HAL open science

Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale

Ilham Kasmi

To cite this version:

Ilham Kasmi. Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01901674

HAL Id: dumas-01901674

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901674v1

Submitted on 23 Oct 2018

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État de Médecine Générale
PAR
KASMI Ilham
Née le 03 juillet 1991 à Mont Saint Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 SEPTEMBRE 2018

« IMPACT DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS LA VIE ET LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN NORMANDIE ORIENTALE »

PRESIDENT DE JURY	Monsieur le Pr. JOLY Luc-Marie
MEMBRES DU JURY	Monsieur le Pr. VEBER Benoit Madame le Dr. LAINE Marianne
DIRECTEUR DE THESE	Monsieur le Dr. JOSPIN Jean-Luc

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

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

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement

Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence

Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie

Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique

Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS

A mon président du jury,

Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie

Chef de service des Urgences du CHU Charles-Nicolle de Rouen

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury et je vous en suis sincèrement reconnaissante. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

A mon jury,

Monsieur le Professeur VEBER Benoit

Vice-Doyen des Études Médicales de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen, Chef de service de la Réanimation Chirurgicale du CHU Charles-Nicolle de Rouen.

C'est un honneur pour moi de vous compter parmi mon jury de thèse. Mon stage d'externat dans votre service a influencé mon parcours. Merci pour votre bienveillance.

Madame le Docteur LAINE Marianne

Médecin généraliste, Maître de conférence associée

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et je vous en suis très reconnaissante.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur JOSPIN Jean-Luc

Médecin généraliste

Vous avez accepté de diriger ma thèse, et c'est avec tout mon respect que je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée.

Un remerciement à tous les médecins généralistes qui m’ont accordé leur temps et de leur gentillesse. Sans vous, ce travail n’aurait pas vu le jour.

Je dédie mon travail à toi maman, qui m'a appris à rester combative y compris dans les moments difficiles…et pour tout ton soutien que tu m'as apporté durant toutes ces années.

A toi, mon frère, je te remercie d'avoir porté un œil bienveillant et de me redonner du courage…
Vous êtes mes fidèles soutiens et je vous suis reconnaissante de tout.

Paul…que dire de plus à part un grand merci pour tout ton soutien. Comme tu le disais « tu vas en voir le bout »…ce bout est arrivé. Tu as toujours cru en moi. Tu es un membre à part entière de la famille.

Merci à toi Gabriel pour ta bonne humeur et tous nos moments de fous rires…le temps est passé tellement vite depuis la néphro. Tu es ma plus belle rencontre de toutes ces années d'étude.

Un grand merci à tous mes amis et co-internes pour tous ces bons moments passés…je n'en garde que de bons souvenirs.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dansl'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences »

Françoise DOLTO

Médecin, Psychanalyste (1908-1988)

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS *14*

ABREVIATIONS *23*

RESUME *24*

INTRODUCTION *26*

METHODE *30*

I. Choix de la méthode **30**

II. Choix du script **30**

III. Description de l'échantillon **31**

IV. Analyse des données **31**

RESULTATS *33*

I. Description de l'échantillon **33**

II. Les débuts en maison de santé pluridisciplinaire **35**

A. Motivations à intégrer une MSP 35

1. Projet commun 35

2. Convivialité 36

3. Enjeu de santé publique 37

4. Pluridisciplinarité 39

5. Temps de travail 41

6. But financier 42

B. Craintes à l'intégration d'une MSP 43

1. Sur le plan financier 43
2. Exercice de groupe 43
3. Temps de travail, perte d'activité et d'indépendance 44

III. Le vécu personnel en MSP 46

A. Le temps de travail 46
1. Aménagé 46
2. Inchangé 47
3. Augmenté 48
B. Formations professionnelles, personnelles et en lien avec la MSP 48
C. Vie personnelle et qualité de vie 51
D. Financièrement 53
1. Revenus 53
2. Charges 54

IV. La pratique médicale en MSP 56

A. Relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire 56
1. Bon relationnel 56
2. Difficultés 57
B. Organisation au sein de la MSP 58
C. Confort d'exercice 59
D. Suivi du patient 60
E. Sécurité ressentie par le médecin 62
F. Sécurité ressentie par le patient 64
G. Recommandez-vous l'exercice en MSP ? 66
H. Regrettez-vous votre intégration en MSP ? 68

DISCUSSION 70

I. L'étude 70

II. Discussion de la méthode 71

A. L'échantillon 71

B. Les entretiens 72

C. La retranscription des données 73

III. Discussion des résultats 73

A. Motivations 73

B. Craintes 74

C. Projet de santé 75

D. Financièrement 76

E. Attractivité et lutte contre la désertification médicale 77

F. Avantages et inconvénients 78

1. Avantages 78

2. Inconvénients 79

- Conflits 79
- Charges de travail administratives 81
- Nomadisme médical 82

G. Bilan d'exercice 82

H. Mesures du gouvernement et aides à la création de MSP 83

IV. Pour aller plus loin… 86

CONCLUSION 88

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 90

ANNEXES 94

Annexe 1 : Questionnaire 94

Annexe 2 : Démographie des médecins généralistes en Normandie Orientale (33) 97

Annexe 3 : Zonage des médecins en Normandie Orientale 99

Annexe 4 : Zonage des MSP en Normandie Orientale 100

Annexe 5 : Brochure 101

ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnelle
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de Santé Libérale en Équipe
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
FMC	Formation Médicale Continue
HTA	Hypertension artérielle
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NMR	Nouveau Mode de Rémunération
PMI	Centre de Protection Maternelle et Infantile
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SCI	Société Civile Immobilière
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

RESUME

Introduction : Face à une demande de soins croissante sur le territoire de Normandie Orientale, les maisons de santé pluridisciplinaires proposent une pratique nouvelle en médecine générale. La Normandie Orientale est confrontée aux déserts médicaux liés au vieillissement des médecins et de la population.
Objectif : L'objectif de l'étude est d'explorer l'impact de l'exercice en MSP dans la vie et la pratique des généralistes exerçant en Normandie Orientale.
Méthode : Le recueil des données a eu lieu dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime d'octobre 2017 à juillet 2018. C'est une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données, enregistrés avec accord, des médecins généralistes. La retranscription des données a été réalisée sur le tableur *Numbers*. L'effectif de vingt médecins généralistes a permis la saturation des données.
Résultats : Parmi les motivations, les médecins généralistes recherchent un exercice de groupe afin de mutualiser les moyens et les compétences, d'aménager le temps de travail et pour certains, c'est un enjeu de santé publique. Peu de médecins ont présenté des craintes d'intégrer une MSP. La convivialité qui s'installe dans ces structures assure de meilleures conditions d'exercice, et en amont, une amélioration de la qualité de vie. Leur exercice est perçu comme plus sécurisant pour les praticiens et les patients du fait d'une réelle coordination des soins organisée autour du patient. Cependant, le coût peut être perçu comme un frein à l'installation. Les médecins interrogés font état de coûts élevés, équilibrés par une meilleure qualité de vie et de travail. Les limites présentées sont en lien avec l'exercice de groupe et les conflits que cela peut générer. Les charges de travail administratives sont liées à la mise en place de projets, qui représentent les fondations de ces structures. Les projets sont portés par des « leaders » ou coordinateurs. Les éléments de la littérature confirment les résultats de notre étude.
Conclusion : L'exercice en MSP est en plein essor, et leur attractivité permet peu à peu de lutter contre la désertification médicale. Ces structures pérennisent la profession. Une réelle dynamique de groupe et une harmonisation des pratiques paraissent nécessaires à son bon fonctionnement.
Mots-clés : Maison de santé pluridisciplinaire, Médecin généraliste, Normandie Orientale, Pluridisciplinarité, Vécu, Pratique, Convivialité, Temps de travail, Motivations, Coordinateur, Leader, Conflit, Projet, Qualité de vie.

SUMMARY

Introduction: Facing a growing demand for care in Eastern Normandy, Multidisciplinary Health Centers (MHC) offer a new practice in general medicine. Eastern Normandy has to deal with medical desertification both linked to the ageing of the general practitioners (GPs) and its population.

Objective: The study aims at exploring the impact of MHC exercise in the life and practice of GPs settled in Eastern Normandy.

Method: The data collection took place in the Eure and Seine-Maritime counties from October 2017 to July 2018. Based on semi-structured interviews until data saturation, this qualitative survey was recorded with the agreement of the general practitioners. The data transcription was performed on the Numbers spreadsheet. The number of twenty general practitioners led to the data saturation.

Results: Among their motivations, general practitioners seek a group exercise to pool resources and skills, to arrange their working time and for some, it even represents a public health issue. Few GPs admitted some fears prior to integrate a MHC. The conviviality that prevails in these structures ensures better conditions of exercise, and upstream, an improvement of their quality of life. Their exercise is considered as safer for both practitioners and patients because it enables a real coordination of care provided to the patient. However, the costs can be a barrier to join a MHC. The interviewed GP's refer to high costs balanced by a better quality of life and work. The pointed limits are the difficulties to work as part of a group and the conflicts that may occur. Administrative workloads are related to the setting up of projects, which represent the basis of these structures. Projects are led by "leaders" or coordinators. The consulted literature confirms the results of our study.

Conclusion: The exercise in MHC is booming, and their attractiveness allows little by little to fight against medical desertification. These structures contribute to perpetuate the profession. A dynamic group management and a harmonization of practices are the main conditions of its proper performance.

Keywords: MHC Multidisciplinary Health Center, General practitioner, Eastern Normandy, Multi-disciplinarity, Personal experience, Practicing, Conviviality, Working time, Motivations, Coordinators, Leaders, Conflict, Project, Quality of life.

INTRODUCTION

Nées en 2007, les maisons de santé pluridisciplinaires voient un développement croissant directement en lien avec le vieillissement de la population, et des disparités géographiques de l'offre de soins (1). Ces structures, qui sont des alternatives à l'exercice libéral en cabinet de médecine générale, offrent aux professionnels de santé libéraux des conditions d'exercice plus favorables.

Le code de santé publique (2) définit actuellement les maisons de santé pluridisciplinaires comme étant une « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Dans les missions potentielles (3) (4), des maisons de santé figurent : la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, l'activité de recherche, le développement continu professionnel des praticiens, des sages-femmes et du personnel paramédical, une action d'éducation et de prévention, une aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, les actions de santé publique, la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, les soins dispensés aux personnes retenues / séjour des étrangers / droit d'asile et les soins dispensés aux personnes retenues dans les centre socio-médico-judiciaires de sureté.

Elles apparaissent comme un moyen de transformer les pratiques de soins de premier recours par C. Fournier dans son travail de thèse de sociologie après analyse de la littérature (5).

C'est dans un contexte d'évolution de l'offre et de la demande de soins que s'inscrit le développement du regroupement des professionnels de santé libéraux et du travail interprofessionnel. Ces structures sont définies par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (6) comme des acteurs essentiels de l'offre de soins de premier recours mettant ainsi une meilleure coordination des soins.

Les missions définies du médecin généraliste sont illustrées par la marguerite des compétences :

Les maisons de santé pluridisciplinaires se différencient des cabinets de groupe par l'exercice pluri-professionnel et coordonné. En effet, la collaboration entre les différents professionnels est basée sur l'élaboration d'un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est un lieu qui concentre différents professionnels médicaux (médecins de différentes spécialités, dentistes, sages-femmes…), paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes, psychométriciens, orthophonistes…), sociaux (assistants sociaux, associations d'aides à domiciles, Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)…).

La région de Haute-Normandie connait de grandes disparités en termes de démographie et d'activité des médecins généralistes (Annexes 2 et 3). Devant une demande de soins

accrus, avec un élargissement du champ de compétence des médecins généralistes, les maisons de santé pluridisciplinaires seraient une solution pour assurer une offre de soins adaptée et harmonieuse.

Devant ce mode d'exercice en voie d'expansion, nous nous sommes demandé quelles étaient les motivations des médecins généralistes pour une pratique professionnelle dans ces structures.

L'objectif de l'étude est d'explorer le vécu des médecins généralistes au-delà d'un an d'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) en Seine-Maritime et dans l'Eure. Pour explorer ce vécu, nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels avec exploitation des données à l'issue de ces derniers.

METHODE

I. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur un recueil de données lors d'entretiens individuels semi-directifs jusqu'à épuisement des effectifs et saturation des données.

Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord des praticiens. Les praticiens étaient informés que les données étaient utilisées à but uniquement universitaire pour ce travail tout en préservant l'anonymat de chacun. Le recueil des informations pouvait être soit par entretien lors d'une rencontre du praticien, soit lors d'un entretien téléphonique. Ce choix était lié à la disponibilité du médecin interviewé.

II. Choix du script

Les entretiens sont basés sur un ensemble de questions (Annexe 1). Les grands thèmes abordés ont été :

- Les généralités : la présentation du professionnel interviewé et de la MSP
- Les débuts du praticien en MSP
- Le vécu personnel actuel du praticien en MSP
- La pratique médicale en MSP
- Le bilan de l'exercice en MSP

Des thèmes de relance ont ensuite été utilisés afin de permettre la formulation des idées manquantes. La fin de l'entretien se termine par une question ouverte « Avez-vous des choses à ajouter ? ».

III. Description de l'échantillon

Les critères d'inclusions étaient : des médecins généralistes exerçant depuis au moins un an en maison de santé pluridisciplinaire dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure.

Le critère d'exclusion principal était une pratique en maison de santé depuis moins d'un an.

Le nombre de participants n'avait pas été déterminé à l'avance puisque le mode de travail d'analyse était basé sur la saturation des données recueillies. Dès lors que les entretiens n'apportaient plus d'élément nouveau, nous avions considéré être arrivé à saturation des données et donc du nombre de praticiens nécessaire à notre étude.

IV. Analyse des données

Les entretiens avaient tous été retranscrits dans leur intégralité un à un. Un codage des verbatim avait été réalisé puis intégré aux critères d'analyse de l'étude sous forme de tableau *Numbers*. Chaque idée nouvelle correspondait à un code. Parmi les critères figuraient : la présentation du médecin généraliste (âge/sexe/ exercice antérieur à l'intégration en maison de santé), le début d'exercice en maison de santé (motivations et

craintes à l'intégration de la maison de santé), le vécu personnel de l'exercice en maison de santé (temps de travail, formations, vie personnel, plan financier, relationnel entre professionnels, plan organisationnel), la pratique médicale en maison de santé (lutte contre la désertification médicale, attractivité, suivi et sécurité dans les prises en charge) et le bilan de l'exercice en maison de santé (avantages et inconvénients).

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Vingt médecins généralistes ont participé à l'étude. L'échantillon comprenait 7 femmes et 13 hommes d'un âge allant de 28 ans à 62 ans.

Huit médecins généralistes exerçaient dans l'Eure contre 12 en Seine-Maritime. Le profil des généralistes de l'étude avant leur installation en maison de santé pluridisciplinaire était de l'ordre de 55 % pour l'exercice de groupe, 20 % exerçaient un travail individuel et 25 % avaient un exercice mixte, à la fois individuel et de groupe, par leur statut de remplaçant.

Les entretiens ont eu lieu d'octobre 2017 à juillet 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes.

