actes, les revenus, les loyers, les charges. Cependant, il aurait été difficile de se passer d'une analyse qualitative au vu de la question posée car toutes les données ne peuvent être quantifiées. Certaines, comme le ressenti au sein de la MSP, les attentes auraient été plus difficilement intégrables en recherche quantitative. Il aurait peut-être été utile de rassembler ces deux modes de recherche pour pouvoir analyser intégralement et précisément les données. Mais là encore, l'étude aurait pu se heurter à un problème de faisabilité.

4.2.2 Entretien individuel semi-dirigé

4.2.2.1 Modification de la grille d'entretien en cours de recueil

La trame du questionnaire a été testée sur les deux premiers entretiens. Certaines questions ont été reformulées par la suite car elles étaient mal comprises notamment en ce qui concerne la gestion administrative de la MSP. « Ce canevas reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien » [35, 37].

4.2.2.2 Questions de présentation en début d'entretien

Les questions de présentation ont été posées en début d'entretien par inexpérience. Elles peuvent occasionner un biais interne (climat de suspicion, réticence à se confier) [38] ainsi qu'un biais d'investigation [38] (diriger une question selon les caractéristiques de sa présentation). Cependant, ces questions de présentation ont permis de mener naturellement le professionnel de santé interviewé à aborder ses attentes car il retraçait son parcours professionnel jusqu'à son intégration au sein de la structure.

4.2.2.3 Difficultés du recueil de données

4.2.2.3.1 Biais d'investigation

L'inexpérience, notamment sur les premiers entretiens, a poussé à trop diriger les entretiens et à aller d'emblée poser les questions de relance, orientant alors leur discours [37, 38]. Au fil des entretiens, cette tendance s'est estompée.

4.2.2.3.2 Enregistrement audio

Les enregistrements audio permettent de retranscrire tout ce qui a été enregistré. Cependant les données du langage corporel peuvent être parfois difficiles à remarquer et à retranscrire. Le fait de filmer les entretiens aurait permis de lever cette imprécision mais aurait également pu fausser le comportement des interviewés et aussi entraîner des refus de participation aux interviews [35].

4.2.2.3.3 Biais externes

« Une attention particulière au contexte de l'entretien (confort, environnement sonore, horaire...) ont un impact direct sur la qualité des réponses » [35]. Les conditions de recueil n'ont pas toujours été idéales. Durant certains entretiens, le manque de temps nécessitait d'écourter l'entrevue. Parfois, des appels téléphoniques ou des collègues venaient interrompre l'entretien. Enfin certains lieux étaient des lieux de passage (salles de réunion) où plusieurs personnes pouvaient interférer.

4.2.2.3.4 Difficultés de retranscription

Chaque entretien n'a pas pu être retranscrit immédiatement après [35]. En pratique, la plupart du temps, les contraintes logistiques (et notamment kilométriques) ont fait que les entretiens ont été groupés par créneaux. Les entretiens se déroulaient à la suite et la retranscription ne pouvait avoir lieu, au mieux, qu'en fin de journée ou le lendemain. Certains aspects non verbaux peuvent donc avoir été oubliés.

4.2.3 Facteurs d'exclusion

4.2.3.1 Facteurs d'exclusion des structures

L'étude s'est focalisée sur les MSP mono-sites. Les MSP multi-sites n'ont pas été incluses. Leur fonctionnement en différents lieux diffère de celui des MSP mono-sites et pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

4.2.3.2 Facteurs d'exclusion de certaines MSP

L'étude, après évaluation personnelle, s'est focalisée sur des MSP existant depuis au moins trois ans. Il n'a pas été trouvé de recommandation de durée minimale d'existence d'une MSP qui permette d'évaluer convenablement son fonctionnement. Certaines MSP n'ont pas été choisies car leur ouverture était jugée trop récente (six mois à un an). Il a semblé que les professionnels n'auraient pas eu un recul suffisant leur permettant d'aborder les différentes thématiques et de répondre à la question posée dans l'étude. Cependant, les professionnels de santé de MSP récentes auraient pu permettre un recueil plus aisé des attentes et éviter certains biais de mémorisation. L'idéal aurait été de pouvoir suivre des professionnels de santé sur plusieurs années et les interroger une première fois au moment de la création du projet pour recueillir leurs attentes. Dans un second temps, il aurait été nécessaire de les réinterroger quelques années plus tard, une fois la MSP établie et le fonctionnement étant en place. Encore une fois, ce type d'étude se serait confronté à des problèmes de faisabilité.

D'autre part, la sélection des MSP s'est faite via la FAMPOS qui a orienté le choix vers certaines MSP par connaissance et commodité (échanges plus faciles avec les professionnels de ces MSP). Il est possible que cela ait pu créer un biais de sélection, privilégiant les MSP fonctionnant correctement car étant en contact avec la FAMPOS. Cependant, si ce choix n'avait pas été fait, l'étude aurait pu se retrouver confrontée à un nombre important de refus de participation (les professionnels pouvant ne pas être intéressés par l'objet de l'étude).

4.2.3.3 Facteurs d'exclusion de professionnels non impliqués dans la santé

Il a été choisi de focaliser l'étude uniquement sur les professionnels de santé (professionnels ayant une action directe de soins au sein de la MSP). Les personnels d'entretien des locaux, assistantes sociales n'ont pas été inclus par exemple. Ces professionnels ne peuvent faire partie de la MSP au sens légal (cf. définition). Les secrétaires n'ont pas non plus été incluses dans cette étude. Ceci est plus discutable : si elles ne peuvent pas non plus à ce jour faire partie officiellement de la MSP au sens légal, leur rôle tend à s'accroître et leur importance dans la gestion du soin, notamment par rapport à la coordination, est croissante. Le rôle et l'expérience des secrétaires au sein des MSP pourraient faire l'objet d'une étude spécifique.

4.2.3.4 Facteurs d'exclusion des professionnels de santé

4.2.3.4.1 Liés à la profession

Certains professionnels de santé ont été impossibles à joindre ou n'ont pas répondu aux sollicitations d'entretien, notamment les dentistes. Dans les MSP étudiées, aucune ne fonctionnait avec une pharmacie en son sein. L'étude n'a donc pas permis de recueillir des données de ces catégories de professionnels.

4.2.3.4.2 Liés à la durée d'exercice au sein de la MSP

Tous les professionnels de santé exerçant au sein des MSP choisies pouvaient être inclus. Cependant, il aurait pu être bénéfique de se focaliser sur les professionnels exerçant depuis une durée minimale au sein de la MSP. En effet, certains professionnels ayant intégré récemment la MSP pouvaient éprouver certaines difficultés à avoir le recul nécessaire entre leurs attentes et leur exercice actuel.

4.2.3.4.3 Liés à leur statut particulier

Certains professionnels de santé interviewés avaient le statut d'intervenants extérieurs ou d'assistants. Ils avaient souvent une implication moindre dans la MSP et éprouvaient certaines difficultés à exprimer leur vécu au sein de la MSP, tellement leur implication était moindre. Cependant, il est aussi à noter que certains professionnels de santé (assistants ou intervenants extérieurs) exprimaient leur volonté de s'associer au sein de la MSP ou d'y développer leur activité.

4.2.3.4.4 Liée à la réponse de sollicitation d'interview (biais de sélection)

Il est possible que les professionnels répondant aux demandes d'interviews soient aussi plus investis dans le fonctionnement de la MSP, et sont donc plus enclins à vouloir répondre aux questions. Ceci pourrait biaiser le recueil. Certains professionnels ont été réticents à la demande d'entretien justifiant ceci par le fait qu'ils ne pourraient répondre aux questions sur le fonctionnement de la MSP et qu'il était préférable de s'adresser auprès des leaders de la MSP. Après explications de finalités de l'étude, ils ont tous accepté de participer.

4.2.4 Contraintes logistiques ayant influé sur l'échantillonnage

Les contraintes logistiques ont directement influé sur l'échantillonnage. En effet, les rendez-vous d'entretien ont été groupés afin de rentabiliser le déplacement en voiture et les distances kilométriques. Les entretiens ont donc été réalisés et retranscrits en trop grand nombre alors que le codage et l'analyse des données ont montré une saturation plus précoce. Il était cependant difficile de mener de front les déplacements éloignés au sein des trois MSP, les entretiens, la retranscription et le codage. L'idéal aurait été de se déplacer pour un entretien, puis avoir le temps de le retranscrire puis le coder et faire ainsi de suite jusqu'à saturation. Cependant, pour limiter les biais, et malgré ces contraintes, les entretiens conservés pour l'analyse correspondent à leur ordre chronologique de réalisation.

4.3 Interprétation des principaux résultats

4.3.1 L'exercice en MSP : une part de hasard, sans attentes spécifiques

Dans le travail mené ici, plusieurs professionnels interrogés (MK6, IDE2, MG2, Ortho1, IDE1, MK5, Diet1) expliquent qu'ils n'avaient pas d'attentes spécifiques. Ceci est également retrouvé dans une thèse portant sur trois MSP de la Somme [31] où certains professionnels expriment une opportunité d'installation notamment.

Selon l'une des professionnelles (Diet1), le but de la MSP était de formaliser un fonctionnement préexistant. Cette idée est retrouvée dans cette même thèse [Henocque], où plusieurs professionnels déclarent qu'il est nécessaire de créer l'équipe avant le bâtiment.

4.3.2 L'exercice en MSP répond en grande partie aux attentes des professionnels de santé

4.3.2.1 Organisation de l'agenda respectée

Dans l'étude menée ici, l'organisation de l'agenda a été conforme aux souhaits des professionnels de santé. Plusieurs professionnels (MG1, MK4, MK3 et MG3) souhaitaient un rythme de travail convenable. Dans une autre thèse portant notamment sur les motivations des porteurs de projets de MSP [30], les professionnels de santé expriment également le souhait d'un bon aménagement du temps de travail. De nombreux professionnels de l'étude menée ici (MG1, MK4, MK3 et MK5) décrivent en effet, un rythme de travail agréable, notamment par le fait d'exercer à plusieurs. Cependant, dans un autre travail [31], certains professionnels recherchaient une réduction de leur charge de travail, mais ils se sont finalement retrouvés avec une surcharge de travail en raison de la zone sous-médicalisée où ils exerçaient.

Le professionnel MG3 souhaitait en particulier ne pas avoir à travailler tous les week-ends. En effet, plusieurs médecins généralistes (dont MG3) expliquent travailler le samedi matin mais à tour de rôle. Pour le reste du week-end, cela fonctionne en garde pour les médecins généralistes (dont MG3) avec un roulement incluant d'autres cabinets. D'après un rapport du sénateur Juilhard [39], établi en 2007, le modèle vocationnel du médecin disponible à tout moment semble révolu. Dans ce rapport, les aspirations des autres professionnels de santé ne sont cependant pas évoquées, le rapport s'étant focalisé sur les médecins.

La professionnelle MK4 avait souhaité avoir au minimum une demi-journée de repos. Cette attente est également retrouvée dans une thèse [40] où le souhait de pouvoir se libérer du temps reste primordial ainsi que dans ce rapport [39] où il est indiqué que les médecins aspirent à une conciliation de l'activité professionnelle avec d'autres activités en termes de temps libres. Dans l'étude menée ici, plusieurs professionnels (MK4, MK2, MK3, MG1, Podo1 et MG4) ont en effet une demi-journée disponible par semaine.

Le professionnel MG3 avait aussi souhaité avoir des horaires souples et peu tardifs. Ceci s'est avéré réalisable puisque plusieurs professionnels (MG3, MG1, MK2 et MG2) déclarent pouvoir avoir des horaires variables leur permettant selon les jours et selon leurs collègues de terminer plus tôt. Cette attente a également été évoquée dans d'autres travaux [39, 40].

