



HAL
open science

Quel est l'avis des patients consultant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle en Île-de-France sur ce type de structure d'exercice ?

Matthieu Zienkiewicz

► To cite this version:

Matthieu Zienkiewicz. Quel est l'avis des patients consultant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle en Île-de-France sur ce type de structure d'exercice ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02892243

HAL Id: dumas-02892243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892243>

Submitted on 7 Jul 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 29

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Quel est l'avis des patients consultant en Maison de Santé
Pluriprofessionnelle en Île-de-France sur ce type
de structure d'exercice ?

Présentée et soutenue publiquement
le 21 mars 2019

Par

Matthieu ZIENKIEWICZ

Né le 11 octobre 1989 à Clichy-la-Garenne (92)

Dirigée par M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

Jury :

M. Le Professeur Patrick Plaisance, PU-PH Président

M. Le Docteur Youri Yordanov, MCU-PH

M. Le Docteur Christian Bouchot, MG

Remerciements

Au Professeur Patrick Plaisance, d'avoir accepté de présider cette thèse.

Au Professeur Robert Sourzac, d'avoir été mon tuteur durant ces années de DES, d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de m'avoir proposé un nouveau sujet lorsque le premier n'a pas pu aboutir.

Au Docteur Youri Yordanov, d'avoir accepté d'évaluer mon travail en faisant partie du jury.

Au Docteur Christian Bouchot, mon maître de stage et « compagnon », de m'avoir partagé son savoir et sa vision de la médecine.

Aux professionnels de santé, qui m'ont accepté au sein des MSP, pour la réalisation de ce travail.

À mes amis, sur qui je peux compter, malgré la distance qui parfois nous sépare.

À ma belle-famille, pour leur accueil et leur soutien.

À ma famille, pour leur aide et leur investissement dans toutes les étapes de ma vie. C'est grâce à vous que je suis arrivé là. Vous êtes toujours là pour moi.

À Elle, la femme de ma vie. Merci d'être là pour moi. Tu m'accompagnes, tu me soutiens, tu me fais grandir. Tu éclaires ma route et pimentes ma vie.

Table des matières

	Liste des abréviations, sigles et acronymes.....	6
I.	INTRODUCTION	7
A.	Contexte	7
1.	L'exercice médical groupé	7
2.	Historique	8
3.	Aides financières	9
4.	Définition actuelle et cahier des charges	11
5.	Avantages démontrés en termes d'efficacité.....	13
6.	Avantage professionnel	15
7.	Données démographiques (France et Île-de-France).....	16
8.	Caractéristiques des MSP étudiées pour ce travail.....	16
B.	État de la question.....	19
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	21
A.	Choix de la méthode	21
B.	Choix des lieux de recrutement.....	22
C.	Recueil des données	22
D.	Participants.....	25
E.	Analyse des données	25
III.	RÉSULTATS.....	26
A.	Déroulement des entretiens	26
B.	Profil des participants.....	27
C.	Analyse thématique.....	28
1.	L'offre de soins des MSP	28
a.	Une offre de soins diversifiée et regroupée	28
b.	Une prise en charge globale au sein de la structure.....	29
2.	Les avantages professionnels profitent au patient	31
a.	L'interprofessionnalité	31
b.	L'organisation des soins et du temps de travail.....	32
c.	Le dossier partagé.....	34
d.	L'aspect administratif.....	36
3.	La structure	36
a.	Un lieu de proximité.....	36
b.	Un lieu accueillant.....	37
4.	La dynamique de la MSP	38
a.	L'efficacité	38
b.	La relation praticien-patient	39