La population de médecins généralistes de l'étude est détaillée dans le tableau ci-dessous :

<u>Tableau 1 :</u> les caractéristiques de l'échantillon

Professionnels	Genre F/H	Tranche d'âge (année)	Début d'activité	Activité avant installation	Locataire ou propriétaire avant MSP	Département d'exercice
Médecin 1	F	50-60	Salarié et libéral	Groupe	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 2	H	50-60	Libéral	Individuel	Propriétaire	Seine-Maritime
Médecin 3	H	50-60	Libéral	Individuel	Propriétaire	Seine-Maritime
Médecin 4	H	60-70	Libéral	Groupe	Propriétaire	Seine-Maritime
Médecin 5	H	30-40	Libéral	Groupe	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 6	H	20-30	Libéral	Mixte	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 7	H	40-50	Salarié et libéral	Mixte	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 8	F	60-70	Libéral	Mixte	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 9	H	40-50	Libéral	Groupe	Locataire	Eure
Médecin 10	H	30-40	Libéral	Mixte	Locataire	Eure
Médecin 11	H	60-70	Libéral	Individuel	Propriétaire	Eure
Médecin 12	F	20-30	Libéral	Groupe	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 13	F	30-40	Libérale	Groupe	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 14	H	30-40	Salarié et libéral	Groupe	Propriétaire	Seine-Maritime
Médecin 15	F	40-50	Libéral	Groupe	Locataire	Eure
Médecin 16	F	20-30	Libéral	Mixte	Locataire	Eure
Médecin 17	H	40-50	Salarié et Libéral	Groupe	Locataire	Eure
Médecin 18	F	40-50	Libéral	Groupe	Locataire	Seine-Maritime
Médecin 19	H	50-60	Libéral	Individuel	Propriétaire	Eure
Médecin 20	H	30-40	Libéral	Groupe	Locataire	Eure

II. Les débuts en maison de santé pluridisciplinaire

A. Motivations à intégrer une MSP

Deux médecins généralistes parmi les vingt interviewés ont intégré la maison de santé dans un contexte de difficultés personnelles avec la nécessité de trouver rapidement un local afin de pouvoir exercer. Ils n'ont pas eu de démarche motivationnelle à la pratique en maison de santé.

1. Projet commun

Avant même la création de la maison de santé, plusieurs médecins rapportent la création d'un groupe en amont afin de permettre l'élaboration d'un projet commun autour de la MSP.

Médecin 4 *« Avant même d'avoir créé la maison de santé…on avait pris l'habitude de travailler ensemble entre médecins…et à collaborer autour du patient…On a appris à travailler avec des infirmières et du personnel de l'hôpital donc pluri-professionnalité ».*

Médecin 5 *« Avant de monter cette maison de santé, j'ai monté une association de professionnels. Le but de cette association était de monter cette maison de santé avant d'être regroupé physiquement ensemble », « Je pense que ça c'est vraiment nécessaire parce que c'est vraiment un ciment dans les fondations ».*

Médecin 6 *« Je connaissais mon collaborateur, c'était mon maitre de stage » « Comme j'avais remplacé avant les médecins, du coup je les connaissais déjà ».*

Médecin 12 *« Je connaissais mes associés. Je savais avec qui j'allais m'associer ».*

Médecin 14 *« Le fait de pouvoir développer des modalités d'apprentissage et des pratiques nouvelles…euh la pratique des soins coordonnés ».*

Médecin 15 *« Nous avions appris à travailler ensemble avant d'intégrer la maison de santé… ».*

Médecin 17 *« En tant que porteur de projet euhh… il était important de savoir avec qui j'allais travailler pour mener à bien ce projet ».*

Médecin 19 *« Je savais que pour travailler en maison de santé il fallait un projet solide avec une équipe solide (sourire) ».*

Médecin 20 *« Ce qui fait qu'une maison de santé soit une maison de santé c'est son projet et le travail en amont de sa création ».*

2. Convivialité

Parmi les motivations à intégrer une maison de santé, la majorité des médecins généralistes évoquent la convivialité.

Médecin 1 *« On espère qu'il y a une convivialité qui va se créer ».*

Médecin 3 *« Ma motivation…c'est pour la convivialité ».*

Médecin 4 *« L'exercice pluri-professionnel a une convivialité ».*

Médecin 5 *« Quand je parle de travail de groupe je parle aussi de convivialité ».*

Médecin 6 *« La convivialité je pense que c'est quand même important ».*

Médecin 7 *« Quand c'est convivial c'est mieux ».*

Médecin 8 *« Je cherchais le caractère convivial, parce que tous les médecins mangent ensemble le midi…on le voulait depuis le départ (rires) ».*

Médecin 9 *« Oui je recherchais de la convivialité ».*

Médecin 10 *« Ah oui oui oui je voulais de la convivialité ».*

Médecin 12 *« Travailler seul c'est travailler de manière pauvre je trouve ».*

Médecin 13 *« Oui je recherchais de la convivialité, bah ouai ».*

Médecin 15 *« La convivialité c'est très important pour rendre le travail agréable ».*

Médecin 17 *« C'est toujours mieux de pouvoir travailler avec des gens et que ça se passe bien…Euh oui, c'est important de bien s'entendre ».*

Médecin 18 *« Quand on peut joindre l'utile à l'agréable au boulot c'est mieux (rires)…c'est sûr que travailler à plusieurs c'est plus sympa ».*

Médecin 19 *« Je cherchais un travail de groupe pour partager et me sentir moins seul dans ma pratique ».*

Médecin 20 *« Une de mes motivations c'était l'exercice à plusieurs, partager avec les paramédicaux…avec un même dynamique de groupe ».*

Un médecin généraliste n'a pas considéré la convivialité comme étant une motivation *« Non, pas du tout. Alors là c'est pas mon truc ».*

3. Enjeu de santé publique

Ce critère fait pleinement parti des motivations des généralistes interviewés.

Médecin 1 *« Par contre c'est un enjeu de santé publique ».*

Médecin 3 *« Oui l'enjeu de santé publique était un petit peu une motivation ».*

Médecin 4 *« Sur le plan de la santé publique, oui ça a été quelque chose qui nous a motivé ».*

Médecin 5 *« Les deux principaux points était de dynamiser ce territoire là… »*, *« Evidemment qu'il y avait un enjeu de santé publique, oui…bah oui. Tu as un vrai enjeu de santé publique ».*

Médecin 6 *« L'objectif est de pouvoir faire des actions sur le territoire ».*

Médecin 7 *« C'est le pôle de santé du territoire donc on est forcément impacté dans la santé publique ».*

Médecin 8 *« Pour l'enjeu de santé publique…euh oui quand même ».*

Médecin 10 *« Dans le projet il y avait derrière un enjeu de santé publique ».*

Médecin 11 « *Mon intérêt c'est ça…comment faire évoluer la médecine en sachant que notre exercice seul n'est plus un exercice qui va être intéressant ?... Comment faire pour proposer aux jeunes un outil de travail intéressant, différent pour qu'ils viennent travailler à la campagne ? ».*

Médecin 12 *« Un enjeu de santé publique…eh oui…maintenir un pôle de santé dans un petit village avec un désert médical tout autour. Donc oui je me sentais plus, pas dans le devoir, mais quelque part d'avoir la chance d'avoir une maison de santé un peu dans le désert. Donc des bonnes conditions pour pouvoir faire apprécier à la population autour ».*

Médecin 14 *« L'idée est de pouvoir apporter une dimension un peu plus communautaire à notre pratique, euh…en associant à la fois une démarche individuelle autour de chaque patient et une démarche un peu plus collective territoriale en facilitant la coopération avec les autres professionnels, les institutions comme les PMI, enfin voilà…pour pouvoir mettre en place des actions un peu plus ciblées et adapté à la population ».*

Médecin 15 *« Pratique la médecine dans des endroits quasi dépourvus de médecin c'est important pour moi ouai… »*

Médecin 16 *« Il y avait clairement un enjeu de santé publique dans ma démarche d'intégrer une maison de santé comme celle-là ».*

Médecin 19 *« Avant d'être en maison de santé, je travaillais seul dans un petit village, c'était compliqué de répondre à toutes les demandes des patients… je pense qu'être en maison de santé ça peut être une aide ».*

4. Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité et le travail en groupe sont des thèmes récurrents lorsque l'on interroge les médecins généralistes qui exercent en maison de santé. Cela a d'ailleurs fait partie de leurs motivations.

Médecin 1 *« J'ai donc voulu organiser un projet avec une belle équipe. C'est surtout l'intérêt intellectuel pluridisciplinaire ».*

Médecin 3 *« Ma motivation de base c'est le regroupement à plusieurs pour pouvoir mutualiser, pour pouvoir s'aider les uns les autres ».*

Médecin 4 *« L'exercice pluridisciplinaire, je dirai plutôt pluri-professionnel…c'est beaucoup plus agréable pour nous ».*

Médecin 5 *« Alors les principales motivations…euh…rompre avec l'exercice isolé. Avoir la dynamique du coup du groupe ».*

Médecin 6 *« La première motivation était que je voulais travailler en groupe surtout. Ça m'intéressait bien. J'avais pas envie d'être tout seul dans un cabinet. Je voulais être avec*

plein de médecins généralistes et le coté pluridisciplinaire c'était intéressant. Ça permet de faire des réunions et des travaux de groupe ».

Médecin 7 *« Bah travailler avec d'autres personnes, d'autres collègues médecins, d'autres collègues d'autres corporations (infirmières, assistantes sociales…euh dentistes, enfin voilà quoi). Pour une prise en charge globale, c'est pratique. Et puis voilà pour ne pas être tout seul à tout gérer ».*

Médecin 8 *« Mes motivations…pour justement ne plus être tout seul quoi, pour être en groupe, c'était plus intéressant de se regrouper pour s'aider mutuellement…euh…dans notre activité ».*

Médecin 10 *« Dans mes motivations…la communication entre les personnes et le fait de travailler à plusieurs, c'était ce qui m'intéressait ».*

Médecin 11 *« La recherche de la pluridisciplinarité est venu après dans un deuxième temps. Les jeunes ont appris beaucoup plus que nous à travailler en groupe, ils ont besoin de cette pluridisciplinarité ».*

Médecin 12 *« Travailler seul c'est travailler de manière pauvre je trouve ».*

Médecin 13 *« Le fait de pouvoir échanger avec des associés des cas difficiles, de profiter de l'expérience de ceux qui étaient plus âgés ».*

Médecin 14 *« Déjà c'était de faciliter la coopération avec les autres, à la fois la coopération entre les médecins généralistes et les entre les médecins généralistes et les autres professions de santé. De mettre en place des réunions de concertation autour des patients complexes »,*

Médecin 15 *« La pratique pluri-professionnel…c'est ce qui va m'enrichir le plus je pense ».*

Médecin 16 *« Pouvoir communiquer avec d'autres professionnels c'est un atout je pense, surtout dans la prise en charge des patients ».*

Médecin 19 *« Ayant pratiqué depuis près de 35 ans la médecine seul chez moi, j'avais envie de changement, de travailler avec d'autres professionnels ».*

Médecin 20 *« C'est important de se regrouper ».*

5. Temps de travail

Un médecin sur deux a considéré que le temps de travail était un critère motivant pour intégrer une maison de santé.

Médecin 4 *« Avant d'intégrer la MSP, on avait commencé à réfléchir sur nos contraintes communes pour l'aménagement du temps de travail ».*

Médecin 5 *« Les deux principaux points étaient de dynamiser ce territoire là et de diminuer ma charge de travail ».*

Médecin 7 *« Bien sûre qu'il y avait le temps de travail comme motivation ».*

Médecin 8 *« Pour l'aménagement du temps de travail…oui justement c'est pour ça qu'on s'est mis à plusieurs. J'ai travaillé jusqu'à 22 heures à l'époque…donc voilà… c'est pas possible ça ».*

Médecin 10 *« L'idée c'était que quelqu'un puisse être là quand je n'étais pas là pour gérer mes patients. D'être plus tranquille pour partir en vacances etc ».*

Médecin 11 *« L'idée est : comment proposer aux jeunes des lieux dans lequel ils vont pouvoir avoir beaucoup plus de temps de libre ? … et ça ça peut se faire à travers du temps partiel ».*

Médecin 13 *« La motivation c'est que ça donne de la souplesse dans l'emploi du temps ».*

Médecin 15 *« Pouvoir gérer son temps de travail c'était un élément important ».*

Médecin 17 *« Le temps de travail faisait partie de mes motivations…oui ».*

Médecin 19 *« La pratique de la médecine seul, de manière isolée sans avoir à quelle heure on finit…c'est plus possible, ce n'est plus dans l'ère du temps ».*

6. But financier

Deux médecins généralistes ont évoqué le caractère financier comme étant une motivation à l'intégration d'une maison de santé.

Médecin 3 *« Sur le plan financier je pensais qu'il y avait un intérêt oui…au niveau des charges ».*

Médecin 8 *« Oui il y avait un objectif financier, car ça permet de prendre une secrétaire, même plusieurs secrétaires et de partager les frais alors que quand on est tout seul… L'objectif financier c'était dès le départ…On trouvait que financièrement c'était plutôt intéressant. Quand on est à plusieurs pour le financement c'est ».*

B. Craintes à l'intégration d'une MSP

Très peu de médecins ont eu des craintes avant et pendant leurs débuts en maison de santé.

1. Sur le plan financier

Médecin 2 *« J'en connaissais l'existence (des MSP), mais pour moi financièrement ce n'était pas intéressant ».*

Médecin 19 *« J'étais propriétaire avant d'être en maison de santé. Je savais que ça allait être couteux ».*

2. Exercice de groupe

Parmi les médecins interrogés, l'exercice de groupe en MSP pouvait être perçu comme une crainte à l'installation.

Médecin 5 *« Euh honnêtement je n'en ai pas énormément. On pourrait imaginer la mauvaise ambiance » « Il ne faudrait pas croire que parce que tu t'installes en maison de santé que tu vas être déchargé des contraintes administratives…il ne faudrait pas que ça aille jusqu'à la déresponsabilisation. Ça, ça pourrait être une crainte tu vois ».*

Médecin 6 *« Quand tu arrives dans un grand groupe comme ça, tu as toujours une crainte de ne pas t'entendre avec les gens ».*

Médecin 14 *« J'avoue que non j'avais pas de crainte…La seule crainte aurait pu être que certains de mes collègues aient des difficultés de coopération, de partage et d'échange des données etc…euh, avec d'autres professionnels. Mais personnellement je n'avais pas de crainte ».*

Médecin 19 *« Passer d'un exercice seul à un exercice de groupe…faut bien s'entendre quoi, sinon ça peut être compliqué ».*

3. Temps de travail, perte d'activité et d'indépendance

Aucun des médecins n'a considéré ces critères comme pouvant être des craintes à l'installation en maison de santé.