4.3.2.2 Attente géographique souhaitée

MK1 et MK6 souhaitaient travailler à proximité de leur domicile. Dans deux autres thèses [31, 40], la proximité géographique est également recherchée avec un temps de trajet par rapport au domicile qui soit convenable. Ces deux professionnels (MK1 et MK6) ont choisi d'intégrer leur MSP respective parce qu'elles répondaient à leurs critères de distance. Cependant dans cette même thèse [31], il est également retrouvé une idée contraire : certains professionnels, eux préféraient s'éloigner de leur lieu d'habitation afin de préserver une certaine tranquillité sur les jours de repos et de ne pas être dérangés.

Quatre professionnels (MG1, MG2, MK4 et Podo1) souhaitaient exercer dans une commune spécifique. Ayant décidé de s'installer au sein de leurs MSP respectives, leurs attentes ont également été respectées. La question du choix du lieu d'installation est retrouvée à de multiples reprises dans plusieurs travaux. Dans un autre travail [30], il est constaté que certains cherchent surtout à pérenniser les soins dans une zone géographique précise. Cependant, dans ce même travail [30], aucun médecin généraliste ne souhaite quitter sa zone d'activité pour s'orienter vers une zone sous médicalisée. La liberté d'installation reste un élément important. Les mesures incitatives notamment financières sont nécessaires mais plusieurs médecins généralistes refusent des mesures coercitives (dé-conventionnement, pénalité financière). Concernant le choix du lieu d'exercice des médecins généralistes, le sénateur Juilhard [39] constate qu'il repose sur plusieurs éléments. Avant de prendre leur décision, les médecins analysent notamment la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique. Cette notion est également retrouvée dans le travail de Tcha [40] où la proximité des structures sanitaires ainsi que la proximité des commerces est indiqué

comme une attente principale. De surcroît, ce choix est rarement individuel [39]: le plus souvent, il s'agit d'un choix de couple. La décision finale résulte donc d'un compromis entre vie professionnelle et vie personnelle, recherche d'un cadre de vie agréable et possibilités d'activité professionnelle du conjoint. Le choix du lieu d'installation est souvent influencé par deux facteurs : la connaissance antérieure de la localité (ce qui est également retrouvé dans notre travail pour quatre professionnels MG1, MG2, MK4 et Podo1) et la proximité d'un hôpital.

L'exercice en milieu rural faisait également partie des attentes de plusieurs professionnels de santé (MK3, MG3 et Podo1). Dans cette autre thèse [31], plusieurs professionnels soulignent en effet leur désir de s'installer en milieu rural et le justifient notamment par le caractère attachant et sympathique des patients ruraux.

4.3.2.3 Conditions d'exercice attendues

Plusieurs professionnels (MG3, MK6 et Ortho1) souhaitaient des conditions de travail agréables. Cette attente est également retrouvée dans un autre travail [30], où la MSP est vue comme un moyen de répondre à la surcharge de travail. De nombreux professionnels (Ortho1, MK4, Podo1 et MK1) se déclarent satisfaits de leurs conditions de travail. Plusieurs professionnels se savent privilégiés de pouvoir travailler dans ces conditions particulièrement favorables et agréables (MK4 dans E5 : « *je travaille dans des conditions que je ne pourrais pas avoir ailleurs* »). Ceci rejoint les résultats de cette étude [41] menée dans l'ancienne région Rhône-Alpes où les conditions de travail sont considérées comme améliorées.

Plusieurs professionnels avaient émis le souhait d'exercer dans une bonne ambiance et avec une bonne entente. Les professionnels (Ortho1 et MK6 notamment) confirment cette bonne entente et notamment « *les rapports amicaux* » créés (Ortho1 dans E9). Ce point est confirmé dans trois autres travaux [30, 31, 41] où l'ambiance conviviale se mêle à l'amitié et à un esprit familial.

Les professionnels (notamment MK2 et MG1) souhaitaient pouvoir se focaliser sur leur activité de soin. Plusieurs professionnels (Ortho1, MG3 et MK6) mettent en avant cet avantage (Ortho1 dans E9 : « *on n'est pas parasités* »). Ceci est largement favorisé par la présence d'une secrétaire.

Certains professionnels dont Diet1 ne souhaitaient pas retrouver les contraintes hospitalières de hiérarchie qui avaient provoqué son départ du milieu hospitalier. Cette professionnelle Diet1 explique que si cela n'avait pas été le cas, elle serait partie (Diet1 : « [...] *sinon je*

serais pas restée »). L'absence de hiérarchie est également notée au sein de cet autre travail [31].

L'exercice en MSP n'a pas causé de problèmes sur le plan de l'indépendance puisque deux professionnelles (dont Diet1) déclarent avoir « *gardé [leur] indépendance* » (IDE3 dans E15). La notion d'indépendance au travail est retrouvée dans une autre thèse [30], où les médecins exprimaient une volonté de préserver leur liberté intellectuelle et leur laisser le choix du type de prise en charge, de prescription et de gestion de leur activité. Cependant, cette idée est peu reprise par les médecins généralistes au sein des MSP étudiées ici. Les craintes exprimées ici, viennent plus de professionnels para médicaux, craignant probablement que l'ascendant médical prenne le dessus sur leurs décisions. Dans cette autre thèse [40], on retrouve également cette volonté de garder une liberté d'exercice, « sans avoir à exécuter le travail sous la direction d'un supérieur contrairement à tout ce qui est institution, où il y a toujours hiérarchie. » Cependant, dans ce travail [31], la pression indirecte entre prescripteurs et réalisateurs est évoquée et le fait d'être en groupe expose à un jugement.

4.3.2.4 Soutien d'une secrétaire

Plusieurs professionnels avaient été attirés par l'exercice en MSP qui semblait leur garantir la présence d'une secrétaire. Dans cette autre thèse [40], la présence d'une secrétaire est également très attendue. Les professionnels précisant qu'il est plus simple de pouvoir rémunérer une secrétaire dans un exercice regroupé et que celle-ci permet un réel gain de temps. Les trois MSP étudiées ici sont dotées d'un secrétariat. Selon plusieurs professionnels (MK4, MK3, MG3 et MK6), cette présence n'est possible que grâce à la MSP. Cela rejoint les résultats recueillis dans l'étude menée en Rhône-Alpes [41] où un secrétariat pour les médecins généralistes est présent dans la majorité des structures et est parfois partagé pour l'ensemble des professionnels. Les professionnels étudiés ici évoquent comme avantages la prise des rendez-vous, l'orientation des patients, l'accueil et la présence physique. Les professionnels sont aussi satisfaits de l'implication des secrétaires dans la gestion administrative. Ceci étant un atout dans leur confort de travail.

4.3.2.5 Locaux et matériel attendus

Plusieurs professionnels recherchaient un local afin de pouvoir poursuivre leur activité. Ayant intégré les MSP respectives, cette attente a été respectée. Une professionnelle (Ortho1 dans E9) avait exprimé la nécessité d'exercer dans des locaux accessibles aux PMR. Cela a été pris en compte. Dans cet article [41], il est également retrouvé que dans la plupart des MSP de leur étude, des aménagements pour les PMR sont disponibles. Il en est de même dans cet autre travail de thèse [31], où il est souligné l'avantage de locaux aux normes, accessibles aux PMR. Cela évite notamment aux professionnels de devoir installer une rampe d'accès avec les frais inhérents.

Les professionnels souhaitaient exercer dans des locaux propres. Plusieurs professionnels (MK6 et IDE2) avaient exprimé la nécessité de locaux suffisamment grands pour « *leur pratique* » (MK6 dans E10) et « *les archives* » (IDE2 dans E12). Dans cet autre travail de thèse [40], les professionnels de santé évoquent eux aussi leur désir de locaux fonctionnels. Cependant, leurs attentes sont plus précises car ils évoquent la nécessité d'une grande salle commune afin d'échanger ainsi qu'un secrétariat centre d'accueil. La nécessité d'une salle d'urgence est également précisée ainsi qu'une cuisine et une salle de repos pour les professionnels de garde. Les professionnels étudiés ici sont globalement satisfaits de la taille des locaux qu'ils décrivent comme « *spacieux* » (MK6 dans E10) et « *plus grands* » (IDE3 dans E15). Certains professionnels (notamment IDE1 et Podo1) souhaitaient organiser les locaux à leur convenance afin de les rendre « *fonctionnels* » (IDE1 dans E11). Plusieurs professionnels se déclarent satisfaits d'avoir « *des locaux adaptés* » (IDE2 dans E12). Ceci est retrouvé auprès des médecins généralistes de cette étude [30] par la qualité des locaux (surface, salle de détente, locaux récents ou rénovés). L'ergonomie des locaux est également mise en avant dans ce travail [41].

Un seul professionnel (MK5) avait souhaité exercer à plusieurs dans les mêmes locaux. L'exercice en MSP lui a permis de répondre à cette attente.

Un seul professionnel (MK1) s'attendait à avoir plus de matériel au sein d'une MSP. Dans cette thèse [30], un seul médecin généraliste exprime la nécessité d'un apport matériel. L'auteur de cette thèse justifie ceci par le fait que les médecins généralistes, eux, n'ont pas besoin d'équipements onéreux. Cependant dans l'étude menée ici, plusieurs professionnels reconnaissent avoir suffisamment de matériel.

4.3.2.6 Echanges et coordination attendue

Plusieurs professionnels (notamment Ortho1, MG1, MK4, MK5 et Podo1) souhaitaient pouvoir échanger avec des collègues de différentes professions. Dans un autre travail [30], la MSP est vue comme la possibilité d'échanger de manière intergénérationnelle. Plusieurs médecins généralistes de ce travail [30] espèrent également une collaboration interprofessionnelle et un échange intellectuel. Dans cette thèse [40], la proximité avec les professionnels est recherchée afin de permettre des échanges informels. Pour l'une des médecins généralistes de ce travail [30], tout comme pour plusieurs professionnels interrogés ici, il s'agissait de la principale attente à leur installation en MSP. En pratique, cela se passe très bien car les professionnels décrivent des exemples de démarches diagnostique et thérapeutique communes ainsi que la possibilité de s'interroger entre professionnels. Leurs attentes sont donc remplies.

Certains professionnels souhaitaient pouvoir échanger sur les cas de « *patients [...] difficiles* » (notamment MK1 dans E1). Les réunions de coordination permettent de répondre à cette attente en abordant les « *cas complexes* » (MK2 dans E2). Dans cet article [41], il est indiqué en effet que plus de deux tiers des MSP étudiées organisaient des réunions de concertation pluridisciplinaire sur la prise en charge du patient. Dans cette autre thèse [31], il est également noté que l'exercice en MSP facilite les échanges permettant de parler de patients problématiques et de se confier sur des prises en charge difficiles.

Plusieurs professionnels souhaitaient s'enrichir des échanges. « *Pouvoir échanger* » (Ortho1 dans E9) et « *partager avec des collègues, je trouvais très enrichissant* » (MG1 dans E4). Ils estiment (IDE3, MG1, MG2, Podo1, MK3, IDE1 et Ortho1) que les échanges sont facilités par le partage d'un même lieu. Dans cette publication de l'IRDES [42], les médecins généralistes des sites interrogés perçoivent la période actuelle comme peu concurrentielle au sein de leur profession. Cette situation et le désir de travailler à plusieurs en mono professionnels sembleraient constituer un facteur facilitant non seulement le regroupement mais aussi l'existence de coopérations au sein des MSP ainsi qu'avec les professionnels et les institutions extérieures. Dans cet article [41], le travail pluridisciplinaire en équipe avec possibilités d'échanges entre professionnels est cité comme le point positif le plus fréquent. Il est également retrouvé comme notion importante, le partage des connaissances et des pratiques. Dans ce travail [31], la MSP est en effet considérée comme un lieu de concertation autour du patient permettant d'échanger sur des patients posant problèmes. Il est notamment mis en avant la possibilité de confronter divers points de vue et d'ouvrir d'autres perspectives

de soins. Cette thèse [40] retrouve les mêmes notions que dans l'étude menée ici en ce qui concerne la facilité d'échange en cas de problème et une meilleure communication entre les différents intervenants.

4.3.2.7 Exercice non solitaire attendu

Plusieurs professionnels avaient exprimé leur nécessité de ne pas exercer seuls. Certains souhaitaient rompre l'isolement car ils avaient besoin de communiquer (Podo1), d'autres (MG2) parce que la charge de travail devenait trop importante et qu'ils avaient besoin de trouver des nouveaux médecins notamment et d'autres encore (Ortho1 et Psycho1) avaient besoin de sentir rassurés dans ce nouvel exercice libéral. Ces différentes attentes ont été comblées. MG2 a pu trouver deux collègues pour la suppléer et les autres professionnels ayant décidé de s'installer et rester au sein de la MSP y ont trouvé leur compte. Dans cet article [41], la rupture de l'isolement professionnel est citée comme l'un des avantages primordial de l'exercice en MSP. Dans cette thèse [31], la volonté de travailler en équipe faisait partie des attentes les plus fréquemment citées. Ceci est expliqué notamment parce que plusieurs professionnels ne souhaitaient pas, tout comme dans l'étude menée ici, travailler seuls. Les professionnels voyaient cette forme d'exercice comme un moyen de lutter contre l'isolement.

4.3.2.8 Découverte d'un nouveau mode d'exercice

Deux professionnelles (Ortho1 et Psycho1) avaient émis le souhait de découvrir l'exercice en MSP et en libéral. Ces deux professionnelles ont donc franchi le pas. Cette idée est également retrouvée dans cette thèse [31] où certains professionnels souhaitaient également se donner « un nouvel objectif, un nouveau challenge ». Plusieurs professionnels interrogés dans ce travail [31] avaient également envie de changer de l'impersonnalité d'une prise en charge hospitalière. Ils souhaitaient retrouver une proximité avec les patients et sortir de l'exercice classique de leur profession.

4.3.2.9 Finances attendues

Certains professionnels (notamment MK2, MK4 et MG1) s'attendaient à gagner moins. Dans la pratique, cela se retrouve en partie : « *En fait, j'ai perdu de l'argent* » (MK5 dans E6), « *Financièrement, c'est moins intéressant* » (MK3 dans E3). D'autres ne l'avaient pas exprimé clairement dans leurs attentes, cependant, de par leur changement de statut, ils s'attendaient de manière implicite, à gagner plus comme l'explique MG3 dans E8 : « *Là forcément, je gagne plus que lors de mon statut de remplacement* ». On retrouve cette notion dans cette thèse [31] où plusieurs professionnels non médicaux souhaitaient exercer en MSP pour les conditions financières avantageuses. Dans cette autre thèse [40], les professionnels de santé exprimaient la nécessité d'un principe éthique. La recherche du bénéfice financier ne devait pas faire partie de leurs attentes en intégrant la MSP.

Plusieurs professionnels (MK3, IDE3 et MK2) rapportent des charges élevées qu'ils semblaient tous attendre au vu des contre parties souhaitées (matériel, bonne qualité de travail, secrétariat). Dans cette thèse [30], plusieurs médecins généralistes savaient qu'une activité de groupe augmenterait les frais de fonctionnement. Tout comme dans le travail mené ici, plusieurs professionnels de cette étude [31] estiment avoir un coût plus élevé mais relativisé par un confort d'exercice. Il est également mis en avant la mutualisation des moyens qui permet un financement partagé des secrétaires et un équipement de qualité [31, 40].

Plusieurs professionnels (dont Diet1 et IDE2) avaient imposé des critères de loyer qui ont été respectés. Dans cette thèse [30], les médecins généralistes, pour la plupart souhaitaient avoir un système locatif permettant de limiter l'apport financier initial. A noter, que cette étude a été réalisée en région parisienne et que dans Paris intra muros l'accès à la propriété est compliqué face au coût de l'immobilier. Dans ce travail de thèse [40], les attentes des professionnels concernant le fait d'être locataire ou propriétaires sont assez controversées. Certains craignaient en effet de payer un loyer à perte. Cette notion n'est pas retrouvée dans l'étude menée ici.

4.3.2.10 Vie personnelle souhaitée

Plusieurs professionnels (MK2, MG1, MK4 et MG3) souhaitaient préserver une qualité de vie personnelle agréable avec notamment du temps familial. Ils sont satisfaits de ce que leur offre la MSP sur ce plan. « *On a notre équilibre au travail et notre équilibre en dehors du travail. Voilà... C'est surtout à ça que je m'attendais* » rapporte MG3 dans E8.

4.3.2.11 Soins de qualité souhaités et services rendus aux patients

Plusieurs professionnels souhaitaient modifier leur pratique (comme l'explique MK6 au sein de E10) notamment afin de prodiguer des soins de meilleure qualité (MK3 dans E3). D'autres professionnels souhaitaient rendre service au patient (IDE3, Podo1, MG1 et MG2). L'exercice en MSP a permis de répondre à ces attentes comme l'expliquent de nombreux professionnels (« *ils sont mieux pris en charge* » MG2 dans E7). L'apport pour les patients est clairement mis en avant au travers d'exemples concrets (Diet1, MG4 et Podo1). Cela rejoint ce qui est exposé dans cette thèse [40], où plusieurs professionnels souhaitaient intégrer une MSP afin d'offrir une prise en charge plus efficace. Dans ces travaux [31, 41], les praticiens décrivent en effet une amélioration de la qualité des soins ainsi qu'une prise en charge plus adaptée à chaque patient.

En ce qui concerne l'offre de soins, les professionnels interrogés ici expliquent l'avoir élargie (notamment MG4 dans E17). Dans ce travail [41], l'accueil est assuré sur une grande amplitude horaire et la prise en charge des soins non programmés est prévue. L'amélioration de l'offre de soins est mise en avant dans ce travail [31], ceci permettant d'offrir au patient le choix et la possibilité de consulter à proximité de son lieu d'habitation. Tout comme retrouvé dans l'étude menée ici, la diversité de l'offre de soins permet de reprendre un suivi régulier qui n'était plus effectué par manque de professionnels proches (la coloscopie dans le travail exposé ici, le suivi gynécologique dans l'exemple de Henocque [31]).

4.3.3 L'exercice en MSP ne répond pas à certaines attentes des professionnels de santé

4.3.3.1 Locaux de taille insuffisante

Les professionnels souhaitent des locaux spacieux. Une seule professionnelle (Ortho1 dans E9) exprime un manque de place au sein de la MSP préjudiciable pour son exercice actuel. Cependant, comme elle l'explique elle-même, cette situation est provisoire et un agrandissement est en cours.

4.3.3.2 Manque de coordination

Deux professionnels regrettent la coordination peu développée. Une professionnelle (IDE3 dans E15) déclare qu'elle n'a « *pas trop de contacts quand même* » et qu'ils ne se voient « *pas tant que ça finalement* ». Un autre professionnel (MG1 dans E4) espérait plus sur ce plan. Cette même limite est aussi exprimée dans cette thèse [31], où certains professionnels interrogés expriment leur frustration d'un manque d'échange et leur regret du manque d'interactions. Dans cette étude [41], les mécanismes de coopération interprofessionnelle apparaissent diversement développés selon les MSP. Dans certains cas, la MSP peut apparaître comme une simple juxtaposition de professionnels de santé dans un même lieu.

4.3.3.3 Absence d'avantages sur la vie personnelle

Un professionnel (MG4) déclare ne pas avoir suffisamment de temps pour sa vie personnelle et familiale. Il explique ce désavantage par sa position de leader au sein de la MSP.

4.3.4 L'exercice en MSP crée des inconvénients inattendus

4.3.4.1 Manque de place par rapport au nombre de professionnels

Au sein de la MSP1, plusieurs professionnels (MK2 et MK3) expliquent être contraints par la surface disponible d'organiser leur agenda en conséquence. En effet, le nombre de professionnels important oblige à se répartir la surface disponible.

4.3.4.2 Manque de temps de secrétariat

Plusieurs professionnels (notamment MK2 et MG2) déclarent avoir été contraints de majorer leur temps de secrétariat en raison d'une demande accrue et de la modification du rôle des secrétaires.

4.3.4.3 Difficultés de la coordination

Certaines difficultés ont été induites par la mise en place de la coordination. La coordination était jusqu'à présent méconnue et non attendue. Cependant, le fonctionnement en tant que MSP impose la réalisation de réunions de coordination comme le précise Ortho1 dans E9. Plusieurs professionnels (notamment MK6 et IDE2) notent également que les réunions de coordination nécessitent une préparation. Plusieurs professionnels (MK1, MG2 et MG1) sont désormais confrontés à des difficultés d'organisation des réunions de coordination. Le manque de temps est souvent pointé (« *on n'a le temps de rien* » déclare MG2 dans E7). Le fait de réussir à réunir tout le monde est également une difficulté comme le soulignent MK1 et MG2. D'autre part, l'exercice en MSP nécessite la création d'un dossier patient partagé. La coordination nécessite une bonne entente parfois difficile à préserver comme le soulignent certains professionnels (« *il faut avoir envie de se froter un peu à la psychologie humaine et à la relation entre personnes* » MG1 dans E4). Plusieurs professionnels (dont MG1 et MG2) insistent sur la nécessité de ne pas forcer les professionnels à s'impliquer dans la coordination.

Cependant, dans cette thèse [40], les difficultés à organiser les réunions étaient déjà anticipées et redoutées. Dans un autre travail [30], la tâche de coordination ne semble pas pouvoir être assurée par les professionnels en place. D'où la nécessité d'un coordonnateur. Dans cette thèse [30], un des médecins généralistes propose que cette tâche soit imputée à un médecin expérimenté proche de la retraite. Dans cette autre thèse [31], il est également rapporté certains conflits.

4.3.4.4 Exercice libéral difficile pour certains professionnels

La psychologue (Psycho1 au sein de E14) pointe les difficultés d'un exercice libéral par rapport à sa profession. Notamment, le non remboursement des psychologues influe directement sur sa pratique : « *Déjà le fait que les psychologues soient pas remboursés, ça c'est un truc qui me plaît pas...* ». Elle précise que sa pratique et son activité sont très différentes de celles qu'elle mène en EHPAD : « *En géronto, c'est pas du tout la même chose que l'image qu'on a du psychologue. Voilà. Donc en institution, on fait pas du tout la même chose qu'en libéral pour le coup.* »

Cet aspect est également retrouvé au sein de cette thèse [31], où il est expliqué que certaines professions (exemple de la diététicienne) sont insuffisamment connues des patients et que ces professionnels peuvent éprouver certaines difficultés à s'intégrer.

4.3.4.5 Majoration de l'activité

Certains professionnels se retrouvent confrontés à une activité grandissante. « *Il y a une telle demande qu'il faut bien répondre à ces demandes* » explique MK6 dans E10, tout comme MG3 dans E8 « *on a une activité qui se développe de plus en plus et on commence à avoir pas mal de travail* ». Dans l'étude menée ici, les professionnels rapportent en effet une majoration du nombre de patients. Ils le décrivent cependant plutôt comme un inconvénient qui leur demande un travail plus conséquent. Ceci est contrebalancé dans cette thèse [31]. En effet il est également retrouvé cette même notion d'augmentation de la charge de travail, car la MSP est décrite comme un lieu attractif de consultation et une référence. D'autre part, la curiosité de certains patients d'autres cabinets les a poussés à venir dans la MSP. Mais cette augmentation de charge de travail est vue comme un avantage au sein de cette étude, permettant également d'amortir les frais financiers majorés.