Médecin 1 *« Je n'avais pas de crainte à la création de la MSP car c'est moi qui l'ai organisé, donc je n'ai pas de crainte ».*

Médecin 3 *« Euh des craintes…moi non…mmh…non. Je n'avais pas de crainte sur la perte d'activité, ici le problème ne se pose pas. On est archi sous médicalisé donc euh il n'y a aucune crainte de perte d'activité » « Pas de peur de perte d'indépendance non »*

Médecin 4 *« Pour la marginalisation, c'est exactement le contraire. On retrouve une vraie place » « Perte d'activité…bah non » « Pour la perte d'indépendance c'est la même chose. J'ai une indépendance…j'ai l'impression d'avoir retrouvé une véritable place légitime dans le système, d'être libre de faire ce que je fais et de porter des projets…parce que je ne suis pas tout seul ».*

Médecin 7 *« Des craintes…bah non, pas du tout surtout que j'avais remplacé ces gens-là avant. Je les connaissais d'avant donc non ».*

Médecin 8 *« Euh ben…des craintes…non je ne pense pas…(rires)…à l'époque je ne crois pas. Pour la perte d'activité et d'indépendant…non non parce qu'en fait on n'a pas vu d'inconvénient ».*

Médecin 9 *« Je n'avais pas de crainte ».*

Médecin 10 *« Absolument pas de crainte…non pas du tout ».*

Médecin 11 *« Des interrogations oui mais pas de craintes ».*

Médecin 12 *« J'avais zéro crainte. Pas de crainte sur l'activité et mon indépendance ».*

Médecin 13 *« La maison de santé c'est celle de mon maitre de stage quand j'étais interne. Je connaissais bien tout le monde, je connaissais le fonctionnement. Donc non il n'y avait pas de crainte ».*

Médecin 15 *« Aucune crainte ».*

Médecin 16 *« Je connaissais déjà les médecins de la maison de santé, donc non pas de crainte pour moi (sourire) ».*

Médecin 17 *« Euh des craintes…je réfléchis…(sourire)…je ne pense pas en avoir eu ».*

Médecin 18 *« Non on ne peut pas parler de crainte…non non (sourire) ».*

Médecin 20 *« Pas du tout de crainte. Aucune ! ».*

III. Le vécu personnel en MSP

A. Le temps de travail

1. Aménagé

La moitié des médecins généralistes disent avoir un temps de travail aménagé depuis leur installation en MPS.

Médecin 4 *« Le temps de travail est complètement organisé, ce qui m'a permis de faire autre chose », « Bref je fais du travail en dehors ce qui me permet d'envisager la fin de ma carrière sur un mode complètement différent ».*

Médecin 5 *« Alors à titre personnel, bah pour moi, c'est une journée de repos par semaine que je n'avais pas…ça change la vie », « C'est aussi plus de surbooking sur mon planning parce que du coup j'ai un collègue installé avec moi qui absorbe tout le surbooking qu'on pouvait me rajouter tous les jours ».*

Médecin 7 *« Euh sur le plan du temps de travail c'est parfait. Moi j'y vois vraiment un gros intérêt…car j'ai pu m'organiser de manière que mon emploi du temps soit fixe ».*

Médecin 8 *« Concernant le temps de travail, chacun fait ce qu'il veut quand même mais on essaie de respecter chacun pour pas qu'il y en ait un de lésé…on discute, on planifie d'avance ».*

Médecin 9 « *Sur le temps de travail, ça me convient très bien. Le temps de travail est plus aménagé oui. Je pense travailler un peu moins mais c'est une volonté oui ».*

Médecin 12 *« J'ai la chance de pouvoir travailler 4 jours par semaine seulement en faisant certes des grosses journées. Mais oui je pense que j'ai un temps de travail tout à fait correct ».*

Médecin 13 *« Le temps de travail est bien aménagé. On choisit chacun le nombre de jours qu'on veut travailler par semaine…je sais que mes associés peuvent prendre en charge mes patients…Donc on ne peut pas rêver mieux ».*

Médecin 15 *« J'ai la possibilité d'organiser mon temps de travail. Et savoir que ses patients sont pris en charge par les collègues en cas de besoin de ça aide beaucoup ».*

Médecin 18 *« On peut dire que j'ai plus de temps pour faire autre chose ».*

2. Inchangé

Pour la moitié des médecins généralistes le temps de travail est inchangé et indépendant de l'exercice en MSP.

Médecin 2 *« Mon temps de travail n'a pas changé ».*

Médecin 3 *« Concernant le temps de travail, de toute façon je suis à saturation. Avant j'étais à saturation et maintenant je suis toujours à saturation ».*

Médecin 6 *« Sur le temps de travail ça reste des horaires de médecin généraliste de base je pense… Je ne pense pas qu'être en maison de santé réduise les horaires par rapport à un cabinet normal ».*

Médecin 10 « *En termes de temps de travail au quotidien je ne suis pas sûr que ça ait changé quelque chose d'être en maison de santé. Euh…oui je m'accorde plus de temps…à contrario le fait d'être en maison de santé ça demande aussi qu'il y ait un travail*

pluridisciplinaire à coté qui n'est pas négligeable, surtout en terme administratif. On perd du temps autour du patient mais on a plus de réunions ».

Médecin 11 *« J'ai toujours limité mon activité ».*

Médecin 16 *« Je ne pense pas travailler plus ou moins qu'avant ».*

Médecin 20 *« Le temps de travail reste lié à sa propre activité…enfin c'est comme ça que je vois les choses et je le constate ».*

3. Augmenté

La charge de travail peut se voir augmenter, en lien avec les taches nouvelles et notamment le statut de coordinateur. Deux médecins généralistes l'ont évoqué.

Médecin 1 *« Je travaille plus en tant que coordinatrice, je fais plein de choses ».*

Médecin 14 *« Le fait d'être en maison de santé n'a pas changé grand-chose sur le temps de travail à part que ça nécessite des efforts de coordination. Ce temps de coordination là est important et il ne faut pas le négliger si on veut que cela fonctionne bien ».*

B. Formations professionnelles, personnelles et en lien avec la MSP

La pratique d'une activité extérieure à la MSP a été fréquemment rapportée par les praticiens, la majorité d'entre eux étant des maitres de stage universitaire.

Parmi les médecins interrogés, 71% étaient maitre de stage.

Les formations professionnelles et personnelles habituellement suivie avant l'intégration en MSP ont été poursuivies après l'intégration en MSP. L'exercice en maison de santé rajoute des formations supplémentaires de groupe avec l'élaboration de projets.

Médecin 1 *« Les formations peuvent être bien pour les patients, mais sur le plan personnel avec les FMC ».*

Médecin 2 *« Euh formations professionnelles, euh…moi j'en faisais déjà beaucoup en dehors donc ça ne change rien. On a réussi à faire une formation sur la BPCO en faisant un PowerPoint avec le kiné. On a présenté ça aux autres professionnels qui étaient là et ça c'est vrai que c'est une ouverture supplémentaire ».*

Médecin 3 *« Au niveau des formations personnelles, pas de changement…l'idée c'était de faire des formations professionnelles, des réunions de groupe ».*

Médecin 4 *« Pour les formations professionnelles, je suis plutôt sur cet axe-là. On est en train de faire des formations sur l'autisme, le dépistage, médecine du sport. On peut envisager pas mal de choses ».*

Médecin 5 *« Je me suis toujours formé, ça n'a pas changé grand-chose pour moi. Ce qui change peut-être aujourd'hui c'est qu'on se forme ensemble…On vit la même formation et ça permet d'impulser des choses…on est tous dans la même dynamique ».*

Médecin 6 *« On fait des formations de groupe du coup. On a des réunions de groupe qu'on fait le soir…ce n'est pas désagréable ».*

Médecin 7 *« On a un objectif de formations en commun. Après les formations on les fait sur le temps du midi ou le soir. Donc ça n'a pas d'impact sur l'activité de consultation »*

Médecin 8 *« Chacun fait les formations qu'il souhaite. Les collègues plus jeunes partent en formation ensemble, donc ça change pour eux ».*

Médecin 10 « *J'ai toujours eu la volonté de me former… Il y a certaines formations que j'ai fait dans le cadre de la maison de santé. Il y a d'autre champ de travail qui m'interroge. Il y a des formations au sein de notre maison de santé avec des groupes de pairs ».*

Médecin 12 *« Pour les formations ça a apporté un plus parce qu'on bénéficie de la formation du collègue qui nous raconte ce qu'il a entendu, ce qu'il a fait. On se motive pour faire nos formations continues ensemble souvent en essayant d'y trouver un attrait sympa…donc c'est plus motivant, et on les fait, je pense, plus efficacement ».*

Médecin 13 *« Comme c'est très convivial dans notre cabinet, on essaie de faire des formations ensemble ».*

Médecin 14 *« Maintenant on envisage la formation de manière pluri-professionnelle…euh…notamment il y a les réunions de concertation pluri-professionnelles autour de patients complexes qui ont lieu une fois par mois et qui réunissent les médecins, les infirmières et les pharmaciens ».*

Médecin 15 *« Il y a des formations au sein du groupe. On s'organise des topos qu'on se présente. On échange. C'est quelque chose de nouveau pour la pratique ».*

Médecin 16 *« On se forme ensemble…avec l'équipe…les kinés, les infirmières ».*

Médecin 17 *« On s'arrange pour faire nos formations ensemble, c'est plus sympa je trouve (sourire) ».*

Médecin 19 *« Avant je me formais seul. Je me suis toujours formé. Être en maison de santé ça apporte des formations de groupe je dirais… ça change (rires) ».*

Deux médecins généralistes estiment que travailler en maison de santé n'a pas d'impact sur les formations professionnelles ni personnelles.

Médecin 9 *« Travailler en MSP n'aide pas à faire plus de formation ».*

Médecin 11 *« Ça ne change rien pour les formations ».*

C. Vie personnelle et qualité de vie

La majorité des médecins rapporte une qualité de vie meilleure en maison de santé en comparaison à leur exercice antérieur.

Médecin 2 *« Sur le plan personnel c'est plutôt positif puisque finalement ce que je vivais très mal c'était que j'étais tout seul dans une zone déficitaire. Quand je rentrais à la maison je ruminais toute ma journée, tous mes problèmes. Ici, finalement on discute de nos petits problèmes. Ça change la vie de ce côté-là ».*

Médecin 4 *« Il y a le respect de la vie personnelle…avec la maitrise de son temps, de ne pas subir son temps de travail. C'est vraiment quelque chose que j'ai vécu pendant très longtemps et dont j'ai souffert énormément », « Il y a aussi le confort d'exercice ».*

Médecin 5 *« Je rentre plus tôt chez moi le soir, c'est très agréable pour tout le monde. Donc clairement en termes de qualité de vie j'en ai gagné ».*

Médecin 6 *« Sur le plan personnel, l'avantage est que je peux quand même avoir une journée de repos dans la semaine ce qui était difficile en étant tout seul ».*

Médecin 7 *« La qualité de vie est meilleure en maison de santé. C'est super reposable, quand tu sais que tu finis à 20h tu finis à 20h quoi… ça donne envie (rires) ».*

Médecin 8 « *La qualité de vie…c'est mieux. En maison de santé on a une meilleure qualité de vie. Si je veux prendre une journée je m'arrange avec mes collègues et puis je la prends…si je veux finir tôt le soir on s'arrange et on s'organise ».*

Médecin 10 *« La qualité de vie est meilleure car j'ai plus de facilité à prendre de repos ou autre ».*

Médecin 12 *« Je pense que la qualité de vie est mieux. Je pense que ma qualité de vie est correcte ».*

Médecin 13 *« Ah bah oui elle est améliorée. Moi j'ai une bonne qualité de vie ».*

Médecin 15 *« Sur le plan personnel c'est un avantage de travailler ici…à plusieurs. On sait à quelle heure on termine, c'est agréable ».*

Médecin 16 *« En tant que femme médecin c'est un plus d'être dans une structure comme celle-ci. On a plus de facilité pour gérer sa vie de famille sans qu'il y ait des impacts sur le boulot ».*

Médecin 18 *« On peut dire que j'ai une qualité de vie qui est améliorée oui…(sourires) ».*

Médecin 19 *« Je découvre une nouvelle pratique de la médecine. Je le vis mieux ».*

Pour d'autres, la qualité de vie est inchangée.

Médecin 1 *« La qualité de vie n'est pas meilleure car je travaille plus en tant de coordinatrice ».*

Médecin 3 « *Pas de changement concernant la vie personnelle. La qualité de vie est liée aux heures de travail globalement…et comme c'est toujours les mêmes ça ne change pas ».*

Médecin 11 *« Je n'y ai pas gagné en qualité de vie parce que je me débrouillais pas mal. J'avais réussi à lever le pied avant ».*

Médecin 14 *« La qualité de vie est plutôt bonne. Mais euh…je ne sais pas si on peut dire qu'elle a changé. Elle était déjà bonne avant (rires) ».*

Médecin 20 *« La qualité de vie reste lié à la charge de travail. Mon activité étant inchangée, je pense pas que ça change de ce point de vu là ».*

D. Financièrement

1. Revenus

A l'issu des entretiens, il n'a pas été décrit de modification des revenus par les généralistes qui exercent en MSP. Les revenus restent liés à leur activité.

Médecin 3 *« Le revenu reste similaire parce que je suis à saturation niveau activité, je ne peux pas changer de revenu ».*

Médecin 7 *« Je gagne bien ma vie, correctement. Je ne galère pas à chercher du malade et puis je ne déborde pas non plus de malades. On a un objectif de vacation à l'année avec le nombre de patient à faire globalement…et donc on a une rémunération fixe »*

Médecin 8 « *Les revenus sont liés à mon activité. Travailler en maison de santé n'a rien changé de ce côté-là ».*

Médecin 10 *« En comparaison à des personnes installées seules, c'est pas un gain d'argent d'être en maison de santé ».*

Médecin 11 *« Les revenus…ça n'a rien changé car j'ai toujours limité mon activité ».*

Médecin 13 *« La première année j'ai gagné progressivement plus parce que je voyais plus de patients ».*

Médecin 15 *« Ça n'a pas d'impact sur les revenus…en tout cas pas en ce qui me concerne ».*

Médecin 17 *« Les revenus sont identiques ».*

Médecin 20 *« Les revenus sont identiques. Ils sont liés à mon activité. Donc non pas de changement de ce côté-là ».*

Un seul médecin évoque une modification des revenus depuis son exercice en MSP.

Médecin 14 *« En termes de rémunération, ben oui forcément ça a changé parce que maintenant on touche euh…l'ACI et forcément ça rapport un petit peu d'argent au niveau de la SISA ».*

2. Charges

Pour la majorité des généralistes, il existe une augmentation des charges lors d'une installation en maison de santé. Ce coût supplémentaire est lié aux locaux qui sont plus grands pour permettre le regroupement des professionnels de santé.

Médecin 1 *« Il y a plus de dépenses communes avec de grands espaces communs, plus de secrétariat ».*

Médecin 2 *« Malgré tout une MSP c'est cher. Ça c'est sûr ».*

Médecin 3 *« Il y a un peu plus de charge…je pense que je paye plus de charges qu'avant bien que le loyer du local soit peu cher ».*

Médecin 4 « *Oui on a des charges beaucoup plus élevées ».*

Médecin 8 *« On a quand même pas mal de charge je trouve…(sourire)…tout le monde trouve même (rires) ».*

Médecin 10 *« Il y a plus de charges, y'a pas photo ».*

Médecin 13 *« Les charges sont importantes mais c'est une question de confort de travail ».*

Médecin 14 *« Au niveau des charges ça a changé, ça c'est sûre. Avant on avait des locaux vraiment vétustes, qui étaient petits, qui ne coutaient pas très très cher. On est arrivé dans des grands bureaux euh…On avait décidé d'investir pour avoir du confort et pour travailler dans de bonnes conditions. Ce confort a un coût. Mais c'était un choix dès le départ ».*

Médecin 16 *« Il y a des charges…c'est indéniable ».*

Médecin 19 *« J'ai plus de charge que dans mon ancien cabinet dont j'étais propriétaire… c'est certain ».*

Médecin 20 *« C'est sûr que travailler dans une belle structure ça a un coût… ».*

Pour trois médecins généralistes, il ne semble pas y avoir une augmentation des charges.

Médecin 5 *« En termes de charges, je suis sensiblement équivalent à ce que j'avais dans mon ancien cabinet, je serai même un petit peu en dessous ».*

Médecin 6 *« Ici les charges ne sont pas très élevées ».*

Médecin 11 *« Il y a une mutualisation des frais qui les fait diminuer. C'est un avantage indiscutable. Ça permet de réduire les couts. Quand je compare, les frais sont moindres ici ».*

IV. La pratique médicale en MSP

A. Relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire

1. Bon relationnel

La grande majorité des médecins décrivent une bonne entente au sein de l'équipe pluri-professionnelle.

Médecin 2 *« La relation avec les collègues est bonne… On organise des repas, des soirées…c'est convivial… Il y a du relationnel supplémentaire, de l'échange d'information supplémentaire qui se fait de manière très simple », « On partage nos temps du midi ensemble. On se soutient les uns les autres…on est dans la même barque et on se tient les coudes ».*

Médecin 5 *« De belles rencontres, des valeurs humaines intéressantes ».*

Médecin 6 *« En termes de communication le coté pluridisciplinaire est quand même interessant », « On se connait tous bien du coup, il y a une facilité de communication intéressante ».*

Médecin 7 *« On a une bonne entente…on a un bon relationnel entre nous. On mange tous les midis ensembles, donc c'est cool ».*

Médecin 9 *« Oui il y a un bon relationnel entre les différents professionnels ».*

Médecin 10 *« Euh…nous on a la chance d'avoir une très bonne communication, et les choses sont dites. Et l'ambiance est plutôt bonne ».*

Médecin 12 *« Chez nous ça se passe bien entre nous. Ça roule (rires) ».*

Médecin 13 *« On s'entend bien. On arrive à bien s'entendre. Très bon ! ».*

Médecin 14 *« On a pas de problème relationnel notable entre les professionnels, non ».*

Médecin 15 *« C'est agréable de pouvoir partager des repas, de discuter ».*

Médecin 16 *« On se connaissait avant de bosser ensemble. Il y a une bonne dynamique dans le groupe ».*

Médecin *17 « Travailler dans une bonne ambiance facilite les choses. C'est vraiment agréable ».*

Médecin 20 *« L'entente est bonne ».*

2. Difficultés

Une minorité évoquent des difficultés relationnelles au sein de leur MSP.

Médecin 7 *« Alors c'est pas toujours simple d'être d'accord. On a un règlement intérieur qui est assez carré pour la gestion du personnel » « Globalement le fait d'être en groupe fait que s'il y a quelqu'un qui n'est pas d'accord avec un truc, euh, il est facilement ramené dans le sens par la direction générale, pas les autres…Ça se règle assez facilement mais il faut avoir un départ quand même la même façon de travailler », « On a un coordonnateur de maison de santé…On a quelqu'un qui fait de la ressource humaine car on n'est pas formé et sur le plan organisationnel ça peut poser problème ».*

Médecin 11 *« Ça se passe bien mais…la convivialité c'est quelque chose de difficile à obtenir. Il n'y a pas l'échange que j'aurai souhaité ».*

Médecin 19 *« Passer d'un exercice seul à un groupe c'est compliqué. J'avais pas l'habitude ».*

B. Organisation au sein de la MSP

Les MSP représentent des structures importantes qui nécessitent une réelle organisation, notamment une attribution de tâches entre les différentes personnes.

Médecin 2 *« On a chacun nos missions au sein de la MSP. Moi je suis plutôt en lien avec l'ARS et l'URML ».*

Médecin 5 *« Ce n'est pas une machine infernale, ni dans la gestion puisque j'ai dédié du temps dans mon planning pour ça. Ça ne me semble pas être une machine énergivore. On fait des réunions par trimestre ».*

Médecin 7 *« On a un objectif de vacation à l'année », « On a un règlement intérieur », « On a un coordonnateur de maison de santé…On a quelqu'un qui fait de la ressource humaine car on n'est pas formé et sur le plan organisationnel ça peut poser problème ».*

Médecin 8 *« Il y a un gérant, un responsable pour les produits d'entretiens, un gérant pour toute la maison de santé. On a une réunion tous les ans avec tous les professionnels de la maison de santé… Au sein des médecins, chacun a sa tâche. Tous les ans on fait une réunion avec tous les membres de la SCI ».*

Médecin 9 *« Il y a une organisation dans la maison de santé avec des tâches attribuées »*

Médecin 10 *« Toutes les tâches sont réparties… chacun a une tâche, voilà. C'est plus ou moins équitable. C'est réparti ».*

Médecin 12 *« Moi au sein de la maison de santé, je suis responsable des commandes du matériel médical…on a réparti les tâches pour que ce soit fluide et efficace ».*

Médecin 13 *« Il y a une organisation avec la répartition des tâches…moi je m'occupe de tout ce qui est produits d'entretien ».*

Médecin 14 *« Il y a une organisation au niveau…euh…entre les médecins. Euh pour le reste de la maison de santé on est en train de monter ce projet, mais pour l'instant ce n'est pas encore mis en place ».*

Médecin 16 *« Les coordinateurs ont pensé l'organisation de notre maison de santé en définissant une mission propre à chacun de nous. Chacun a sa petite tâche ».*

Médecin 18 *« On a chacun une mission. Je suis chargé des produits ménagers »*.

Médecin 19 « Des tâches sont attribuées. Ça facilite les choses ».

C. Confort d'exercice

La quasi-totalité des médecins rapportent un confort d'exercice meilleur depuis leur entrée en MSP.

Médecin 3 *« Il y a un confort en maison de santé qu'on ne retrouve pas en cabinet seul…On a quand même des gérants qui s'occupent des relations avec la sécu etc…quand on est indépendant on est obligé de la faire soi-même. Pareil pour les locaux, il y a un entretien automatique par la commune. Donc oui niveau confort c'est mieux ».*

Médecin 4 *« Il y a aussi le confort d'exercice… C'est un vrai confort pour bien travailler ».*

Médecin 5 *« On est dans un très beau lieu, c'est agréable ».*

Médecin 6 *« Ici, il y a eu des efforts dans la décoration de la salle d'attente. Ça montre que ce n'est pas qu'un lieu où on est malade ».*

Médecin 7 *« Confort de qualité de vie euh pro et perso…qualité des lieux géographiques car on a de beaux locaux, c'est agréable, avec une belle vue sur un champ. C'est super sympa ».*

Médecin 8 *« Les charges c'est pas un inconvénient car j'ai le confort quoi… ».*

Médecin 9 *« Les avantages…on peut dire que c'est de pouvoir solliciter les différents intervenants au sujet de certains patients ».*

Médecin 10 *« Au niveau intellectuel et au niveau contact humain c'est plus qu'enrichissant. Il y a un confort d'exercice ».*

Médecin 12 *« C'est un confort…on travaille de manière partagée ».*

Médecin 14 *« On avait décidé d'investir pour avoir du confort et pour travailler dans de bonnes conditions ».*

Médecin 15 *« C'est un réel confort d'être dans une maison de santé que ce soit pour le travail que le coté agréable du lieu ».*

Médecin 17 « Il y a certes un coût mais à côté il y a le confort ».

Mais, un seul médecin exprime une autre opinion.

Médecin 11 *« On est là depuis 3 ans et ça fait 3 ans qu'on est dans les travaux. J'étais beaucoup plus tranquille dans mon cabinet ».*

D. Suivi du patient

Pour tous les médecins généralistes interrogés, le suivi du patient en amélioré en MSP du fait de la pluri-professionnalité, notamment pour les patients poly-pathologiques.

Médecin 1 *« Au niveau du meilleur suivi, avec le partage d'information, on peut être plusieurs sur le dossier à voir quelque chose qui nous aurait échappé et qu'on voit dans nos réunions donc c'est très bien », « On a mis en place le dépistage ASALEE avec une infirmière diplômée…ça permet de déléguer et de bien encadrer le patient ».*

Médecin 2 *« On peut appeler facilement nos collègues paramédicaux de la MSP pour discuter des patients…Ce qu'avant je ne faisais pas. Il y a des petits plus avec le partage d'information avec les collègues « Ben tiens ton patient a une hémoglobine glyquée haute »…On suit plus l'évolution du patient, c'est clair ».*

Médecin 3 *« Le suivi du patient est un peu meilleur pour les cas complexes par exemple, parce qu'on en discute entre nous. Donc ça a un intérêt quand même ».*

Médecin 4 *« Le suivi du patient est amélioré oui avec le dossier médical partagé au sein de la MSP. On partage tout, ce qui permet que quand je ne suis pas là et que le patient est vu par un confrère, qu'il ait accès à son dossier ».*

Médecin 6 *« J'aurai envie de te dire oui, le suivi est meilleur en maison de santé. Quand tu travailles à plusieurs, il y a forcément quelqu'un qui va penser à un truc auquel tu n'as pas pensé », « Après sur le plan thérapeutique on est en train de mettre en place des projets…Donc le suivi va n'être qu'amélioré ».*

Médecin 7 *« Sur les cas complexes à caractère social on a mis en place des réunions de concertation pluri-professionnelles…qui permet sur un dossier épineux de pouvoir discuter…et puis de mettre en place un plan d'action ».*

Médecin 8 *« Le suivi du patient est meilleur, oui, oui, oui. On se partage les patients, on a des dossiers communs. Et il y a beaucoup de patients qui passent d'un médecin à l'autre et je trouve que le suivi est meilleur ».*

Médecin 9 *« Le suivi du patient est amélioré parfois pour certains patients… Je constate que parfois ça raccourcit les délais dans la prise en charge ».*

Médecin 10 *« Si on parle en termes de suivi en cas d'absence du médecin, y'a pas photo, c'est clairement amélioré ».*

Médecin 11 *« Si on peut échanger, ça permet d'avancer dans un dossier difficile. On le fait au niveau des dossiers, quand on voit des gens qu'on ne connait pas on met des petits mots sur les hypothèses bien sûr. Dans ce cadre le patient y gagne ».*

Médecin 12 *« Le suivi du patient est amélioré quand les gens jouent le jeu de manière honnête. On a toujours des gens qui fond du nomadisme médical ».*

Médecin 15 *« On a une infirmière ASALEE dans notre MSP, ça aide énormément pour le suivi des patients hypertendus, diabétiques etc… ».*

Médecin 16 *« On organise tous les mois des RCP. On discute des cas difficiles pour avoir l'avis des collègues ».*

Médecin 17 *« On a des discussions de dossiers difficiles. Je pense que oui ça améliore le suivi du patient ».*

Médecin 19 *« Le suivi du patient…on peut dire qu'il est un peu amélioré dans le sens où il y a des interlocuteurs présents sur les lieux. On peut demander des renseignements facilement ».*

E. Sécurité ressentie par le médecin

La grande majorité des médecins disent se sentir plus en sécurité dans leur exercice en étant en MSP.

Médecin 3 *« S'aider les uns les autres ».*

Médecin 4 *« Travailler en MSP ça a apporté une sécurité, une prise en charge pluri-professionnelle ».*

Médecin 5 *« Sur la prise en charge pluridisciplinaire c'est plus facile parce que j'appelle mon collègue si j'ai un doute, si j'ai besoin d'un avis voilà. Si j'ai besoin d'une prise de sang j'envoie à l'infirmière ».*

Médecin 6 *« Ça permet de faire des réunions pluridisciplinaires sur les dossiers difficiles en fait. Ça rentre dans la sécurité du patient ».*

Médecin 7 *« Oui il y a un bénéfice pour le patient. Un patient peut être pris en charge par plusieurs professionnels. Tu peux demander l'avis d'un collègue par exemple sur la dermato ».*

Médecin 8 *« La sécurité ressentie par le patient et le professionnel…c'est un point nouveau je pense ».*

Médecin 10 *« En termes de gestion du patient, y'a pas photo, je sens une réelle sécurité…en termes de permanence des soins etc là il n'y a pas photo, ça améliore grandement ».*

Médecin 12 *« C'est une sécurité pour moi de bénéficier de mon temps de repos sereinement ».*

Médecin 13 *« Quand on est pas sûr de soi, on peut toujours trouver le moyen d'en parler. Ça on pourrait pas le faire tout seul ».*

Médecin 14 *« Je me sens plus en sécurité dans le sens où j'ai l'impression que, euh…l'offre de soins qu'on a développé qui est assez globale ».*

Médecin 16 *« Je me sens plus sereine, oui. En cas de doute je demande à un collègue et j'ai ma réponse aussitôt. Et en dermato c'est pratique pour les lésions douteuses ».*

Médecin 20 *« Pour avoir des avis c'est pratique ».*

Pour d'autres, il n'y a pas de sentiment de sécurité dans la prise en charge des patients apporté par l'exercice en MSP.

Médecin 1 *« Pas de changement sur la sécurité du patient ».*

Médecin 9 *« Alors moi j'ai pas plus l'impression de me sentir en sécurité non ».*

Médecin 11 *« Je n'ai pas l'impression d'y avoir gagné dans l'exercice et où je peux compter sur les autres…C'est rassurant pour quelqu'un qui n'a pas appris à travailler tout seul mais ce n'est pas mon cas ».*

Médecin 19 *« Je ne me sens pas plus en sécurité dans ma pratique, non. J'ai appris longtemps à travailler seul… ça n'a rien changé ».*

F. Sécurité ressentie par le patient

La quasi-totalité des médecins disent que les patients se sentent plus en sécurité dans les structures telles que les MSP.

Médecin 1 *« Ce que je trouve super c'est qu'on leur offre un lieu de réassurance où ils savent qu'ils peuvent être suivis par différents professionnels…et ça c'est bien ! », « Les gens se sentent dans une sécurité symbolique, ça je le ressens bien ».*

Médecin 2 *« Les patients connaissent les locaux, ils savent que c'est là. C'est plus facile que de leur demander d'aller ailleurs. Le patient se sent plus en sécurité et plus lié ».*

Médecin 4 *« La sécurité du patient est ressentie par le patient lui-même…ils savent très bien qu'ils auront une réponse tout le temps ».*

Médecin 5 *« Je crois que c'est rassurant pour les patients et ils ont une réponse qui est plus rapide », « ça facilite la vie du patient le fait qu'il y ait un lieu bien identifié ».*

Médecin 8 *« La sécurité ressentie par le patient et le professionnel…c'est un point nouveau je pense ».*

Médecin 10 *« A mon sens, la sécurité ressentie par le patient est meilleure en maison de santé car il sait que quand je ne suis pas là, il y aura toujours quelqu'un qui peut prendre la suite ».*

Médecin 11 *« Oui, oui, pour eux ça leur plait bien. C'est un avantage indiscutable. Ils ont l'assurance de trouver quelqu'un au courant du dossier. C'est l'assurance d'une permanence des soins. Une maison de santé c'est une facilité pour le patient ».*

Médecin 12 *« Les patients ont bien compris le fonctionnement et ils savent interpeller l'un ou l'autre, et ils savent qu'ils pourront toujours voir quelqu'un. Donc niveau sécurité je pense que c'est une plus-value pour le patient ».*

Médecin 13 *« Je pense que le patient se sent plus en sécurité parce que quand on ne sait pas ce qu'ils ont, on appelle un collègue. Ça les rassure ».*

Médecin 14 *« C'est à eux qu'il faudrait demander ça (rires). Mais j'avoue qu'ils sont contents de trouver au sein de la maison de santé un certain nombre de professionnels qui sont impliqués dans leur prise en charge avec les infirmières, le laboratoire, les infirmières du CLIC pour les patients âgés… ».*

Médecin 15 *« La maison de santé est faite de manière à ce que les patients puissent avoir accès aux soins rapidement, même à la dernière minute. C'est un avantage pour eux ».*

Médecin 17 *« C'est positif pour le patient ».*

Médecin 18 *« Les patients s'y sentent bien. J'ai eu de bons retours ».*

Médecin 20 *« Pour le patient, c'est un repère. Il sait qu'il peut avoir les différents interlocuteurs dans un même lieu ».*

Un seul médecin ne pense pas que les patients se sentent plus en sécurité en MPS.