4.3.4.6 Problèmes financiers

D'autres professionnels (notamment MG4 au sein de la MSP3 ou IDE1) ont dû s'acquitter d'un loyer plus élevé. Cette notion est aussi retrouvée dans ce travail [31]. Dans le cas de MG4, il explique que la revente du grand bâtiment duquel il était auparavant propriétaire lui cause désormais des frais plus élevés. Le professionnel MK5 déclare ne pas avoir « *mesuré [...] tout l'apport financier personnel* » nécessaire pour mener à bien la MSP1. Dans cette étude [41], les auteurs précisent qu'il est nécessaire d'ajouter « les charges élevées afférentes

à des locaux qui comportent des espaces communs et sont conformes aux normes de sécurité et d'accueil des personnes à mobilité réduite ». Dans cette thèse [31], une autre donnée exposée (non retrouvée dans l'étude menée ici) concerne la nécessité de payer les loyers des professionnels absents quand, à l'instauration de la MSP, le nombre de professionnels de santé était insuffisant.

4.3.4.7 Charge administrative

Un des professionnels (MG1), l'un des leaders de la MSP1, se déclare surpris par la charge administrative majorée. Le professionnel MG1 signale une comptabilité difficile et a dû découvrir comment s'y adapter. Ceci est également retrouvé dans ce travail de thèse [31] où la lourdeur administrative de la gestion de la MSP est citée comme inconvénient. Tout comme dans l'étude menée ici, il est également cité le fait que certains professionnels se retrouvent avec des tâches inhabituelles à gérer notamment la gestion du personnel. En 2011, se posait le problème du statut juridique [30]. Dans cette thèse [30], la crainte de devoir gérer une structure de type MSP effrayait déjà certains professionnels qui déclaraient que ce serait « une lourdeur à gérer », « une machine infernale ». Dans cet article [41], la surcharge de temps hors soins nécessaire pour la gestion de la structure est citée en premier lieu tout comme la lourdeur administrative. En effet, les professionnels impliqués signalent que le développement des MSP est freiné par des difficultés administratives. Les MSP se sont développées initialement sans cadre juridique spécifique et ont rencontré des difficultés d'ordre administratif. Depuis 2012, un nouveau statut juridique a été créé à la demande des professionnels des MSP, la société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA), permettant une gestion commune par des professions différentes. Mais ces SISA excluent encore des professions non reconnues dans le code de santé publique comme des professions de santé comme les psychologues qui sont pourtant souvent présentes dans les MSP. Un décalage persiste entre le cadre réglementaire et les besoins des MSP.

4.3.5 L'exercice en MSP amène des avantages inattendus

4.3.5.1 Journées de repos supplémentaires

Plusieurs professionnels (MG2, MG1, IDE3, MG3, MK6 et MK4) rapportent avoir deux demi-journées ou une journée de repos par semaine. La plupart du temps ils n'en avaient pas exprimé autant dans leurs attentes, se limitant à une demi-journées de repos (MG3 dans E8 notamment). La MSP leur a offert plus que ce qu'ils attendaient sur ce point.

4.3.5.2 Organisation des congés

Aucun professionnel n'avait abordé les congés de manière explicite. Ils avaient uniquement évoqué le rythme de travail convenable, les demi-journées de repos ou le fait d'avoir du temps libre personnel. Cependant, plusieurs professionnels se déclarent satisfaits de l'organisation de leurs congés. Notamment au sein de la MSP2, deux professionnels (MG2 et MG3) sont ravis de pouvoir bénéficier de vacances d'une durée (MG2 dans E7 « *Alors déjà on prend huit semaines de vacances ! (rires)* ») et de qualité confortable (MG2 dans E7 « *Et puis moi quand je pars en vacances, je pars en vacances.* »).

4.3.5.3 Permanence des soins

L'exercice en MSP a permis d'assurer une continuité des soins assurée par une présence physique continue de 8h à 20h et par une réponse téléphonique (MG1 dans E4 et MK3 dans E3). Dans cette autre thèse [30], les médecins généralistes interrogés n'avaient pas tous la même envie. Ceci est justifié par un exercice en zone géographique différente : en rural, ou en milieu urbain (en l'occurrence sur Paris). Certains professionnels de milieu urbain expliquent que la demande n'est pas d'assurer une amplitude horaire plus étendue, puisque la permanence des soins existe déjà et fonctionne très bien. Mais, concernant des médecins exerçant en milieu rural, la problématique est en effet d'assurer cette permanence des soins mais pas tous seuls, car ils sont en nombre insuffisant. La MSP est vue comme la possibilité d'attirer des nouveaux médecins permettant d'instaurer une permanence des soins confortables. Cependant, certains disent ne pas pouvoir assurer plus que ce qu'ils font déjà. Dans l'étude menée ici, les trois MSP sont situées en milieu rural ou semi-rural donc cette notion n'est pas retrouvée. Dans cet autre travail [41], la continuité des soins est également citée comme un point positif à l'exercice en MSP. L'amélioration de la continuité des soins grâce, notamment à une réponse téléphonique ample, est également mise en avant dans ce

travail [31]. Cependant, dans ce même travail [31], de manière contradictoire, pour certains patients, notamment les plus âgés, une baisse de disponibilité des professionnels est reprochée. En effet, certains patients étaient habitués à avoir une réponse médicale durant 12 à 13h, ce qui n'est plus le cas au sein de la MSP. L'exigence des patients est aussi de plus en plus importante car certains estiment, qu'en tant que MSP, les professionnels devraient être là en permanence (tous les jours).

4.3.5.4 Désir de formation naissant et/ou formations supplémentaires possibles

Plusieurs professionnels (dont IDE2 et MK2) expriment désormais leur désir de formation depuis leur intégration au sein de la MSP. Pourtant, ceci n'avait pas été exprimé comme une attente spécifique (à l'exception de MK3). Comme elles le justifient, « *il y a cette volonté [...] d'apporter un plus au collectif* » (IDE2 dans E12). Une professionnelle (MK3) ajoute également que l'intégration au sein de la MSP a créé en elle de nouvelles vellétés de formation par les différentes perspectives de travail envisageables dans ce type de structure.

4.3.5.5 Gain de temps dans leur exercice quotidien

Plusieurs professionnels rapportent un gain de temps au sein de leur pratique. Cela ne faisait pas partie de leurs attentes. Cependant, nombreux (MK2, MK3, MG2, MG1 et Podo1) sont à le souligner. Que ce soit dans la rédaction de courriers, l'avancée diagnostique et thérapeutique, les transmissions et les échanges, tout ceci permet un gain de temps rapporté par les professionnels. Ceci est également retrouvé dans cette thèse [31].

4.3.5.6 Exercice moins angoissant

Deux médecins généralistes décrivent un exercice en MSP moins angoissant par le partage de décisions (MG1 dans E4 « Les décisions sont partagées, sont beaucoup plus faciles à prendre [...] ») et par le soutien de ses collègues en cas d'urgence (MG3 dans E8 « *on sait qu'on peut y aller parce que derrière on sait qu'on a du soutien* »). Ceci ne faisait pas partie des attentes exprimées en début d'entretien. La MSP a donc pu apporter cet avantage. Ceci est également retrouvé dans cette thèse [31], où les professionnels de santé décrivent un côté rassurant à l'exercice en MSP.

4.3.5.7 Exercice plus varié

Des professionnels déclarent avoir une activité enrichie par la diversité des pathologies rencontrées (en milieu rural) mais aussi par les possibilités de soin qu'offre la structure (MG3 dans E8 : « *La maison de santé nous permet d'avoir une salle d'urgence, donc de varier un peu notre activité* »). Cela ne faisait pas partie des attentes exprimées mais reste un apport à leur exercice.

4.3.5.8 Dynamisme de l'équipe

Plusieurs professionnels mettent en avant le dynamisme de leurs équipes de travail respectives. Cela reste « *une chance* » (Ortho1 dans E9). Encore une fois, ce point précis n'était pas évoqué clairement comme attente. Cette notion est aussi évoquée dans cette thèse [31] où la motivation de l'équipe est mise en avant.

4.3.5.9 Majoration et extension du rôle des secrétaires

Plusieurs professionnels (MG2, Ortho1 et IDE2) rapportent que le rôle des secrétaires a évolué. Elles occupent un rôle très important au sein de la coordination. Dans le cadre de ce travail collectif, « les secrétaires (terme impropre pour décrire l'étendue de leur champ d'intervention) jouent, dans certaines MSP, un rôle important dans la circulation des informations entre professionnels pour faciliter à la fois la gestion de la MSP et le parcours de soins des patients » [42].

4.3.5.10 Locaux neufs

Pour plusieurs professionnels (MK1, Ortho1 et MG3), le fait d'exercer dans des locaux neufs était un point attractif à leur installation. Cependant, aucun n'en avait fait une attente primordiale. Cependant, les trois MSP ont des locaux neufs en totalité ou en partie.

4.3.5.11 Plus de matériel qu'attendu

A l'exception d'un seul professionnel (MK1), les autres n'avaient pas évoqué le matériel parmi leurs attentes. Pourtant, nombreux sont les professionnels à mettre en avant les avantages suivants : une quantité appréciable de matériel (MK2 dans E2), une qualité (MK4 dans E5) et une variété difficile à acquérir hors MSP. D'autre part, une professionnelle (Ortho1 dans E9) pointe l'avantage de pouvoir bénéficier d'un « *générateur de secours* » en cas de « *panne [électrique]* ».

4.3.5.12 Coordination inattendue

Certains pensaient que l'instauration de réunions de coordination serait impossible (MG2 dans E7). Cependant, les réunions de coordination sont instaurées au sein des MSP1 et 2. Elles sont en cours d'instauration au sein de la MSP3. Deux professionnels (MK5 et MG2) ne pensaient pas pouvoir mettre en place correctement les réunions de coordination. Ils se déclarent surpris de l'ampleur que cela a pris et de l'implication croissante des différents professionnels. Plusieurs professionnels (dont MK4, Ortho1 et MG2) n'avaient aucune attente concernant la coordination. Toutefois, l'exercice en MSP leur a apporté un réel avantage par la coordination. Une professionnelle estime même qu'il « *serait difficile de retourner en arrière* » (IDE2 dans E12). Une professionnelle (IDE2) déclare que la MSP l'a poussée à créer certaines initiatives comme la mise en place d'un dossier de suivi des pansements. Elle reconnaît que cela présente l'avantage d'une accessibilité à tous (« *là tout le monde peut le consulter* » IDE2 dans E12). Aucun professionnel n'avait abordé les protocoles parmi leurs attentes. Cependant, un professionnel (IDE1) reconnaît leur intérêt (« *c'est quand même intéressant* » IDE1 dans E11). Plusieurs professionnels attendaient peu de la coordination. « *On a toujours eu de bonnes relations avec les médecins, on a toujours échangé [...]. Alors, c'est vrai au début, on n'en voyait pas forcément la nécessité* » déclare IDE1 dans E11. Cependant, nombreux sont les professionnels (notamment Ortho1, MK4, Podo1) à la décrire comme « *agréable* », « *génial[e]* ». Un autre professionnel (IDE1 dans E11) reconnaît l'impact sur l'amélioration des soins. D'autres (notamment MK3, MK4 et Podo1) reconnaissent que cela permet de « *mieux [faire] connaître [leur] métier* » (MK3 dans E3).

4.3.5.13 Aspects financiers inattendus

Plusieurs professionnels se déclarent surpris de ne pas avoir constaté de modification de leurs charges (dont MG2) et estiment qu'elles sont justifiées (MG3 dans E8). Deux professionnelles de santé ont eu la surprise d'avoir des charges plus faibles qu'auparavant. Une professionnelle (Ortho1) est particulièrement surprise d'avoir des charges si faibles incluant même les frais de secrétariat. Un autre professionnel (MG4) déclare avoir pu faire des économies impossibles hors MSP. Cependant, ces données retrouvées ici ne sont pas citées dans cette autre étude [31] où les professionnels déclarent avoir une majoration des charges.

4.3.5.14 Avantages personnels inattendus

Plusieurs professionnels (MK5, MK6, Psycho1 et IDE3) n'attendaient « *rien de particulier* » sur le plan personnel (IDE3 dans E15). Cependant, ils reconnaissent avoir pu gagner en qualité de vie comme le souligne MK5 : « *En fait, au début, je n'avais pas d'attentes, mais ça m'a apporté un plus, clairement* ».