Médecin 3 *« Concernant la sécurité des soins ressentie par le patient…joker…(rires). Non j'ai pas l'impression que ce soit significatif ».*

G. Recommandez-vous l'exercice en MSP ?

La quasi-totalité des médecins recommandent la pratique de la médecine générale au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire. Ces dernières sont attractives selon eux.

Médecin 1 *« C'est évident que c'est attractif. Tous les jeunes médecins sont dans un idéal de profession qui est bien loin de celui qu'on avait il y a vingt ans, où quelqu'un s'installait et travaillait du lundi au samedi jusqu'à 20h. Là c'est un monde de travail plus dans l'échange, de coordination. Et aux jeunes, ça leur plait », « Bien sûr que je recommande l'exercice en MSP (rires) ».*

Médecin 2 *« Moi je pense que oui, les MSP sont attractives pour les professionnels de santé. Je vois avec mes internes, ils sont très contents de venir ».*

Médecin 3 *« Les MSP sont attractives surtout pour les paramédicaux, parce que ça fait pôle de santé ».*

Médecin 4 *« Les MSP sont attractives pour les professionnels…tant que les MSP sont bien intégrées », « Oui je recommande l'exercice, vous l'avez compris (sourire) ».*

Médecin 6 *« Moi oui, je recommande à mes confrères (sourire). Pour moi je pense que c'est un peu l'avenir ».*

Médecin 7 *« Oui je recommande à mes confrères », « Tous les stagiaires qui passent chez nous aimeraient bien y rester. Ils voient bien que c'est plus interessant d'être en maison de santé que tout seul ».*

Médecin 8 *« Oh bah oui, oui, oui. C'est cool de travailler à plusieurs. Ça attire les jeunes oui ».*

Médecin 10 *« Ah oui oui oui. Si c'était à refaire je le referai ».*

Médecin 12 *« Elles sont attractives. Ce qui ne reste pas attractif, et ce pour plein de gens de la promo, c'est le côté rural. Le coté maison de santé c'est clair c'est attractif. Après il faut travailler sur la ruralité » « oui je le recommande ».*

Médecin 13 *« Je pense qu'elles sont plus attractives que les cabinets tout seul oui… Oui je recommande ».*

Médecin 14 *« Oui, tout à fait. Dans l'ensemble je pense que les maisons de santé sont attractives oui…On a pas de difficultés à trouver des médecins. Notre moyenne d'âge est autours de 40 ans. Donc on a pas de difficultés à recruter ».*

Médecin 15 *« C'est l'avenir de la pratique de la médecine générale. Evidemment que je recommande à mes confrères ».*

Médecin 16 *« Oui ».*

Médecin 17 *« Bien sûre (rires), je le recommande ».*

Médecin 18 *« Je le recommande. Leur attractivité témoigne de leurs succès (rires). C'est une pratique qui semble convenir à la nouvelle génération. Les internes qui viennent chez nous le disent ».*

Médecins 20 *« Je recommande sans hésitation ».*

Quelques médecins avaient un avis mitigé.

Médecin 5 *« En tout cas cette maison de santé est attractive…Euh…tous mes internes et externes que j'ai en formation ont l'air de vouloir s'orienter vers une installation comme celle-là…J'ai l'impression que c'est un peu ce que les jeunes veulent, c'est dans l'air du temps », « Je recommande oui et non. Il y a des professionnels libéraux qui ne sont pas faits pour travailler en groupe…Je crois que ça ne correspond pas à tout le monde. Il faut encore des exercices solitaires ».*

Médecin 9 *« Non je ne le recommande pas mais je ne les décourage pas non plus. Oui c'est une nouvelle modalité d'exercice mais est-ce que ça correspond à tout le monde ? ça dépend de la personnalité de chacun ».*

Médecin 11 *« Pour les jeunes c'est évident. S'ils le veulent oui, mais s'ils sont trop indépendants non. Ça dépend de l'âge ».*

Médecin 19 *« Je pense qu'il faut encore des exercices solitaires. L'exercice de groupe ne correspond pas à tout le monde…à chacun de trouver chaussure à son pied (sourire) ».*

H. Regrettez-vous votre intégration en MSP ?

A l'issue des entretiens, tous les généralistes, à l'exception d'un, n'ont pas eu de regret.

Médecin 1 *« Je ne regrette pas d'avoir fait une MSP mais si c'était à refaire je ne la ferai pas du tout de la même façon. Parce que parfois dans les MSP, il y a des gens qui pensent y aller pour le confort mais qui ne pensent pas qu'il faut vraiment travailler intellectuellement entre nous ».*

Médecin 2 *« Ça a été un pur hasard de circonstance d'exercer en MSP mais j'avoue que je ne regrette pas ».*

Médecin 3 *« Pas du tout de regret ».*

Médecin 4 *« (rires)…non je ne regrette surtout pas. Ça nous a complètement changé notre vie ».*

Médecin 5 *« Non clairement non, pas de regret ».*

Médecin 6 *« Non je ne regrette pas (rires) ».*

Médecin 7 *« Non, pas de regret ».*

Médecin 8 *« Ah bah non (rires)…au contraire ».*

Médecin 9 *« Non, mon expérience actuelle est positive ».*

Médecin 10 *« (rires)…c'est une grande question…je ne regrette pas (rires)…C'est passionnant dans tous les sens. C'est humainement passionnant ».*

Médecin 12 *« (rires) non ».*

Médecin 13 *« Pas de regret ».*

Médecin 14 *« Absolument pas, aucun regret ».*

Médecin 15 *« Pas de regret ».*

Médecin 16 *« C'est que du positif ».*

Médecin 19 *« Pas de regret ».*

Médecin 20 *« Non. C'est une belle expérience ».*

Un seul médecin a regretté son intégration en MSP.

Médecin 11 *« Oui c'est clair et nette…c'est la plus grosse (…) que j'ai faite ».*

DISCUSSION

I. L'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en maison de santé pluridisciplinaire depuis au moins un an. Des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés.

Cette étude a pour but de mettre en évidence les avantages et les inconvénients de l'exercice en MSP afin d'aider les nouveaux médecins généralistes dans leur décision d'installation future.

A l'issue de ce travail, on note qu'il existe de nombreux points de vue qui convergent entre les différents verbatims, avec par ailleurs quelques divergences. L'idée générale à l'issue de ces entretiens est qu'une MSP demeure un regroupement d'individus autour d'un projet commun porté par un coordinateur. Selon les professionnels impliqués et le projet propre à la MSP, la vision de chacun et le vécu sont différents. Une MSP c'est donc une histoire qui lui est propre avec ses points positifs et négatifs internes à son organisation. Cette idée a clairement été évoquée par un médecin lors d'un entretien : (Médecin 5) *« C'est à chaque bassin de vie d'inventer sa maison de santé. Ce qui s'est fait ici n'est pas reproductible ailleurs. On a notre territoire et on fait la maison de santé qui lui correspond ».*

II. Discussion de la méthode

A. L'échantillon

La prise de contact avec les médecins généralistes était laborieuse avec très souvent une absence de réponse de leur part. Cependant cet effectif de 20 médecins généralistes a permis la saturation des données. Dès le douzième entretien, le codage n'avait plus mis en évidence d'idée nouvelle. Cet effectif comprend 7 femmes et 13 hommes avec des âges allant de 28 à 62 ans. L'âge des participants et cette inégalité homme/femme ne semblent pas avoir eu de répercussion sur les données recueillies.

Le lieu d'exercice entre la Seine-Maritime et l'Eure n'a pas été un critère nécessaire à la réalisation des entretiens. Le diagramme présenté en Annexe 2 (7) met en évidence un nombre de médecins généralistes en activité en Seine-Maritime trois fois supérieur que dans l'Eure. Le zonage conventionnel des médecins de 2017 en Normandie (Annexe 3) (8) met en évidence l'existence de zones déficitaires plus important dans le département de l'Eure qu'en Seine-Maritime. De plus, la répartition géographique des MSP (Annexe 4) (9) montre qu'il y a plus de MSP en Seine-Maritime que dans l'Eure. Ces éléments permettent d'expliquer que les entretiens réalisés sont majoritairement issus de praticiens exerçant en Seine-Maritime. Cependant il ne semble pas exister de différence de vécu et de pratique en MSP entre les médecins généralistes exerçant dans l'Eure et en Seine-Maritime.

La population interrogée était des médecins généralistes qui exerçaient depuis au moins un an en maison de santé. Nous avions choisi de fixer ce critère d'inclusion à un an car

nous estimions qu'il correspondait au recul minimum nécessaire à un médecin généraliste installé pour avoir un avis sur sa pratique.

Leur mode d'exercice antérieur n'était pas un critère d'inclusion. Certains n'ont pas eu l'expérience d'exercice en tant qu'installés puisqu'ils effectuaient uniquement des remplacements avant leur l'installation en maison de santé.

L'évaluation précise de certaines données telles que les charges ou les revenus n'ont pas pu être évalués pour ce panel car les praticiens n'ont pas apporté de données chiffrées.

B. Les entretiens

Le recueil de données, par des entretiens individuels semi-directifs, était un choix afin de limiter les biais d'information, notamment les influences entre praticiens en cas de focus-groupe. D'un point de vue organisationnel, la réalisation d'entretiens individuels semblait moins contraignante en comparaison à des focus groups.

Les entretiens se sont déroulés selon le même schéma (Annexe 1) pour tous les médecins généralistes interviewés. Chaque médecin a été enregistré avec leur accord verbal.

Par souci de disponibilité des médecins et de leur lieu d'installation, certains entretiens ont eu lieu téléphoniquement. Cela n'a pas biaisé le déroulement des entretiens : seule l'attitude corporelle n'a pu être relevée.

C. La retranscription des données

Les entretiens ont ensuite été retranscrits minutieusement un à un, mot à mot permettant la certitude des données. Ce travail a été réalisé pour chaque entretien, avec une deuxième réécoute des verbatims évitant ainsi une perte de données.

L'analyse des données a été réalisée en deux temps. Le premier temps était le codage qui consistait en l'intégration des données de chaque verbatim dans un tableau *Numbers*. Puis secondairement, une analyse des résultats en fonction des données issues des verbatims a été effectuée, ce qui a permis de mettre en évidence des items récurrents et de les comparer.

Afin de permettre une meilleure visualisation et analyse des résultats, des diagrammes ont été réalisés pour chacun des items.

III. Discussion des résultats

A. Motivations

Les études antérieurement réalisées confirment les éléments motivants mis en évidence par ce travail.

Principalement, les médecins généralistes évoquent tous la recherche d'un exercice de groupe. Comme l'a mentionné un médecin lors d'une interview (Médecin 12) *« travailler seul c'est travailler de manière pauvre ».* Pour les praticiens qui étaient installés avant l'intégration de la maison de santé, c'est le moyen de rompre avec l'exercice de groupe. Pour les praticiens qui effectuaient des remplacements, c'est le moyen de poursuivre leur

pratique de la médecine en groupe. Dans sa thèse, H.GRIDEL évoque la volonté des professionnels de santé à vouloir changer leur organisation de travail (10). Une rupture de l'isolement professionnel y apparait au premier plan. La pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité permettent ainsi de mutualiser les moyens et les compétences notamment dans la discussion des dossiers difficiles.

La pratique en maison de santé est souvent associée à un aménagement du temps de travail, avec des temps libres possibles, ce qui permet d'envisager des activités extérieures. Ce critère fait également parti des motivations des médecins d'autant plus que la permanence des soins est assurée dans ces structures. Les jeunes médecins généralistes, qui ont une volonté de préserver un équilibre entre leur vie professionnelle et vie privée tendent à s'orienter vers ces structures.

Certains médecins de l'étude ont évoqué l'enjeu de santé publique comme une des motivations. La pratique en maison de santé leur a permis de rompre avec les préjugés liés à la médecine rurale.

Compte tenu de ces arguments, il y a donc une réelle recherche de confort d'exercice permettant ainsi d'améliorer la qualité de vie.

B. Craintes

La création ou l'intégration en MSP n'a pas été source de crainte chez nos professionnels. Pour certains médecins, cela avait été shunté par les remplacements qu'ils ont effectués au sein de leur maison de santé actuelle avant son intégration, ou par le fait qu'ils aient été à l'origine du projet. Certains se connaissaient avant même d'exercer en MSP,

facilitant ainsi l'entente et donc leur intégration. Au fur et à mesure des entretiens, un faible nombre de médecins rapportent qu'une mésentente au sein du groupe aurait pu être leur seule crainte.

La notion de crainte n'a pas été retrouvée dans la littérature. La question a-t-elle été évoquée ?

C. Projet de santé

Avant même la création de la maison de santé, plusieurs médecins rapportent la création d'un groupe en amont afin de permettre l'élaboration d'un projet de santé commun (11,12) autour de la MSP. Cette notion de projet commun constitue la base à la bonne organisation de la MSP. Y.SEIGNEUR décrit dans sa thèse que *« la concertation initiale des différents protagonistes est fondamentale »* (13). Une revue de santé publique de M.AUTES et MG.DUFAY est très explicite sur l'importance du projet *« le projet de santé doit faire la maison de santé »* (14).

Parmi les médecins interviewés, deux appartenaient à une maison de santé pour laquelle le projet initial ne semblait pas être défini. Ils ont par ailleurs rapporté un manque de cohésion et d'échange entre les différents professionnels et de dynamisme au sein de leur maison de santé. Une étude française de F.MARECHAL et al décrit explicitement ce point de vue. Les auteurs parlent de facteurs d'affaiblissement qui existent dès le début du partenariat. Parmi les recommandations qui en découlent figure la notion de *« projet partagé basé sur un contrat précis »* (15).

Développer un projet de maison de santé impose d'avoir une méthodologie précise. Le projet doit être porté par un leader. C'est ce que l'expérience de E.MORANA a mis en évidence (16).

Cette méthodologie est décrite par P.DE HAAS. Dans son livre, il décrit les 6 « briques » indispensables au projet de maison de santé qui sont : l'analyse territoriale, la dynamique humaine, le projet de santé et le projet professionnel, les aspects juridiques, le financement du bâtiment et l'immobilier (17).