4.3.5.15 Enrichissement intellectuel et épanouissement non attendus

Plusieurs professionnels (IDE2, Diet1 et MG4) expliquent que cela « *a changé [leur] état d'esprit* » (IDE2 dans E12), leur a permis de s'enrichir « *humainement* » (Diet1 dans E13). Cette thèse [31] retrouve également cette notion d'enrichissement intellectuel, favorisée par l'échange des connaissances.

4.3.5.16 Diversification de l'activité

Deux professionnels (Podo1 et MG4) sont satisfaits de diversifier leur activité grâce à leur exercice en MSP. Dans ce travail [42], il est précisé également que les médecins et les paramédicaux impliqués dans des tâches non cliniques voient leurs cadres d'intervention s'élargir aux domaines de la gestion, du management et de la représentation politique ou professionnelle. Cette diversification de l'activité est aussi retrouvée dans cette autre thèse [31].

4.3.5.17 Harmonisation des pratiques professionnelles

Deux professionnels (MK2 et MK5) déclarent mettre en place « *une approche [...] semblable* » (MK2 dans E2) et une prise en charge validée.

4.3.5.18 Rencontres professionnelles

Une professionnelle (Diet1) déclare avoir été surprise « *positivement* » par « *de très belles rencontres professionnelles* ». Dans cet autre travail de thèse de [31], plusieurs professionnels mettent en avant la découverte du métier de l'autre permettant une meilleure connaissance des autres professions, leur champ d'action.

4.3.6 L'exercice en MSP, le projet de santé et la volonté politique : décalages

4.3.6.1 Décalage entre les attentes des professionnels de santé et les attentes politiques

La volonté politique de développement des MSP afin de lutter contre la désertification médicale ne ressort que très peu parmi les professionnels de santé interrogés ici. Seulement deux professionnels de santé (MG2 et MG4) abordent cette problématique. MG2 explique : « *Alors nous on est dans une zone déficitaire. Après le projet est venu parce que moi j'aurais pas pu rester toute seule plus longtemps. [...] je n'avais pas envie de laisser tomber tout le monde* ». Elle souhaitait surtout éviter d'être surchargée de travail en restant toute seule. MG4 exprime également la même idée. Pour MG2, proche de la retraite, elle a probablement un attachement plus marqué à sa patientèle qui peut expliquer cette préoccupation. Pour MG4, dont l'épouse exerce également comme médecin généraliste collaboratrice, le fait de « *se retrouver à deux avec [son] épouse à tout gérer* », suite au départ à la retraite de son associé, ne lui paraissait « *pas possible et pérenne* ». Il est probable qu'étant un couple de médecins généralistes, la surcharge de travail puisse être néfaste sur leur vie de famille. Les attentes des professionnels semblent être assez éloignées des préoccupations politiques. Cela ressort également dans cette thèse [30], où l'une des médecins explique que le développement de l'activité est très centré sur les besoins des patients : « *développer notre offre de soins en proposant des consultations avancées est une chose, mais c'en est une autre de développer le maillage des professionnels de premier recours dans une zone. Je ne pense pas que ce soit notre rôle* ». Cette notion est aussi retrouvée dans ce travail [31] où au sein d'une seule (sur trois) des MSP étudiées le fait de répondre à la pénurie médicale est exprimé comme une motivation. L'amélioration de l'accessibilité géographique des soins ne semble pas être la principale motivation des professionnels de santé qui s'engagent dans les MSP. D'autre part, dans cette étude menée dans la région Rhône-Alpes [41], il est décrit que près de la moitié (40 %) des MSP sont implantées dans des zones non-déficitaires.

4.3.6.2 Décalages entre les attentes individuelles et le projet de santé

Les attentes personnelles des professionnels de santé rejoignent sur certains points les notions du projet de santé. En effet, les notions de coordination et d'échanges font partie intégrante de leurs attentes. Cependant sur plusieurs autres points, comme la continuité et la permanence des soins (du projet de santé de la MSP2), la formation continue ou les protocoles (du projet de santé de la MSP3), aucun professionnel ne l'a exprimé parmi ses attentes. Mais plusieurs éléments du projet de santé sont cités par les professionnels comme faisant partie du fonctionnement actuel (les réunions de coordination, le dispositif de partage d'information, l'accueil de professionnels en formation) ou étant voués à en faire partie prochainement (éducation thérapeutique du patient, coordination extérieure).

4.3.7 L'exercice en MSP ouvre des perspectives

4.3.7.1 Nouveaux modes de rémunération (NMR)

Dans l'étude menée ici, plusieurs professionnels expliquent leur démarche des NMR : « [...] *on devrait bénéficier des NMR.* » cite MK5. Même si MK3 pointe les difficultés d'obtention via des dossiers longs et compliqués, les professionnels comptent sur ces financements afin de mener plusieurs actions, notamment améliorer l'organisation des réunions de coordination (MK1 et MK5). Dans une autre thèse [30], plusieurs médecins généralistes exprimaient déjà en 2011, la nécessité d'un nouveau mode de rémunération permettant d'une part d'enlever « la connotation mercantile » au sein de la consultation et d'autre part de mieux « répondre aux missions complexes du médecin généraliste ». Un médecin avait même évoqué un système de rémunération par capitation avec un financement au prorata du nombre de patients pris en charge, pondéré par la complexité des cas (âge des patients, ALD). Dans cette thèse de 2012 [40], les problématiques de rémunération d'actes difficiles à coter tels que la coopération non rémunérée posaient déjà question. Dans cette autre étude [41], « plusieurs répondants faisaient remarquer que le mode de rémunération des professionnels de santé n'était pas adapté à un exercice pluri professionnel ». Dans ce même travail [41], il est précisé que le modèle économique sur lequel sont fondées les MSP est très fragile. La rémunération à l'acte ne prenant pas en compte le temps passé pour la gestion de la structure, pour la coopération des professionnels, pour la coordination de l'aide sociale ou pour les actions de promotion de la santé. Pour développer les modes d'exercice collectifs et multi-professionnels, une adaptation du modèle économique des MSP semble nécessaire. C'est dans cette optique que de nouveaux modes de rémunération sont en cours de généralisation dans des centres et maisons de santé. Il s'agit de prendre en compte les charges de structure et le temps de travail « hors-soins » pour gérer la structure, coordonner les professionnels et développer des programmes de santé publique.

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures organisées d'exercice pluri-professionnel (maisons de santé mono ou multi-sites, centres de santé) sont intervenues dans le cadre des dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 à 2012 [43, 44]. Elles sont entrées dans leur phase opérationnelle le 1er janvier 2010 dans six régions et ont été étendues au second semestre 2010 à l'ensemble des régions [44]. A la suite de ces expérimentations, un règlement arbitral a été instauré. Ce règlement arbitral permet de régir les relations entre les caisses d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les équipes et structures concernées. Il est valable

cinq ans. L'adhésion à ce règlement impose de favoriser l'accès au soin par une amplitude horaire de 8h à 20h, par la possibilité d'accès à des soins non programmés et par une coordination avec un responsable de la coordination identifié. Il impose également de favoriser le travail en équipe et le développement de systèmes d'information. La rémunération est effectuée selon une partie fixe et une partie variable dépendant de la patientèle (nombre, précarité CMU-C et AME). D'autre part, la mise en place de ce règlement arbitral impose à la MSP d'avoir un statut juridique particulier, la SISA.

Cependant, comme exprimé par Podo1 (« *Parce que là, c'est vrai qu'on touche de l'argent de l'ARS. Donc, vu qu'on a de l'argent, on doit rendre des comptes. Et il y a des libéraux qui ne veulent pas rendre de comptes...* »), ces nouvelles modalités de rémunération peuvent freiner certains professionnels par la dépendance qu'elle implique vis à vis de l'ARS. Cependant, dans ce travail [42], les professionnels estiment que la mise en place des NMR ne constitue pas une menace pour le paiement à l'acte et que leur coexistence est tout à fait possible.

4.3.7.2 Nouveaux modes d'exercice

4.3.7.2.1 Déléguer les tâches administratives

Plusieurs professionnels (MG1, MK3 et MK4 notamment) ont abordé la nécessité de se libérer des tâches administratives. Une nouvelle fonction apparaît au sein des MSP : le coordonnateur. Dans le travail réalisé ici, ce rôle est très souvent surajouté à celui de la secrétaire de manière plus ou moins claire. Dans cet autre travail [42], la place des coordonnateurs de projets, leurs référentiels de compétences et les conditions de mutualisation de leur financement entre plusieurs structures font l'objet d'une réflexion dans les quatre maisons observées. Cependant, afin de pallier à ce manque, il existe des formations spécifiques, payantes, en général sur quatre jours [45], permettant d'acquérir officiellement ce rôle au sein d'une MSP [46].

4.3.7.2.2 Déléguer certaines tâches de soin

Un professionnel (MG1) évoque la mise en place d'une permanence de soins infirmiers afin notamment de pouvoir déléguer certaines tâches. Cette idée est également retrouvée dans cette thèse [31] où en effet plusieurs tâches sont déléguées (exemple des frottis cervico-vaginaux, des suivis de grossesse ou de la kinésithérapie périnéale déléguée à la sage-femme).

4.3.7.2.3 Développer les protocoles

Dans l'étude menée ici, plusieurs professionnels (dont MG1 et MG2) estiment qu'il est nécessaire d'améliorer la coordination par le développement des protocoles. En effet, les coopérations informelles demeurent la modalité privilégiée des actions pluri-professionnelles [42]. Leur formalisation reste minoritaire même si elle est variable selon les MSP. Les professionnels, en particulier les médecins, ont en effet des conceptions différentes en ce qui concerne l'intérêt de la formalisation pour la qualité des soins et/ou pour le bénéfice des patients, ainsi que de la nature des activités à formaliser et des populations qui devraient en bénéficier. Leurs conceptions divergent sur ce qu'est un protocole pluri professionnel : d'un simple accord local peu formalisé à un protocole précis validé par la HAS. Le travail de protocolisation est un processus complexe qui doit intégrer les données issues de la médecine des preuves (Evidence-Based Medicine) avec un ensemble de savoirs collectifs et empiriques fondés sur l'expérience clinique de chaque professionnel concerné. Cependant, cela risque de remettre en cause la délimitation des frontières de compétences et de responsabilité des professionnels concernés. Ainsi, même en cas d'accord entre les professionnels en charge de la protocolisation, sa mise en application par les autres professionnels de la MSP n'est pas garantie. Cependant, cette démarche présente l'avantage de contribuer à la dynamique interprofessionnelle et de favoriser le développement d'une plus grande vigilance et d'une responsabilité partagée par tous les professionnels [47, 48].

4.3.7.2.4 Education thérapeutique du patient (ETP)

Plusieurs professionnels (MK5, MK3, MG1, MK4, MG3 et IDE2) évoquent l'éducation thérapeutique comme perspective d'évolution de leur exercice. Pour IDE2, il s'agit d'un moyen de « *reconversion* » avant d'envisager son départ à la retraite. Pour MK3, il s'agit d'une ouverture dans leur pratique et pour MK5 l'occasion de favoriser la prévention. Dans cette autre thèse [31], la possibilité d'introduire l'éducation thérapeutique est vue comment un moyen de personnaliser la prise en charge conformément aux données établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) [49].

4.3.7.3 Systemes d'information partagés

IDE2 et IDE3 évoquent le projet de dossier commun notamment pour le suivi des pansements « *Après, on a un projet de faire un dossier commun et tout, voilà par exemple nous par rapport aux pansements [...]* » (IDE2). MG1 sait que par rapport à l'obtention des NMR, il sera nécessaire de changer de système d'information. Cette nécessité est retrouvée dans cette thèse [30], où « tous les médecins interrogés sont convaincus de l'intérêt pour le patient de la mise en place d'une dossier médical partagé ». Les logiciels métiers couvrant les fonctionnalités requises dans le cadre du fonctionnement d'une MSP sont labellisés via l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) [50].