D. Financièrement

L'intégration d'une maison de représente un coût financier qui est considéré généralement comme un investissement. Cependant, ce surcoût engendré ne représente pas un inconvénient majeur dès lors qu'il n'existait pas de motivation financière à exercer en MSP (Médecin 4) *« les charges on ne les considère pas comme un coût mais comme un investissement »*, (Médecin 8) *« Les charges…c'est pas un inconvénient car j'ai le confort quoi, la qualité de travail. Donc j'aime autant payer »,* (Médecin 13) *« Les charges sont importantes mais c'est une question de confort de travail »,* (Médecin 14) *« Ce confort a un coût. Mais c'était un choix dès le départ ».*

Bien que certains considèrent les charges liées aux maisons de santé comme un investissement au vu d'une meilleure qualité de travail, elles demeurent élevées. M.HENOCQUE lors de son travail de thèse de 2014 a également évoqué le coût onéreux à l'installation en MSP. Mais ceci avait été relativisé par le confort d'exercice rapporté par les praticiens interrogés (18).

Une minorité de médecins généralistes ont rapporté ne pas avoir eu de surcoût lié à l'intégration de leur MSP. Ces derniers ont pu bénéficier d'aides par leur commune d'exercice allégeant ainsi les frais. L'étude réalisée par JB.LEGROS en 2015 n'a pas mis en évidence de coût supplémentaire en lien avec l'intégration dans le MSP d'Origny-Sainte-Benoîte. Les professionnels de cette structure ont également bénéficié de fonds par leur communauté de commune ainsi qu'une négociation du loyer à la phase de projet (19).

E. Attractivité et lutte contre la désertification médicale

Les MSP tentent de pallier la désertification médicale. Elles sont présentées comme des structures attractives pour les professionnels de santé. Leur mode de fonctionnement, la convivialité, la pluridisciplinarité, l'enjeu de santé publique font de ces structures un mode d'exercice nouveau en médecine générale. Ces critères sont recherchés par les médecins qui souhaitent s'installer. Cela est en partie influencé par les stages en médecine générales en maison de santé à l'issue desquels les internes souhaitent intégrer ces structures. Leur développement sur le territoire témoigne de le leur attractivité. Dans un article de 2017 paru dans la Revue Française d'Administration Publique, J.SEBAI et F.YATIM ont montré qu'il existait une réelle dynamique d'implantation des MSP en France (20).

Tous ces critères contrebalancent avec la géolocalisation de ces structures. En effet, elles sont majoritairement situées en milieu rural, ce qui peut représenter un frein à l'installation. Dans sa thèse, C.CHAISSAC a étudié le vécu des professionnels médicaux et

paramédicaux impliqués dans la MSP de Fruges. Il en est ressorti que *« son attractivité était minorée par son environnement »* (21).

F. Avantages et inconvénients

Ce qui représente un inconvénient pour certains sera considéré comme un avantage pour d'autres.

1. Avantages

Parmi les avantages figurent au premier plan la convivialité. Le regroupement à plusieurs est une façon de rompre avec la solitude, de partager des moments avec les collègues.

Les maisons de santé permettent, par le regroupement de professionnels, de créer une ambiance conviviale. Les médecins de l'étude rapportent des conditions de travail agréables. Ce point a également été retrouvé dans plusieurs études de la littérature.
Le temps de travail en MSP peut être aménagé et organisé. Dans une thèse de santé publique réalisée par MC.CLEMENT et al, les résultats de l'évaluation des MSP de Franche-Comté et de Bourgogne avaient montré que « *l'organisation au sein des MSP étudiées permet un équilibre différent entre temps de travail et loisirs pour les médecins* » (22).

Le partage d'information entre les professionnels et la mutualisation des fonctions est un atout dans la pratique de la médecine. Elle permet, d'une part, un enrichissement des pratiques lié à la pluri-professionnalité, et d'autre part, elle contribue au parcours coordonné du patient. Contrairement à l'étude de AS.GRENIER-PIMONT (23), le partage d'information, notamment via le dossier médical informatisé, est perçu par les professionnels interrogés de notre étude, comme un avantage. Cela permet la transmission des informations entre les différents professionnels, ce qui participe au bon suivi du patient. Pour de nombreux médecins, le regroupement de professionnels contribue à une forme de « sécurité des soins » ressentie par les patients. Certains médecins disent se sentir eux-mêmes plus en sécurité dans leur pratique.

2. Inconvénients

- **Conflits**

La pratique d'un exercice en groupe a souvent été un élément motivant pour l'installation en maison de santé. Cependant, l'union de plusieurs professionnels peut représenter un frein à l'organisation et donc au bon fonctionnement de la structure. L'existence de désaccords est corrélé au nombre de praticiens impliqués. Une étude qualitative anglaise de D.ARMSTRONG et R.BRANSON 2004 réalisée à Londres avait déjà évoqué cette dernière idée. Leur travail a mis en évidence que l'exercice d'équipe est source de tensions notamment dans le domaine de répartition perçue de la charge de travail nécessitant la mise en place de règles (24).

L'étude de Y.SEIGNEUR pour sa thèse en 2013 confirme l'inconvénient que peut représenter l'exercice de groupe et la nécessité de mise en place de stratégies pour y remédier *« Un travail d'équipe ne se fait pas sans heurts et le maintien d'une communication ouverte et attentive entre les associés est indispensable au bon fonctionnement du groupe ».* Afin de remédier à ces conflits, les réunions se présentent comme un moyen d'éviter l'accumulation des problèmes permettant ainsi à chacun d'aborder ses difficultés (13).

E.LEGER dans son travail de thèse sur l'inter-professionnalité au sein des MSP, a montré que le principal frein est la méconnaissance de l'autre. Le travail de groupe nécessite donc une communication. La présence d'un coordinateur au sein du groupe est perçu comme un atout (25).

La majorité des médecins de ce travail ont évoqué en fin d'entretien que l'exercice en maison de santé, comme toute structure de groupe, représentait un inconvénient notamment par les conflits que cela engendre.

Comme l'a souligné un médecin interviewé, les études médicales ne permettent pas l'apprentissage de la gestion d'un groupe sur le plan relationnel (Médecin 7) *« on a quelqu'un qui fait de la ressource humaine car on est pas formé et sur le plan organisation ça peut poser des problèmes…On n'est pas confronté à ça dans les études médicales et pour autant que ce sont des problèmes d'entreprise »*.

Il paraît donc nécessaire, dans le but d'une harmonisation des pratiques, de dynamisme de groupe et de partages entre les différents professionnels, que des réunions pluridisciplinaires et de cas complexes aient lieu au sein des maisons de santé. Cela permettrait de dédier un temps pour mettre à plat les conflits, et ce, indépendamment du

temps convivial partagé, par exemple lors des repas. L'ensemble contribuerait à l'union des professionnels et au maintien de la dynamique de groupe.

Des extraits de verbatims illustrent bien ces idées :

Médecin 2 « On fait une réunion pour le protocole. C'est ce qui nous permet de nous voir, de discuter entre nous et de finalement de parler des problèmes annexes ».

Médecin 7 « *La vie en communauté peut parfois s'avérer un peu complexe. Il faut trouver des terrains d'entente et faire preuve de diplomatie, faire des concessions comme toute vie de couple quoi (rires) ».*

- **Charges de travail administratives**

Elles dépendent de l'implication de chacun au sein de la MSP. Les porteurs de projet et coordinateurs sont en première ligne. Chaque MSP intégrées à ce travail avait une organisation interne qui leur était propre, avec un principe universel : la participation de chacun à la MSP. Cela se présentait comme une attribution des tâches, administratives ou non, entre les différents praticiens.

Une citation d'un médecin illustre parfaitement cette idée (Médecin 5) « Il ne faut pas croire que parce que tu t'installes en MSP que tu vas être déchargé des contraintes administratives…il ne faut pas que ça aille jusqu'à la déresponsabilisation ».

Cette notion de charges administratives en cabinet, hormis les MSP, a été étudiée par A. FAREZ dans sa thèse en 2015 dans la ville d'Évreux. Il a été montré qu'il existait *« une augmentation des charges administratives liées à l'activité des cabinets…aboutissant à*

un épuisement des médecins généralistes ». Parmi les médecins généralistes de son étude, « *62% d'entre eux étaient prêts à participer à un pôle de santé* » (26).

- **Nomadisme médical**

Ces structures regroupant plusieurs professionnels peuvent être le lieu d'une forme de nomadisme médicale pour les patients. Le suivi du dossier médical informatisé et la discussion des dossiers entre les professionnels sont des moyens de lutte. Deux médecins ont évoqué ce sujet (Médecin 7) *« Parfois les patients peuvent monter les médecins les uns contre les autres. Si tu veux les gens peuvent plus « consommer du médecin » … « je ne suis pas d'accord avec ce qu'il m'a dit je vais en voir un autre », mais comme on se parle, on s'en rend compte. Et puis on le voit sur le logiciel les consultations qui s'enchainent. Mais parfois il peut y avoir du nomadisme »,* (Médecin 12) *« On a toujours des gens qui fond du nomadisme, c'est réduit mais quand même, avec un petit retard sur certaines prises en charge ».*

Aucune étude n'a évoqué ce thème. Face à une consommation de soins accrue par certains patients, le nomadisme médical représente un réel problème et peut être source de complications pour le patient.

G. Bilan d'exercice

Le vécu des professionnels interrogés était positif. Il n'a pas été mis en évidence de regret à l'intégration d'une maison de santé hormis auprès d'un médecin. Celui-ci a évoqué des

regrets liés au manque de motivation de ses collègues, notamment pour l'élaboration et la mise en place de projet, et d'une coordination au sein du groupe.

Dans sa thèse, C.CHAISSAC a dressé le bilan d'exercice rapporté par tous les professionnels impliqué dans la MSP de Fruges qui était positif pour chacun d'entre eux (21).

Le vécu des médecins généralistes est donc directement lié à la MSP, à son projet, sa coordination et sa dynamique de groupe.

H. Mesures du gouvernement et aides à la création de MSP

Le gouvernement a mis en place des mesures permettant de favoriser l'installation dans certaines régions, notamment rurales, afin de contrer la désertification médicale. Il s'agit principalement de mesures incitatives financières.

Mille maisons de santé seraient en service en 2017. Un objectif de 1400 MSP en 2018 en France a été fixé par le gouvernement (27).

Les formations proposées en lien avec la maison de santé, le temps dédié au dépistage, à la prévention et la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des cas complexes sont reconnues par rémunération spécifique appelée Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) (28). Ces NMR sont des enveloppes forfaitaires versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) sur la base de la patientèle des médecins généralistes. Elles permettent de percevoir des financements publics et de facturer certains actes à l'assurance maladie. Pour en bénéficier, l'organisation des MSP doit

comprendre une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). La SISA, créée en 2011, relève du Régime des Sociétés Civiles (RSC).

Depuis avril 2017, ces rémunérations sont versées au titre d'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) sur la coordination des soins et de l'exercice regroupé. C'est un accord entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie (29).

Les critères soumis à la valorisation financière sont :

- L'accès aux soins proposé aux patients : amplitudes horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés
- La diversité de l'offre de soins au sein de la structure
- La prise en charge coordonné des patients : coordination, concertation et protocoles pluri-professionnels de prise en charge et de suivi des patients
- Le suivi de la relation patientèle
- Les efforts réalisés pour répondre aux besoins des patients de la structure
- L'acquisition d'un système d'information partagé

Cet accord garantit une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour les MSP nouvellement créées. Le montant moyen versé est de 66 000 euros par MSP en 2017 (30).

Les subventions (SISA) représentent un avantage financier mais étaient perçues comme un inconvénient organisationnel sur le plan administratif par certains généralistes de l'étude. Compte-tenu des inconvénients liés à l'intégration d'un SISA, certaines MSP ont souhaité ne pas en bénéficier : (Médecin 8) *« En discutant avec mes associés, on n'a pas souhaité bénéficier de subventions parce qu'il faut rendre des comptes. Ça fait beaucoup*

de paperasse. On est libre au moins », (Médecin 11) *« On a préféré faire un investissement immobilier pour s'installer ».*

Un cumul emploi-retraite des médecins libéraux sera facilité. Et un avantage en matière de cotisations dans les zones en tension vise à inciter l'exercice à temps partiel dans les zones sous dotées grâce à la revalorisation des primes (31).

La création d'une maison de santé peut être facilitée par les communes sur le plan financier, administratif et organisationnel. C'est ce qu'un médecin a précisé (Médecin 11) *« C'est la communauté de commune qui a géré la mise en place. Donc je n'ai pas eu à gérer la partie administrative, la partie construction et le financement »*.

Le gouvernement a mis en place un plan de lutte contre les déserts médicaux.

Une des cibles est la formation des jeunes médecins et la mise en place de mesures incitatives. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), crée par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, dont les étudiants en médecine peuvent bénéficier, incite à l'installation en zones sous dotées. Le gouvernement vise également à favoriser les stages de médecine générale aux étudiants dans les zones éloignées durant leur cursus. En contrepartie, une indemnité forfaitaire de transport est attribuée. De nombreux médecins généralistes en MSP ont le statut de maitre de stage universitaire et reçoivent des étudiants en médecine.

Afin de faciliter le suivi des patients présentant des pathologies chroniques, une collaboration entre médecin généraliste et infirmier ASALEE est possible. Les IDE

ASALEE ont pour but d'assurer le suivi des patients présentant des pathologies chroniques (diabète, BPCO, HTA…). Ils organisent le suivi de ces patients, participent à leur éducation thérapeutique tout en les accompagnants dans leur pathologie. Parmi leurs missions figure le dépistage notamment du cancer du sein, col de l'utérus et colorectal.

Toutes ces mesures visent à inciter à l'installation en milieu rural.

IV. Pour aller plus loin…

Afin de faciliter les connaissances des étudiants et des futurs médecins généralistes sur les maisons de santé pluridisciplinaire, nous proposons en Annexe 5 un document de synthèse qui regroupe à la fois leurs points forts et leurs points faibles.

Quelques citations de praticiens méritent d'être mises en exergue

« On voit bien qu'on devient un interlocuteur écouté et recherché…ce qui remet complètement en perspective l'intérêt de nos professions » (Médecin 4)

« De toute manière, 80% des jeunes veulent travailler en MSP, en tout cas en équipe. Je ne comprends pas les 20% qui restent. On est passé d'une médecine du XXème siècle à une profession du XXIème siècle, je pense que l'exercice solitaire n'a plus de sens » (Médecin 4)

« Travailler seul c'est travailler de manière pauvre » (Médecin 12)

CONCLUSION

L'exercice de la médecine générale semble prendre un nouveau tournant depuis la création des maisons de santé pluridisciplinaires et rompt avec l'exercice solitaire. Une MSP repose avant tout sur l'élaboration d'un projet de santé collectif porté par un coordinateur d'équipe (31) ayant le statut de « leader ». La collaboration pluridisciplinaire semble être le devenir de l'exercice libéral dans le domaine de la santé.

Le but de l'équipe pluridisciplinaire demeure avant tout l'exercice dans le confort, la convivialité, permettant ainsi de mieux prendre en charge les patients et de répondre à leurs attentes. Cette quête du confort d'exercice passe par la possibilité d'aménager le temps de travail tout en assurant une permanence des soins.