4.3.7.4 Développer la coordination externe

Plusieurs professionnels (notamment MK3 et MG1) expriment l'envie de développer une coordination extérieure à la MSP : « *on est aussi en demande d'interactions avec les autres professionnels qui ne font pas partie de la maison de santé* » (MG1). Cette même idée est retrouvée dans un autre travail de thèse [30], où l'un des médecins généralistes explique que le fait de mieux structurer leur activité par une coordination, permet de mieux crédibiliser leur activité. En étant mieux organisé, il estime qu'ils peuvent mieux proposer en retour et ainsi mieux échanger avec les autres structures de type centre hospitalier et réseaux de soins.

4.3.7.5 Accueil de stagiaires et formations

Dans l'étude réalisée ici, MG1 pointe la nécessité d'accueillir plus de stagiaires. Cette notion est également reprise dans cette thèse [30] puisque un médecin généraliste explique que « l'universitarisation des MSP semble être une nécessité pour la pérennisation de la structure [...] ainsi que pour la formation des jeunes internes et externes ». Ceci rejoint la définition la plus récente des MSP incluant les MSP universitaires [11].

4.3.7.6 Télémédecine

La télémédecine est abordée uniquement par les professionnels de la MSP3 (Diet1, MG4) car il s'agit de la seule MSP ayant le matériel nécessaire. Le docteur Simon (président de l'association nationale de télémédecine) affirmait en 2010 que « les futures MSP seront équipées en télémédecine ». Selon lui, cela ne peut fonctionner que si les médecins traitants ont un accès facile et régulier au second recours spécialisé, qu'il soit libéral ou hospitalier [51]. Cependant, le sénateur Juilhard [39] pointe dans son rapport les principales contraintes de ce nouvel acte médical : l'absence de cadre juridique clair, l'absence de règles d'expression du consentement du patient et l'organisation de l'archivage des télétransmissions.

4.3.7.7 Craintes et interrogations

Plusieurs professionnels s'interrogent sur le devenir des MSP. MG1 pointe les frais parfois démesurés en raison des enjeux économiques. D'autres professionnels (Podo1, IDE3 et MK3) se questionnent sur la pérennité de ces structures. Enfin, un professionnel (Podo1) se demande ce que deviendra l'exercice libéral. Sur ces points, toutes leurs interrogations restent en suspens et seul l'avenir permettra d'apporter certaines réponses.

5 Conclusion

L'étude réalisée ici a permis de montrer que l'exercice en MSP répond en grande partie aux attentes des professionnels de santé sur le plan de l'organisation de travail, le temps personnel et la qualité de l'exercice coordonné. Certaines attentes ne sont pas encore comblées mais devraient l'être via les perspectives que cet exercice particulier peut amener. Notamment, le développement des nouveaux modes de rémunération incitera ces professionnels à tendre vers cet exercice pour le pérenniser, le poste de coordonnateur devrait permettre de libérer les leaders trop souvent surchargés par les tâches administratives et le développement de l'éducation thérapeutique du patient ou de toute autre action de coopération pluri professionnelle devrait apporter une nouvelle dimension aux soins primaires mais également au système de soins français.

Cependant, d'autres travaux pourraient s'avérer nécessaires afin de répondre pleinement à la problématique. En effet, étudier les raisons de l'échec de certaines MSP ou s'attarder sur les causes de départ d'une MSP de certains professionnels pourrait s'avérer intéressant. D'autre part, connaître les raisons motivant certains professionnels à exercer seuls malgré la proximité d'une MSP de leur lieu d'exercice et qu'ils pourraient intégrer serait aussi un élément important à prendre en compte.

L'exercice en MSP est, selon l'étude menée ici, un mode d'exercice particulièrement plaisant pour les professionnels de santé interrogés. Le développement de cet exercice est pourtant controversé. En effet, certains professionnels de santé reprochent l'ingérence de l'ARS dans leur pratique et un manque de liberté d'action. D'autre part, certains y voient une menace de l'exercice libéral de la médecine et la fin du paiement à l'acte. Comme tout changement, il préoccupe, il interroge, il contrarie.

Dans les prochaines années, cet exercice pourrait être voué à se développer encore plus, à coexister avec les cabinets libéraux standards voire à entraîner leur régression. L'exercice en MSP n'en est peut-être qu'à ses débuts. Il est encore présenté comme un mode d'exercice particulier, marginal. Cependant, il est peut-être l'une des perspectives d'avenir de l'exercice des soins primaires en France témoignant d'une refonte globale du système de santé et remplaçant le patient au cœur du système de soins.

6 Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Communiqué de presse : Rapport sur la Santé dans le Monde [En ligne]. 2000 Juin 21 [cité le 11 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf>
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Systèmes de santé [En ligne]. 2016 [cité le 16 Août 2016]. Disponibilité sur internet <http://www.who.int/topics/health_systems/fr/>
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Systèmes de santé, à propos des systèmes de santé [En ligne]. 2016 [cité le 16 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>>
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Systèmes de santé, activités de l'OMS [En ligne]. 2015 [cité le 15 Sept 2015] : 10. Disponibilité sur internet <<http://www.who.int/healthsystems/fr/>>
5. World Health Organization (WHO). Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes, WHO's framework for action [En ligne]. 2007 [cité le 16 Août 2016]. Disponibilité sur internet <http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>
6. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. 1^{ière} éd. Brignais: Le Coudrier ; 2010.
7. Juilhard JM. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [En ligne]. Rapport n°14. Sénat: Paris. 2007 [cité le 22 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>>

8. République française. Article L6323-3 [En ligne]. Code de la santé publique. 2007 Décembre 19 [cité le 23 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=55B7815EAE6C273606D6DB5DD0092DFF.tpdila16v_2?idArticle=LEGIARTI000017833749&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20090722>
9. République française. Article L6323-3 [En ligne]. Code de la santé publique. 2009 Juillet 21 [cité le 23 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=55B7815EAE6C273606D6DB5DD0092DFF.tpdila16v_2?idArticle=LEGIARTI000020890196&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20110811>
10. République française. Article L6323-3 [En ligne]. Code de la santé publique. 2011 Août 10 [cité le 16 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=55B7815EAE6C273606D6DB5DD0092DFF.tpdila16v_2?idArticle=LEGIARTI000024462532&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20160127>
11. République française. Article L6323-3 [En ligne]. Code de la santé publique. 2016 Janvier 26 [cité le 17 Août 2016]. Disponibilité sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=55B7815EAE6C273606D6DB5DD0092DFF.tpdila16v_2?idArticle=LEGIARTI000031929923&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=>>
12. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Prat Organ Soins* [En ligne]. 2011 [cité le 28 Sept 2015];42(2):101-109. Disponibilité sur internet <http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/24490.pdf>

13. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, Falcoff H, Chevreul K. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives [En ligne]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). 2007 Nov [cité le 29 Sept 2015];(1675). Disponibilité sur internet <<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>>
14. 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 ? [En ligne]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). 2007 Nov [cité le 29 Sept 2015]. Disponibilité sur internet <<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>>
15. The College of Family Physicians of Canada (CFPC). A vision for Canada: Family Practice – The Patient’s Medical Home. 2011 Sept.
16. Shortell SM, Gillies R, Wu F. United States Innovations in Healthcare Delivery. Public Health Reviews. Date inconnue;32(1):190-212.
17. Bras PL. Réorganiser les soins de premiers recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis. Prat Organ Soins. 2011;42(1):27-24
18. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d’organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d’économie de la santé. 2009 Avril;(141).
19. Ministère des affaires sociales et de la santé. Les maisons de santé [En ligne]. 2012 Déc 4 [cité le 11 Nov 2015]. Disponibilité sur internet < <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>>

20. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Observatoire des MSP - 4ièmes journées FFMPS [En ligne]. 2015 Mars 20 [cité le 17 Nov 2015]. Disponibilité sur internet <http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPS_20_03_15.pdf>
21. Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) Aquitaine. Chiffres clés – Les maisons de santé en Aquitaine [En ligne]. Date inconnue [cité le 19 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://www.aquitaine.paps.sante.fr/Les-maisons-de-sante-en-Aquitaine.37171.0.html>>
22. Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) Aquitaine. Cartographie [En ligne]. Date inconnue [cité le 19 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://www.aquitaine.paps.sante.fr/Cartographie.37390.0.html>>
23. Juilhard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. 2009.
24. Fédération Française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS). Etat des lieux [En ligne]. 2015 Juin 8 [cité le 19 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/presentation/qui-sommes-nous>>
25. Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Qu'est-ce qu'une maison et un pôle de santé ? [En ligne]. 2013 Jul 22 [cité le 11 Nov 2015]. Disponibilité sur internet <<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>>
26. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S Salem G. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). 2013 Nov;(57):8-9.

27. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes [En ligne]. Presse Med. 2004 Dec 18;33(22):1569-74. Disponibilité sur internet <<http://www.em-consulte.com/article/102123/alertePM>>
28. Bruchon S, Cairey-Remonnay S. Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluri-professionnelles en Franche-Comté [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] [En ligne]. Besançon : Université SMP Ambroise Paré Faculté de Médecine ; 2012 Juin 14. Disponibilité sur internet <<http://www.femasac.fr/telechargements/file/29-facteurs-favorisant-et-freinant-le-montage-des-msp.html>>
29. Husson S. Face au défi des maisons de santé pluridisciplinaires : étude de la constitution et du fonctionnement de la maison de santé libérale de Loudéac [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Rennes : Faculté de Médecine ; 2014.
30. Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Île de France : motivations de porteurs de projets et difficultés rencontrées [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris 5: Université René Descartes Faculté de Médecine ; 2011.
31. Henocque M. L'exercice en maison de santé pluri-professionnelle : enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine ; 2014.

32. Hernandez S, Marie-Angélique A. Enquête qualitative auprès des professionnels de santé et des patients à l'occasion de la création de la maison de santé de Châteaudun: représentations et attentes [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] [En ligne]. Tours : Université François Rabelais Faculté de Médecine ; 2013 Sept 26. Disponibilité sur internet <http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_HernandezSandra_MarieAngeliqueAlexandre.pdf>
33. Rimetz A. Maison de santé pluri-professionnelle et qualité des soins : quels changements du point de vue des patients ? [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Bordeaux : Université Victor Ségalen Faculté de Médecine ; 2014 (en cours de préparation).
34. Klingler P. Représentation de la santé, préoccupations et attentes des "usagers" de la maison de santé du Neuhof : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix "usagers" [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Strasbourg : Faculté de Médecine; 2014.
35. Frappé P. De la question au type d'étude. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 25-84
36. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer [En ligne]. 2008 [Cité le 19 Août 2016];19(84):142-5. Disponibilité sur internet < http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf>
37. Frappé P. Du recueil à l'analyse. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 113-144
38. Frappé P. De l'objectif au protocole. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 85-112

39. Juilhard JM. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale. Sénat;2007 Oct 3.
40. Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22) [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Rennes : Université de Bretagne Occidentale Faculté de Médecine ; 2012 Juil 5.
41. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Santé Publique. 2015 Juil-Août;27(4):539-546.
42. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé – Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la Santé [En ligne]. 2014 Juillet-Août;(200):1-6.
43. République française. Arrêté du 23 février 2015 [En ligne]. Code de la sécurité sociale. 2015 Février 28 [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&categorieLien=id>>
44. Le portail du service public de la Sécurité Sociale [En ligne]. 2011. Expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé : Diversifier les rémunérations pour un exercice libéral innovant [modifié le 2 Août 2011 ; cité le 28 Août 2016] ; [1 écran]. Disponibilité sur internet <<http://www.securite-sociale.fr/Experimentations-des-nouveaux-modes-de-remunerations-des-professionnels-de-sante-Diversifier?type=pro>>
45. Cegos [En ligne]. Formation : Coordonnateur de Maison de Santé Pluridisciplinaire, Pôle de Santé et Centre de Santé [cité le 28 Août 2016] ; [1 écran]. Disponibilité sur internet <<http://www.cegos.fr/formation-coordonnateur-sante/p-20168480-2016.htm>>

46. EHESP (Ecole des hautes études en santé publique) [En ligne]. Rennes ; 2015. Devenez formateur relais pour les animateurs d'équipes pluri-professionnelles de soins primaires [modifié le 16 Mars 2015 ; cité le 28 Août 2016] ; [1 écran]. Disponibilité sur internet <<http://www.ehesp.fr/2015/03/16/devenez-formateur-relais-pour-les-coordonnateurs-dequipes-pluri-professionnelles-de-soins-primaires/>>
47. HAS. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri professionnels ? [En ligne]. 2015 Févr [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf>
48. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri professionnels ? » [En ligne]. 2015 Févr [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/note_methodo_protocoles_pluri-pro_web.pdf>
49. HAS. Education thérapeutique du patient : définitions, finalités et organisation [En ligne]. 2007 Juin [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)>
50. ASIP Santé (agence des systèmes d'information partagés de santé). Les solutions labellisées [En ligne]. 2016 Avr 27 [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>>
51. Simon P. Comment développer la télémédecine ? Où ? [En ligne]. 2010 Sept 17 [cité le 28 Août 2016]. Disponibilité sur internet <<http://esante.gouv.fr/actus/telemedecine/pierre-simon-comment-developper-la-telemedecine-ou>>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Mail de présentation

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis David ZALMAÏ, médecin remplaçant en cours de thèse et je vous contacte sur conseil du Dr Nousone NAMMATHAO (président de la Fédération d'Aquitaine des Maisons et Pôles de Santé FAMPOS) qui est mon directeur de thèse.

Je débute une thèse sur les maisons de santé en Aquitaine avec pour but de répondre à cette question: est-ce que l'exercice en maison de santé correspond aux attentes des professionnels de santé? (fiche du projet détaillé en pièce jointe de ce mail). J'aimerais pouvoir mener une partie de mon étude dans votre maison de santé.

Par la suite, j'élaborerai un questionnaire et j'espère pouvoir rencontrer le maximum de professionnels (médecins mais également kiné, IDE...) de votre maison de santé sur des entretiens de 15 minutes enregistrés par dictaphone et qui seront la base de mon recueil de données pour mon travail de thèse.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous porterez à mon projet et de votre coopération.

Cordialement,

David ZALMAÏ

7.2 Annexe 2 : Trame du questionnaire

Questionnaire pour entretiens individuels semi-structurés (semi-directifs) avec recueil de données qualitatives par enregistrements vocaux

Bonjour, je suis David ZALMAÏ médecin généraliste remplaçant. J'effectue ma thèse sur les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) en Aquitaine afin de savoir si l'exercice en MSP répond à vos attentes initiales. Je vous remercie d'avance de participer à mon projet et du temps que vous m'accorderez. Par ailleurs, cet entretien sera enregistré par dictaphone et toutes les informations recueillies seront anonymisées.

1) Comment pourriez-vous définir l'exercice en MSP ?

2) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Questions fermées :

- Nom, prénom
- âge, sexe
- profession
- nom de la MSP
- date de votre entrée dans la MSP
- statut marital, nombre d'enfants à charge
- lieu de résidence, à X km de la MSP ou à X minutes de voiture
- jours/temps de présence
- mode d'exercice antérieur
- activité mixte : salariée/libérale
- SCM/SCI/SISA

3) Quelles étaient vos attentes concernant ce projet ?

Relance/Reformulation :

- Qu'attendiez vous de ce projet de MSP ?
- Quels étaient les points primordiaux pour vous afin d'exercer dans cette nouvelle structure ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à monter ce projet de MSP ? Ou à l'intégrer ou à le rejoindre ?

4) Comment se déroule le fonctionnement actuel de la MSP ?

Relance/Reformulation :

- Comment se déroule la gestion de la MSP en plus du travail propre à chacun ?
- Quel regard portez-vous sur la prise en charge de vos patients et sur l'offre de soins que vous proposez depuis votre installation en MSP ?
- Comment s'organise la coordination dans votre MSP ?
- Et sur le plan personnel ?
- Et sur le plan financier ?

5) A quelles conséquences inattendues avez-vous dû faire face ?

Relance/Reformulation :

- Quels sont les éventuels points que vous n'aviez pas anticipés ou envisagés ?

6) Quels sont les points qui semblent nécessiter une amélioration dans le fonctionnement de la MSP ?

- Rebondir sur les problèmes

7.3 Annexe 3 : Portrait des professionnels de santé interviewés

7.3.1 Entretien 1 : MK1

Mr MK1 a 26 ans, il est assistant masseur-kinésithérapeute dans la MSP1. Il a obtenu son diplôme fin 2014 et il exerce dans la MSP1 depuis début 2015. Suite à un remplacement de six semaines au sein de la MSP1, il a pu l'intégrer grâce à un poste d'assistant vacant. Il n'avait pas du tout d'expérience libérale en dehors de ses séances de stage, même s'il reconnaît que, durant sa formation, les stages en libéral sont rares. Il travaille sur quatre jours du mardi au vendredi de 8h30 à 20h maximum. Il ne fait pas partie de la SCM et n'a pas de parts dans la SCI. En tant qu'assistant, il apprécie de pouvoir être relativement détaché du fonctionnement administratif de la MSP même si pour lui, cela implique une contrepartie financière.

7.3.2 Entretien 2 : MK2

Mr MK2 a 28 ans, il est masseur-kinésithérapeute dans la MSP1. Il a obtenu son diplôme en 2012 puis a remplacé deux mois sur Paris. Il a débuté au sein de la MSP1 en 2012 en tant qu'assistant. En 2014, il a décidé de s'associer. Il n'a jamais exercé en tant que salarié, même s'il en a eu l'expérience durant ses stages en école de kinésithérapie. Il travaille quatre jours et demi par semaine, ayant son vendredi après-midi de libre. Ses horaires de travail s'étalent de 8h30 à 18h lorsqu'il exerce aux domiciles des patients et souvent plus tard vers 20h lorsqu'il est au cabinet. Il fait partie de la SCM. Il est impliqué dans le fonctionnement administratif même si pour lui, l'essentiel est géré par MK5 (l'un des leaders et fondateurs de la MSP1).

7.3.3 Entretien 3 : MK3

Mme MK3 a 26 ans, elle est assistante masseuse-kinésithérapeute au sein de la MSP1. Avant d'intégrer la MSP 1, elle a remplacé durant trois ans dans différents cabinets libéraux, dans divers lieux et notamment dans une autre MSP. Elle a beaucoup été sensibilisée à l'exercice pluri professionnel car son mentor kinésithérapeute exerçait dans une structure similaire. Cependant, elle reste réaliste quant aux possibles difficultés que ce type d'exercice peut engendrer. Elle a débuté par hasard en tant que remplaçante ponctuelle au sein de la MSP1, puis en tant que remplaçante de longue durée sur un congé maternité. Par la suite, suite au retour de congé maternité de sa collègue et la volonté de diminution de temps de travail de cette dernière, un poste d'assistantat a été créé lui permettant de s'intégrer à la MSP1. Elle travaille quatre jours par semaine (mais pas le samedi matin). Elle ne fait pas partie de la SCM ni de la SCI. Malgré son statut d'assistante, contrairement à MK1 (qui a le même statut qu'elle), elle apprécie d'être impliquée dans les démarches de la MSP même si selon elle, les deux leaders que sont MK5 et MG1 sont les initiateurs des projets.

7.3.4 Entretien 4 : MG1

Mr MG1 a 38 ans, il est médecin généraliste au sein de la MSP1. Il est l'un des créateurs et leaders de la MSP1. Il exerce dans la même commune depuis 2009. Il a été collaborateur d'un couple de médecins exerçant à leur domicile durant trois ans de 2009 à 2011. En 2011, suite au départ à la retraite prévu de ses collaborateurs, il commence à démarcher plusieurs professionnels de santé de sa ville d'exercice afin de rechercher des associés pour son projet. Il débute le projet de MSP en 2011 et ouvre la MSP en 2012. Il exerce quatre jours par semaine de 8h30 à 20h ayant son mercredi libre afin de s'occuper de ses enfants et travaille un samedi sur trois, en alternance avec ses deux collègues (interviewées mais dont les entretiens n'ont pas été conservés pour l'analyse car la saturation des données a été obtenue avant). Il est en parallèle médecin référent des crèches alentour. Il fait partie de la SCI, de la SCM et de la SISA. Il est très impliqué dans la gestion du fonctionnement de la MSP.

7.3.5 Entretien 5 : MK4

Mme MK4 a 30 ans et exerce en tant que masseuse-kinésithérapeute au sein de la MSP 1. Elle a fait ses études en Basse-Normandie et a été très bien sensibilisée à la pluridisciplinarité durant ses études. Elle a travaillé dans des centres de rééducation. Son père est l'un des patients de MK5 (l'un des leaders et fondateurs de la MSP). Elle est également originaire de cette zone géographique, ayant été notamment au collège dans la commune de la MSP1. Elle a d'abord remplacé MK5 dans son précédent cabinet. Elle a rejoint le projet de la MSP dès sa création et elle fait partie de la MSP1 depuis son ouverture en 2012. Elle est présente quatre jours par semaine, ayant son mercredi de libre. Elle fait partie de la SCM, de la SISA et de la SCI. Elle est impliquée au niveau de la MSP 1 et essaye d'aider les deux leaders (MG1 et MK5).

7.3.6 Entretien 6 : MK5

Mr MK5 a 36 ans et exerce en tant que masseur-kinésithérapeute au sein de la MSP1. Il a obtenu son diplôme en 2003. Il a remplacé dans des structures avec différents professionnels de santé. Puis, il a ensuite été associé dans un cabinet pluri professionnel avec un rythme de travail très intense et une charge de travail très importante. Suite à sa rencontre avec MG1, le projet de MSP a commencé à naître. Il est le deuxième leader de la MSP ayant grandement contribué à sa création et continuant à s'investir dans son fonctionnement. Il fait par ailleurs partie du conseil d'administration de la FAMPOS. Son agenda s'étale du lundi au vendredi avec le mercredi après-midi libre. Ses horaires sont environ de 8h à 20h. Il fait partie de la SCM, de la SISA et de la SCI. Il est très impliqué dans la gestion administrative mais apprend à déléguer et répartir les tâches.

7.3.7 Entretien 7 : MG2

Mme MG2 a 59 ans et exerce comme médecin généraliste au sein de la MSP2. Elle travaille depuis 25 ans au sein de cette commune. Elle a pratiqué dans un cabinet de trois médecins généralistes qui ont tous fini par partir. Elle a donc exercé durant cinq ans toute seule. Elle est le leader du projet et c'est autour d'elle que s'est développé le projet initial. Elle a intégré la MSP2 dès son ouverture en juillet 2012. Elle consulte du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 avec en général un jour de repos par semaine systématique (sauf en période de vacances scolaires). Le samedi matin fonctionne sur roulement avec un cabinet d'une commune voisine et elle participe au tour de garde (six médecins sur le secteur). Elle fait partie de la SCM et de la SISA créée en 2014. Elle est très impliquée dans la gestion administrative même si elle délègue de plus en plus à la secrétaire coordinatrice. Elle fait également partie du conseil d'administration de la FAMPOS.

7.3.8 Entretien 8 : MG3

Mr MG3 a 33 ans et exerce en tant que médecin généraliste au sein de la MSP 2. Il a fait ses études sur Bordeaux et passé sa thèse en 2011. Il a fait de multiples remplacements notamment à la Réunion, en Nouvelle-Calédonie et surtout en Aquitaine. Il a intégré la MSP2 quelques mois après son ouverture soit début 2013 suite à sa rencontre avec MG2. En plus de son activité libérale, il dispense certains enseignements de médecine générale et est en formation pour un D.U. d'expertise. Son agenda de consultation est similaire à celui de MG2 (puisque'ils fonctionnent par roulement de trois médecins généralistes : MG2, MG3 et leur associé non interviewé). Il fait partie de la SCM et de la SISA. Son implication administrative dans la MSP est moindre car, selon lui, les secrétaires gèrent l'essentiel.