Les professionnels exerçant en maison de santé y voient un moyen de faire évoluer leurs pratiques et de rompre avec l'exercice solitaire. La limite reste cependant le travail en équipe qui peut représenter une difficulté dans l'organisation de ces structures.

Le coût engendré n'est pas perçu comme un frein ni un inconvénient, mais plutôt comme un investissement au vu d'une meilleure qualité de travail et donc une qualité de vie améliorée. Les MSP peuvent bénéficier de subventions, appelées ACI proposées par le gouvernement qui sont des subventions en lien avec l'activité de coordination et de prévention.

Cette pratique nouvelle semble mieux correspondre aux attentes de la nouvelle génération des médecins généralistes par cette pluridisciplinarité. L'amélioration des

conditions d'exercice est directement liée à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Malgré leur prédominance rurale, elles restent attractives. Cela laisse témoigner d'une qualité de vie meilleure en comparaison au mode d'exercice de la médecine générale du XXème siècle. Cela semble correspondre aux attentes des futurs et des jeunes médecins généralistes. Ces structures en plein développement représentent une perspective d'avenir pour pérenniser l'offre de soins en attirant de nouveaux professionnels. Mais les maisons de santé ne permettent pas encore de lutter totalement contre la désertification médicale qui s'accroit. Dans l'avenir, pourraient-elles y remédier ?

La télémédecine, qui est une activité en plein essor, se présente comme une solution face à la problématique de démographie médicale déficitaire. Un projet de télé-dermatologie en MSP dans la région de Haute-Normandie est en cours (32).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-maisons-de-sante-300889

2. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.

3. Lois et MSP [Internet]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp

4. FFMPS [Internet]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/

5. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet]. Paris 11; 2015. Disponible sur: http://www.theses.fr/2015PA11T011

6. Les maisons et pôles de santé [Internet]. Disponible sur: http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/les-maisons-et-poles-de-sante

7. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/mobile.php#ficindic

8. CARTE_ZONAGE_MEDECINS.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-01/CARTE_ZONAGE_MEDECINS.pdf

9. FMPS-NORMANDIE. Les MSP en Normandie FORTSPRO [Internet]. Disponible sur: http://www.fortspro.fr/carte-des-msp/, http://www.fortspro.fr/carte-des-msp/

10. Gridel H. Les maisons de santé pluriprofesionnelles en plein essor : Etat des lieux en Ile de France [Thèse d’exercice]. Paris Descartes; 2017.

11. Exercer dans une maison de santé [Internet]. CMV Mediforce. Disponible sur:

https://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-themes/developpement-de-votre-activite/exercer-dans-une-maison-de-sante/

12. Exercer en maison de santé pluri-disciplinaire (MSP) [Internet]. Disponible sur: http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/exercer-en-maison-de-sante-pluri-disciplinaire-msp

13. Seigneur Y. L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ? 5 déc 2013 ;485. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960372/document

14. Autès M, Dufay M-G. Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. Santé Publique [Internet]. 2009;21(hs1):17-25. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-17.htm

15. Marechal F, Schmidt D, Lasserre E, Letrilliart L. When the group practice breaks up: a qualitative study. BMC Fam Pract [Internet]. 3 mai 2013;14(1):53. Disponible sur: https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-53

16. Morana E. Etude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2011.

17. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. 2ème. Le Coudurier Editions; 2015. 173 p. (Partage d'expériences).

18. Hénocque M. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2014.

19. Legros J-B. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire : l'exemple d'Origny-Sainte-Benoîte, trois ans après son ouverture. 28 sept 2015;47. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234101/document

20. Sebai Jihane, Yatim Fatima. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réélle mais un modèle organisationnel à construire. Rev Fr Adm Publique. 2017;164(4):887-902.

21. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Chaissac%20MSPD%20Fuges%20-%20version%2018%20mars%20-.pdf [Internet].

22. Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, Primary Care Health Houses: a new balance between continuity, accessibility of care and health professionals working conditions? Santé Publique [Internet];21(hs1):79-90. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-p-79.htm

23. Pimont A-S. Création de maisons médicales pluridisciplinaires: Quelles difficultés ? : Illustration par le projet de Neufchâtel-en-Bray [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2010.

24. Branson R, Armstrong D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. BMJ [Internet]. 12 août 2004 ;329(7462):381. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/329/7462/381

25. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. 27 sept 2016 ;106. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011/document

26. Farez A. Les médecins généralistes d'Évreux : analyse des organisations et aspirations en vue de la création d'un pôle de santé ambulatoire. 12 mai 2015 ;80. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163202/document

27. Maisons de santé pluriprofessionnelles | CGET [Internet]. Disponible sur: http://www.cget.gouv.fr/taxonomy/term/5133

28. La rémunération des praticiens en maison de santé [Internet]. CMV Mediforce. Disponible sur: https://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-themes/developpement-de-votre-activite/la-remuneration-des-praticiens-en-maison-de-sante/

29. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa

30. Paiement des rémunérations des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/orthoptiste/actualites/paiement-des-remunerations-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp

31. Professionnel ME. MACSF Exercice Professionnel [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Exercice-liberal/Creer-une-maison-de-sante/maison-de-sante-role-coordinateur-equipe

32. Dragomir R. Expérimentation de la télédermatologie en Maison de Santé Pluridisciplinaire : méthodes d'implémentation. 26 avr 2016 ;97. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01313587/document

33. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#sid=25;l=fr;sly=a_dep_DR;v=map1

34. Etat_des_lieux_offre_de_soin_1er_recours_Normandie_14Nov2017.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.normandie.paps.sante.fr/fileadmin/BASSE-NORMANDIE/Fichiers_PDF/Charte_PSLA_de_Normandie/Etat_des_lieux_offre_de_soin_1er_recours_Normandie_14Nov2017.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

1) Généralités : présentation des professionnels et de la MSP

a) *Professionnels*

Age ? Sexe ?

Quelle est l'année de début de votre exercice d'activité libérale ? Quelle a été la durée de votre activité libérale ?

Activité(s) avant l'installation en maison de santé :

Exerciez-vous une activité libérale, salariée ou mixte ?

Exerciez-vous seul ou en collaboration ? Aviez-vous une activité hospitalière ?

Étiez-vous propriétaire ou locataire des locaux ?

b) La maison de santé pluridisciplinaire

Quelle est la date de création de la maison de santé dans laquelle vous exercez ?

Quels sont les professionnels impliqués dans la maison de santé ?

Quelle est sa localisation géographique ?

2) Vos débuts en maison de santé pluridisciplinaires :

Quelles étaient vos motivations pour intégrer une maison de santé pluridisciplinaires ?

- Thèmes de relance : exercice pluridisciplinaire/ convivialité/ aménagement du temps de travail/ sur le plan financier/ congés et remplacements/ enjeu de santé publique

Aviez-vous des craintes à l'intégration d'une maison de santé pluridisciplinaire ?

- Thèmes de relance : marginalisation/ perte d'activité/ perte d'indépendance/ relationnel

3) Vécu personnel actuel de votre exercice en maison de santé :

Quel est votre vécu actuel de votre exercice en maison de santé ?

- Thèmes de relance : le temps de travail/ les formations professionnelles-personnelles/ plan financier (revenus, charges) / vie personnelle, qualité de vie/ conditions d'exercice et le plan organisationnel (relationnel entre professionnels, convivialité, confort, gestion du secrétariat, organisation et gestion de la maison de santé).

4) La pratique médicale en maison de santé pluridisciplinaire :

Qu'a apporté l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire dans la prise en charge des patients ?

- Thèmes de relance : sécurité des soins, pluridisciplinarité, suivi du patient

Selon vous, les maisons de santé pluridisciplinaires sont-elles attractives pour les professionnels de santé ?

La maison de santé dans laquelle vous exercez a-t-elle permis de lutter contre la désertification médicale ?

5) Bilan de votre exercice en maison de santé :

Regrettez-vous l'intégration en maison de santé ?

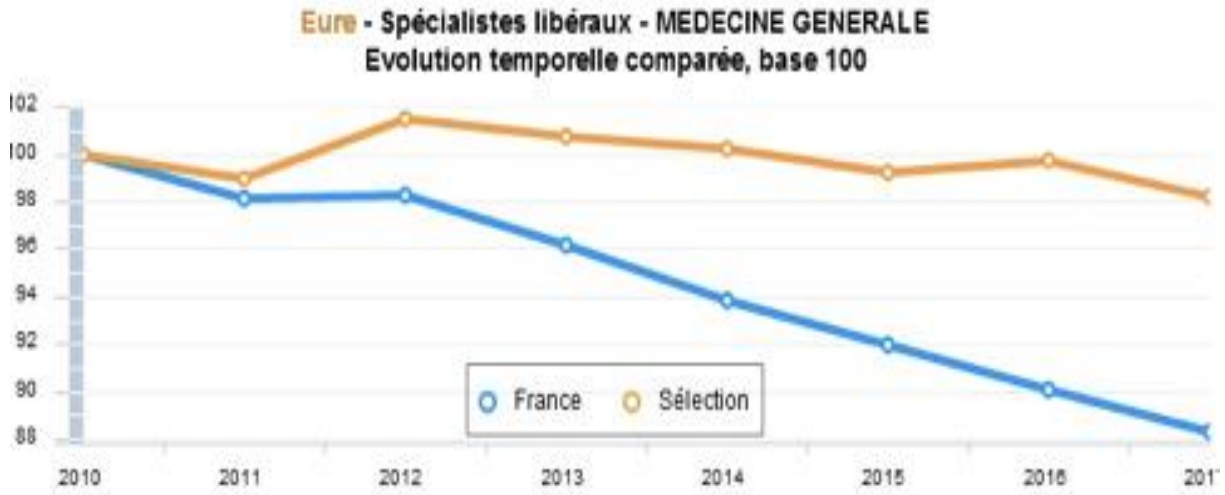
Quels en sont les avantages ?

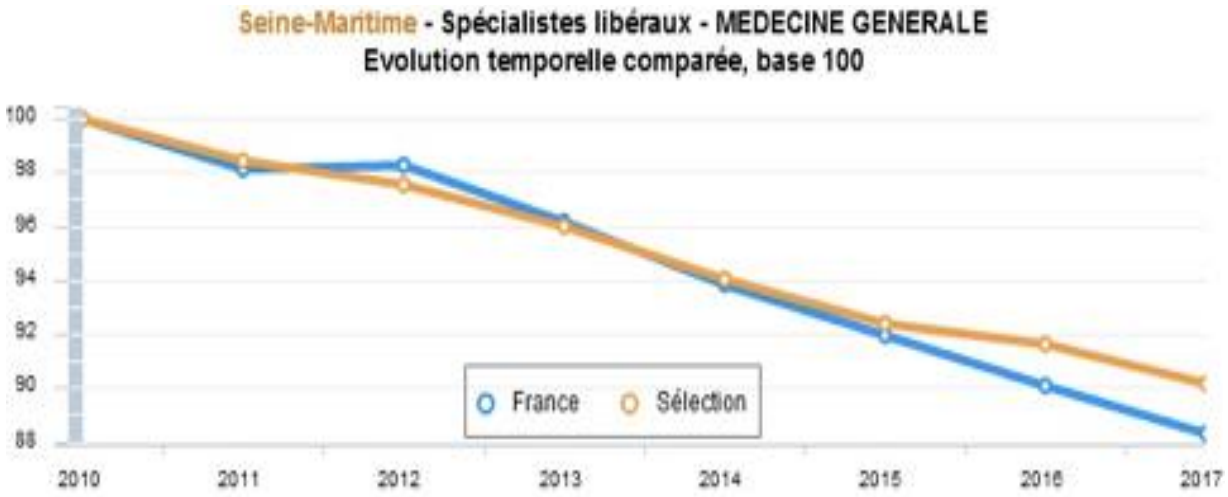
Quels en sont les inconvénients ?

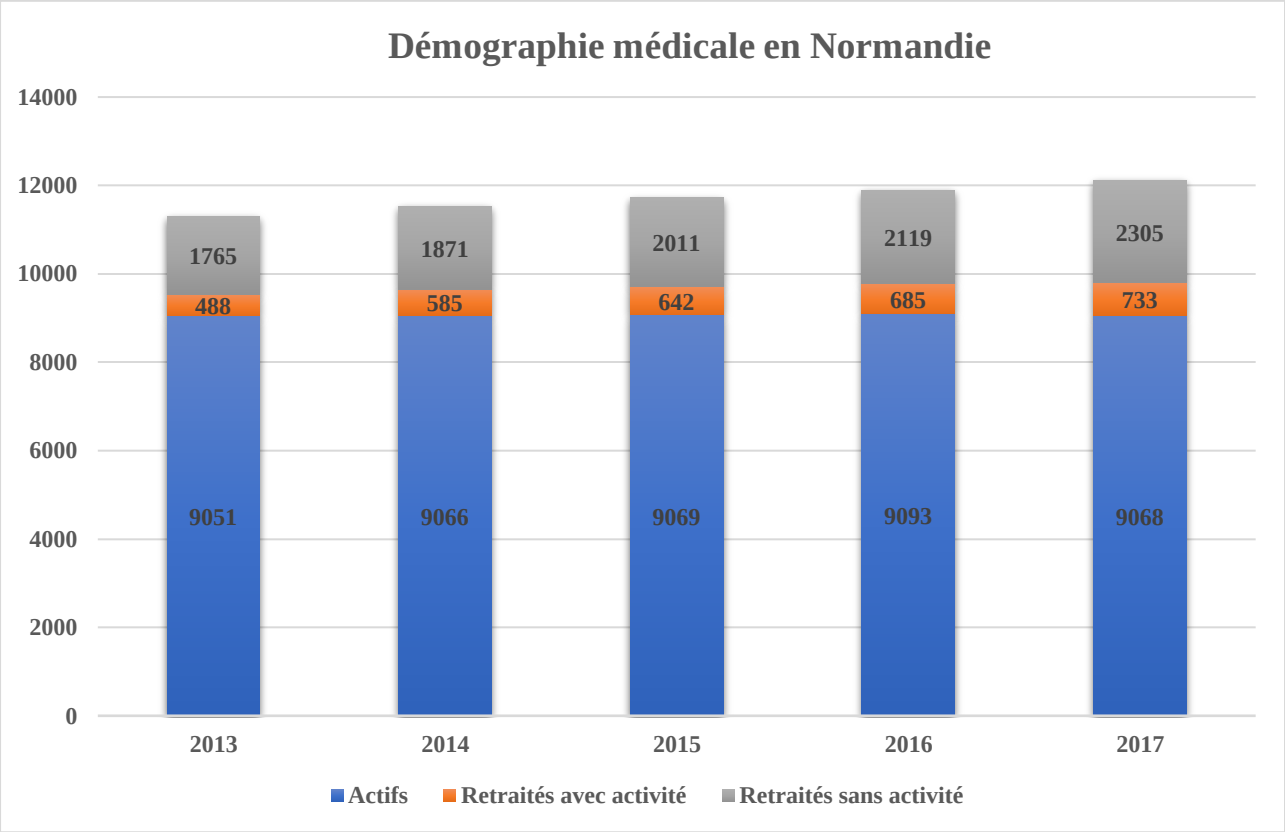
Recommanderiez-vous l’exercice en maison de santé à vos confrères

Question libre : Avez-vous des choses à ajouter ?