7.3.9 Entretien 9 : Ortho1

Mme Ortho1 a 29 ans et exerce en tant qu'orthophoniste au sein de la MSP2. Elle est enceinte de trois mois lors de l'entretien réalisé le 24/11/2015. Elle a vécu et exercé à l'île de la Réunion pendant quelques années. Elle a débuté par une collaboration puis des remplacements pendant deux ans. Elle en garde un sentiment de solitude et un sentiment d'activité répétitive. Elle est ensuite arrivée dans le Sud-Ouest, région qu'elle ne connaissait absolument pas. Elle est arrivée au sein de la MSP2 en janvier 2014 suite à un contact établi avec l'un des médecins généralistes. Elle consulte du lundi au vendredi avec certaines plages horaires consacrées aux prises en charge domicile. Elle ne sait pas si elle fait partie de la SCM car elle est très peu impliquée dans la gestion administrative de la MSP, mais elle fait partie de la SISA.

7.3.10 Entretien 10 : MK6

Mme MK6 a 31 ans et exerce en tant que masseuse-kinésithérapeute au sein de la MSP2. Elle a remplacé pendant un peu plus d'un an dans divers cabinets. Elle a ensuite exercé pendant cinq ans dans un pôle médical pluri professionnel situé en zone péri-urbaine. Elle était propriétaire en SCI et devait gérer notamment les travaux. Elle est ensuite arrivée en janvier 2013 au sein de la MSP2, soit six mois après l'ouverture. Elle exerce du lundi au vendredi de 8h à 20h environ, alternant avec son collègue (interviewé mais entretien non retenu) les plages de travail à la maison de santé et les visites à domicile. Elle fait partie de la SISA. Elle n'a pas à s'impliquer dans la gestion administrative de la MSP car la secrétaire s'en occupe.

7.3.11 Entretien 11 : IDE1

Mr IDE1 a 46 ans et exerce la profession d'infirmier au sein de la MSP2. Il exerce dans la même commune depuis seize ans. Il était auparavant en cabinet, dans un petit local avec trois associés (dont Mme IDE2), en SCP. Il a rejoint le projet de la MSP dès le début car il a été sollicité par le leader du projet Mme MG2. Il a beaucoup contribué à la conception architecturale du cabinet infirmier. Il a donc intégré la MSP2 dès son ouverture en juillet 2012. Il exerce selon un roulement préétabli avec ses deux associés (IDE2 et une autre infirmière non interviewée) et perpétuel de trois semaines : une semaine de mi-temps de 8h à 13h du lundi au samedi midi, une semaine de garde de 5h30 à 20h du lundi au lundi suivant et une semaine de repos. La SCP a été conservée et il fait partie également de la SISA. En tant que vice-président de la MSP, il n'est que très peu impliqué dans la gestion administrative et reconnaît que la présidente Mme MG2 fait énormément de choses.

7.3.12 Entretien 12 : IDE2

Mme IDE2 a 46 ans et est infirmière au sein de la MSP2. Elle est diplômée depuis 1993. Elle a exercé en milieu hospitalier et s'était toujours dit qu'elle ne ferait jamais de libéral. En 2006, habitant dans la commune de la MSP, elle décide de rejoindre le cabinet libéral car un poste était vacant. Elle s'associe alors avec IDE1 dans la SCP. En 2009, elle est intégrée très tôt dans l'élaboration du projet de la MSP suite à une sollicitation de Mme MG2. Cependant, elle est confrontée initialement à certaines réticences à s'investir dans le projet car elle en voyait peu d'intérêt. Ensuite, en 2012, elle exerce au sein de la MSP2 dès le début. Son agenda fonctionne selon le même roulement qu'IDE3. Elle fait également partie de la SCP infirmière et de la SISA. Elle est très peu impliquée dans la gestion administrative de la MSP car selon elle, les secrétaires s'occupent d'une grande partie et Mme MG2 en fait énormément.

7.3.13 Entretien 13 : Diet1

Mme Diet1 a 41 ans et exerce la profession de diététicienne au sein de la MSP3. Elle travaille depuis 1997. Elle a débuté en milieu hospitalier durant douze années, lui permettant d'acquérir une expérience professionnelle solide. Cependant, en 2009, lassée de la structure hiérarchique hospitalière, elle décide d'exercer en libéral. Elle ouvre un premier cabinet en tant qu'indépendante dans une commune voisine de la MSP. Par la suite, elle s'associe au sein d'une SCM avec des infirmières afin de pouvoir partager les locaux, sans qu'il n'y ait d'activité de coordination clairement identifiée. Elle a rejoint deux MSP : la MSP3 en 2009 et une autre MSP non étudiée dans ce travail. Elle s'est intégrée très rapidement, ayant déjà de nombreux contacts au sein de la MSP3 et des habitudes de travail antérieur avec eux. Son agenda concernant son activité au sein de la MSP3 se résume aux mercredis et samedis de manière bimensuelle. Elle a le statut d'intervenante extérieure au sein de la MSP3 et a décidé de ne pas intégrer la SISA par crainte de la charge administrative et fiscale (étant déjà en SCM avec des infirmières). Elle n'a aucune implication administrative en ce qui concerne le fonctionnement de la MSP3.

7.3.14 Entretien 14 : Psycho1

Mme Psycho1 a 29 ans et exerce très occasionnellement en tant que psychologue au sein de la MSP3. Elle n'a que très peu d'expérience en libéral n'ayant jamais fait de stage libéral durant sa formation. Son activité principale est son temps plein en maison de retraite. Elle a rejoint la MSP3 dès son ouverture en tant qu'intervenante extérieure. Elle n'a pas de jours de présence prédéfinis dans la MSP. Elle intervient sur demande et peut parfois rester un ou deux mois sans aucune consultation. Elle ne fait pas partie de la SISA et n'a aucune implication dans la gestion administrative de la MSP3.

7.3.15 Entretien 15 : IDE3

Mme IDE3 a 53 ans et exerce la profession d'infirmière au sein de la MSP3. Elle a obtenu son diplôme en 1984 et a notamment exercé une année en Afrique ainsi que deux mois en milieu hospitalier. En revenant en France, elle a pratiqué en libéral en tant que remplaçante. Finalement, en 1986, elle s'installe en cabinet libéral. Elle était auparavant installée dans un cabinet vétuste situé au centre de la commune de la MSP3. Elle exerçait avec ses deux collègues qui l'ont suivie dans la MSP3 ainsi qu'avec les kinésithérapeutes. Elle a logiquement rejoint la MSP en ayant une véritable crainte de perdre son indépendance. Son agenda fonctionne sur un roulement de trois semaines lui permettant d'avoir deux jours de repos par semaine ainsi que des demi-journées régulières de repos. Elle fait partie de la SCM infirmière ainsi que de la SISA. Elle n'a aucune implication dans la gestion administrative de la MSP3.

7.3.16 Entretien 16 : Podo1

Mr Podo1 a 41 ans et exerce en tant que pédicure-podologue au sein de la MSP3. Il pratique cette profession depuis 1999, date à laquelle il crée son premier cabinet dans la commune de la MSP3 d'où il est originaire (même si il n'y vit plus). Vers 2002, il décide de changer de local et déménage dans une commune voisine à une vingtaine de kilomètres. Il a toujours exercé en libéral. Il a rejoint la MSP considérant cette commune comme son milieu de vie. Il travaille du lundi au jeudi ainsi qu'un samedi sur deux. Il consulte à la fois au sein de la MSP et réalise également des soins à domicile et à la maison de retraite locale. Il exerce en tant qu'indépendant au sein de la SISA. Il est très impliqué dans le fonctionnement de la MSP : il est l'un des coordinateurs de la SISA et est rattaché au poste de gérant de la télé information au sein de la MSP.

7.3.17 Entretien 17 : MG4

Mr MG4 a 46 ans et pratique en tant que médecin généraliste au sein de la MSP3. Il a commencé par remplacer en 1997 au sein de la commune où est située la MSP3. Il s'est ensuite installé en 2002 en prenant la succession de son père parti à la retraite. Il est l'initiateur du projet de la MSP3 et le leader. Il travaille tous les jours sauf le mercredi après-midi et le samedi matin où il alterne avec ses collègues. Il est de garde avec nuit profonde une semaine sur deux. En plus de son activité de médecin généraliste, il est médecin pompier, élu URPS et siège au conseil d'administration de la FAMPOS en tant que vice-président départemental. Il fait partie de la SCM des médecins et de la SISA. Il est très impliqué dans le fonctionnement de la MSP.

Serment d'Hippocrate

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.

Résumé

Titre : Maisons de santé pluri professionnelles (MSP) : attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de 17 professionnels de santé aquitains.

Introduction : Depuis une dizaine d'années en France, la politique de santé pour lutter contre la désertification médicale a permis une croissance importante des MSP. L'objectif de cette étude est d'identifier les attentes des professionnels de santé exerçant en MSP et de savoir si les réalités de l'exercice actuel y répondent. L'objectif secondaire est d'identifier les perspectives d'évolution de l'exercice en MSP.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de professionnels de santé aquitains exerçant en MSP mono-sites.

Résultats : 17 professionnels de santé ont été interrogés. Plusieurs professionnels expriment peu d'attentes initiales. Ils expliquent que leurs attentes sont venues progressivement. Ils souhaitent exercer à plusieurs, de manière coordonnée dans un cadre agréable. Ils rapportent un exercice plaisant par la qualité de travail, le temps personnel dégagé, une activité plus variée, les avantages d'un secrétariat commun et des locaux agréables. Ils font face à certaines difficultés dans l'organisation de la coordination et constatent parfois un coût de fonctionnement plus important contrebalancé par des conditions de travail avantageuses.

Discussion : L'étude montre que l'exercice en MSP répond en grande partie aux attentes des professionnels de santé. Certains points restent à améliorer afin de combler toutes leurs attentes comme l'organisation de la coordination en particulier par la création d'un poste de coordonnateur, le mode de rémunération notamment par la mise en place du règlement arbitral et les systèmes d'information partagés par l'intermédiaire de logiciels métiers pluri professionnels.

Mots-clés : maisons de santé pluri professionnelles, professionnels de santé, attentes, réalités, perspectives

Abstract

Title : Multi-skilled health home: expectations, realities and prospects. Qualitative study based on 17 aquitaine health professionals.

Introduction : For the last ten years in France, the health policy to fight against medical desertification has allowed significant growth in multi-skilled health home. The goal of this study is to identify the expectations of health professionals practicing in multi-skilled health home and determine whether the realities of the current situation in multi-skilled health home meet those expectations. The secondary objective is to identify potential improvements in multi-skilled health home organization and development.

Methods : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted among health professionals practicing in aquitaine multi-skilled health home single sites.

Results : 17 health professionals were interviewed. Several professionals expressed only little expectations when first joining a multi-skilled health home. They explain that their expectations have come gradually. They wanted to work with other health professionals in a more coordinate manner and in a pleasant surrounding. They report a pleasant working environment due to the quality of work, a flexible time schedule, more diverse activities, the benefits of a joint secretariat and a friendly working place. However, they face some difficulties in dealing with coordination and sometimes support a higher operating cost in exchange for better working conditions.

Discussion : The study shows that exercising in multi-skilled health home satisfies to a large extent health professionals. Some points still need to be improved in order to fulfill all their expectations such as managing coordination by creating a coordinator position, the means of remuneration by establishing an arbitral settlement and a shared information technology system through multi-business professional softwares.

Keywords : multi-skilled health home, medical professionals, expectations, realities, prospects

Discipline : Médecine générale

Université de Bordeaux : U.F.R. des sciences médicales, Département de médecine générale - 146 Rue Léo Saignat - 33076 Bordeaux Cedex