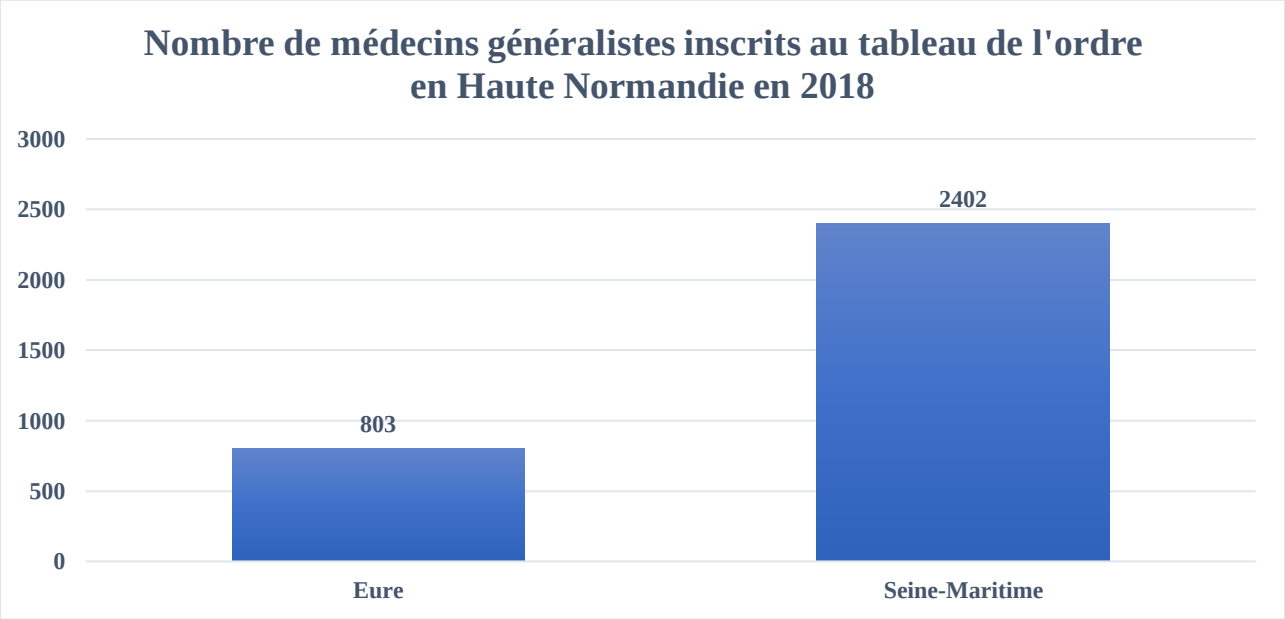
Annexe 2 : Démographie des médecins généralistes en Normandie Orientale (33)







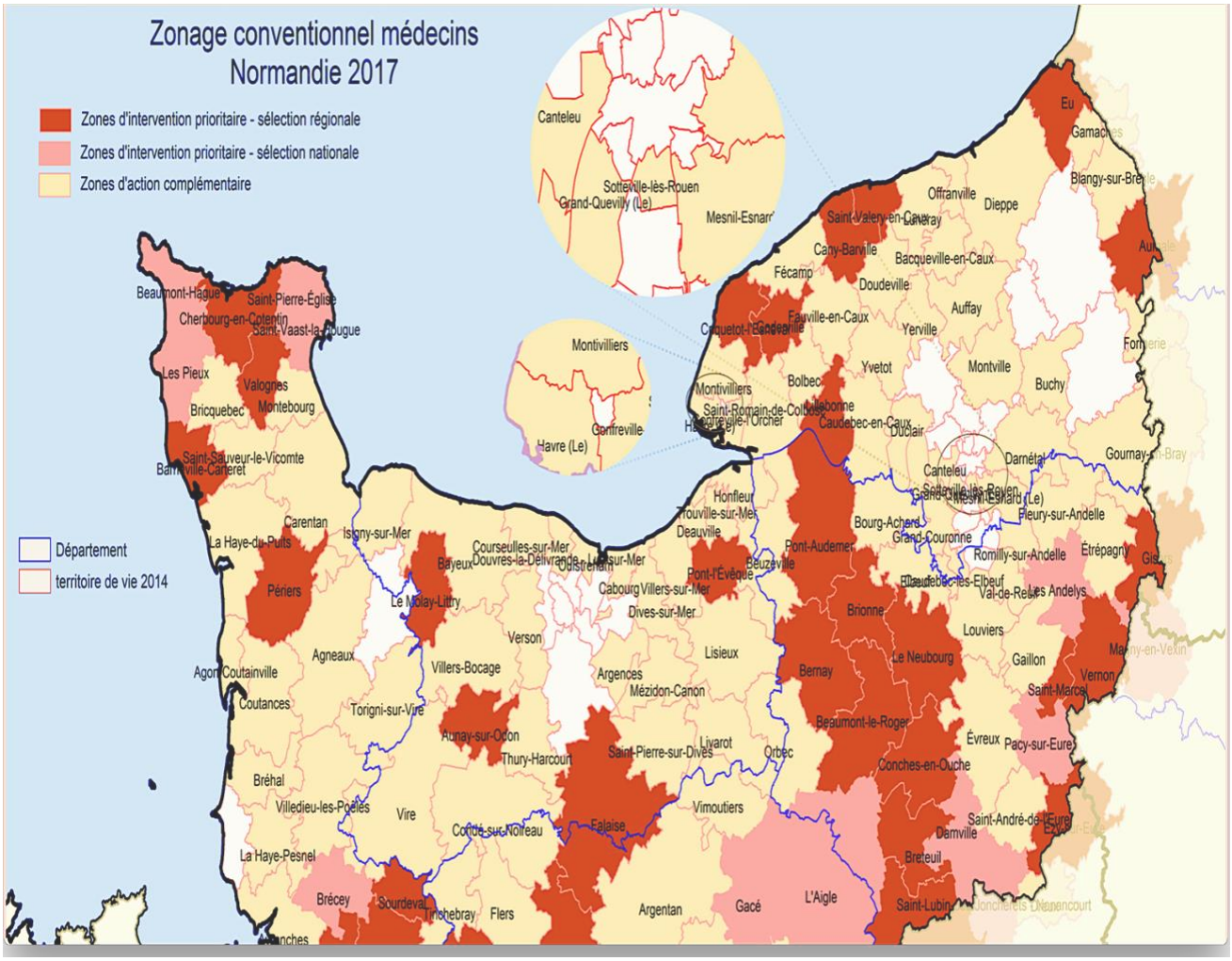
Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins (33)



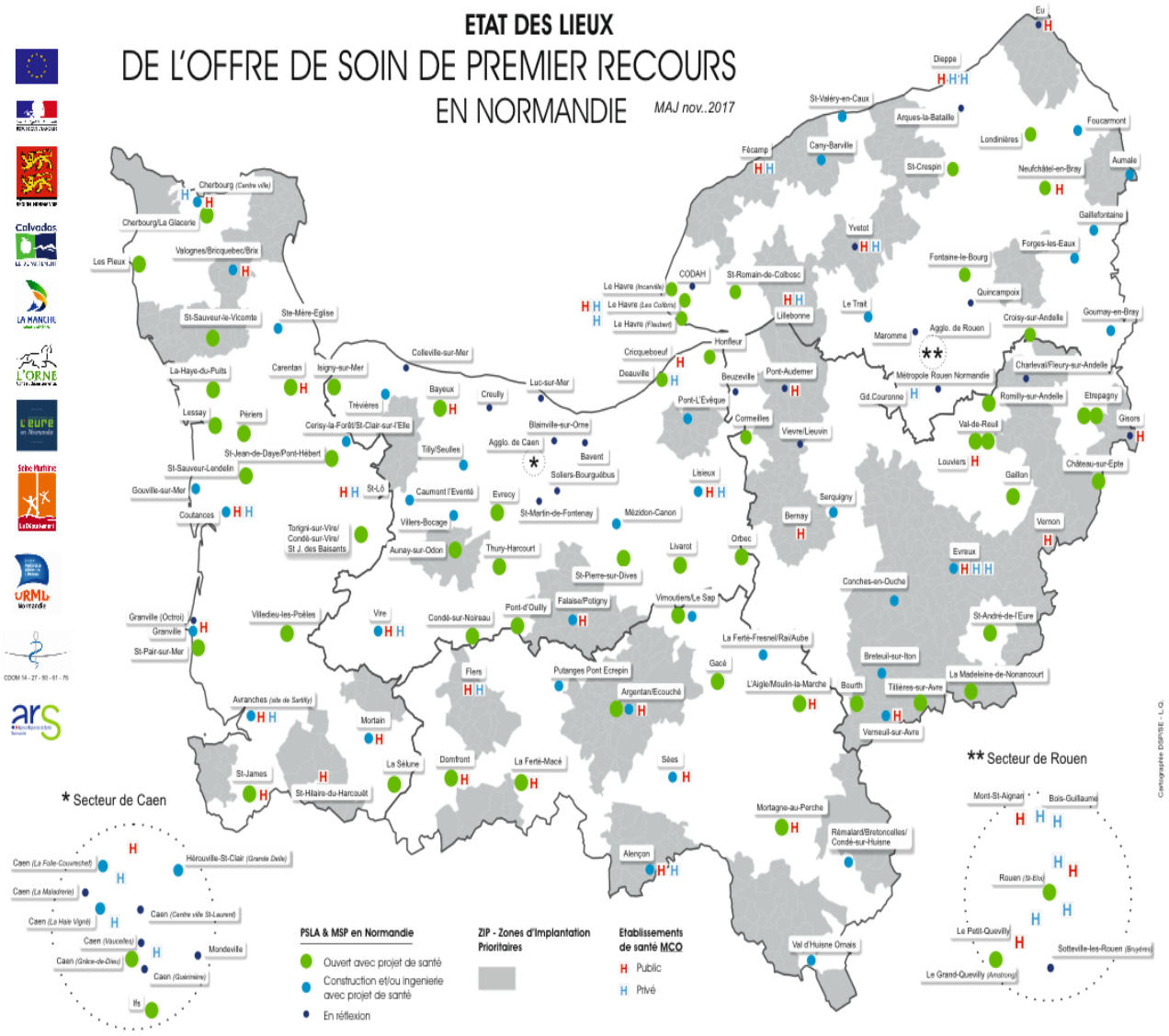
Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins (33)

Annexe 3 : Zonage des médecins en Normandie Orientale

Zones d'intervention prioritaire plus nombreuses dans l'Eure qu'en Seine-Maritime (8)



Annexe 4 : Zonage des MSP en Normandie Orientale (34)



Annexe 5 : Brochure

UNE MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE : C'EST QUOI ?

1. Une maison de santé c'est un projet de santé commun validé par l'Agence Régionale de Santé.

2. Pour constituer une maison de santé, il faut minimum 2 médecins généralistes et un personnel paramédical.

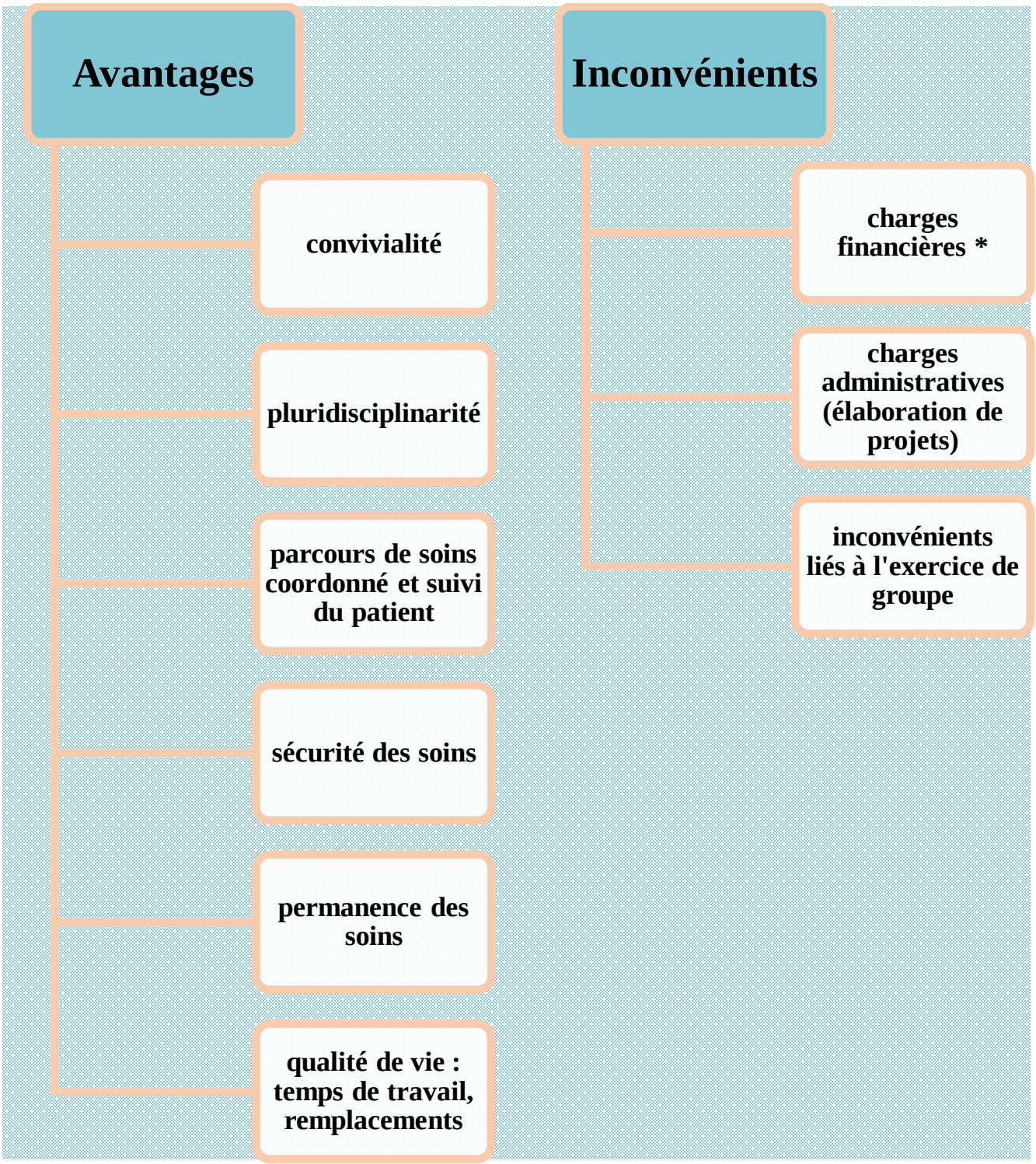
3. Les missions principales sont : permanence des soins, prévention, actions de santé publique, prise en charge des soins palliatifs, éducation, formation des professionnels, enseignement, recherche …

4. Ce sont des structures en développement croissant dans un but de contre-balancer l'inégale répartition des généralistes sur le territoire face à une demande de soins accrue.

5. C'est un mode d'exercice alternatif pour les professionnels de santé libéraux, un projet de groupe.

6. C'est un nouveau rôle pour les médecins généralistes : chef d'entreprise au sein d'un groupe pluri-professionnel.

7. Et c'est avant tout un travail d'équipe pluridisciplinaire.



*Plusieurs études qualitatives réalisées auprès de médecins généralistes ont montré que les charges financières étaient perçues comme un investissement au vu d'une meilleure qualité de vie.