c. La formation	40
5. La MSP comme réponse à la demande de soins	41
6. Le manque d'identification.....	42
D. Modélisation	44
IV. DISCUSSION.....	45
A. Méthodologie	45
B. Choix des MSP	45
C. Caractéristiques et profil de la population	46
D. Choix de l'échantillon étudié	47
E. Réalisation de l'étude.....	47
F. Analyse thématique.....	48
1. L'offre de soins des MSP	48
a. Une offre de soins diversifiée et regroupée	48
b. Une prise en charge globale au sein de la structure.....	49
2. Les avantages professionnels profitent au patient	50
a. L'interprofessionnalité	50
b. L'organisation des soins et du temps de travail.....	51
c. Le dossier partagé.....	52
d. L'aspect administratif.....	53
3. La structure	54
a. Un lieu de proximité.....	54
b. Un lieu accueillant.....	54
4. La dynamique de la MSP	56
a. L'efficacité	56
b. La relation praticien-patient	56
c. La formation	57
5. La MSP comme réponse à la demande de soins ?.....	58
6. Le manque d'identification.....	60
7. Les points négatifs.....	62
V. CONCLUSION	64
Références bibliographiques.....	66
Annexes.....	69

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de Santé

DMP : Dossier médical partagé

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

ESP : équipe de soins primaires

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IDF : Île-de-France

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux modes de rémunération

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

PDS : Permanence des soins

PMR : Personnes à mobilité réduite

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

I. INTRODUCTION

A. Contexte

1. L'exercice médical groupé

L'exercice médical groupé s'est développé ces dernières années. D'abord par la création des premiers centres de santé (qui n'étaient pas toujours bien perçus par la communauté professionnelle), puis par la formation des réseaux de santé, et plus récemment la création des maisons et pôles de santé.

Le terme de regroupement, qui se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux professionnels de santé, recouvre des formes variées : monodisciplinaires (médecins d'une même discipline), pluridisciplinaires (médecins de disciplines différentes) et enfin pluriprofessionnelles, qui associent des médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux (notamment sages-femmes, dentistes) et paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)¹.

Aujourd'hui, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et pôles de santé sont en plein essor. L'activité des praticiens y est libérale, mais offre un cadre propice à des pratiques innovantes et stimulantes, avec une coopération effective entre professionnels pour une prise en charge coordonnée du patient, des échanges facilités avec les confrères et un exercice moins isolé.

Les centres de santé proposent également des soins de premier recours (médicaux, dentaires, paramédicaux, etc.) mais à la différence des MSP, les professionnels qui y exercent sont salariés. Ils sont créés et gérés par des structures institutionnelles (communes, mutuelles, associations d'aide aux personnes).

L'équipe de soins primaires (ESP) peut constituer un noyau fondamental de cet exercice regroupé et coordonné. L'ESP est constituée de tout professionnel de santé de premier recours et deuxième recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients. Une ESP est une forme de coordination très

souple passant a minima par la transmission organisée d'informations, la facilitation de coopérations, la mise en cohérence des interventions autour des patients².

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens peut être signé avec l'Agence régionale de Santé, afin d'obtenir des moyens financiers. Ce contrat fixe les principales orientations du projet de santé, les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure, les actions prévues en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de développement du système d'information de la structure, les modalités d'évaluation permettant de définir si les objectifs fixés sont atteints². Ce contrat montre l'importance de l'ancrage de la structure au sein du territoire sur lequel elle exerce, qui doit être compatible avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins Ambulatoires (SROS).

Ainsi, le taux de médecins exerçant en groupe (au moins deux médecins dans un même cabinet) est en augmentation constante depuis plus d'une vingtaine d'années, passant d'un peu moins de 30 % au début des années 1980 à 44 % en 2002 puis une stabilisation à 54% à partir de 2009³.

2. Historique

Le terme « maison de santé » tel qu'on le connaît actuellement, comme concept d'exercice libéral regroupé et ancré dans un territoire de santé, fait son apparition dans les années 2000. Les premières structures d'exercice médical collectif voient ainsi le jour spontanément, sans aucune impulsion des pouvoirs publics⁴. Parmi les premières maisons de santé on trouve déjà en 2003 celle de Saint-Amand-en-Puisaye dans la Nièvre et en 2006 la MSP de Pont-d'Ain dans l'Ain. Les objectifs sont clairement définis : lutter contre la désertification des professions de santé en milieu rural, lutter contre l'isolement des professionnels de santé et développer un projet professionnel commun, développer l'offre et l'accès aux soins sur le territoire, mettre le patient au cœur du système de santé, développer la mise en place d'actions de santé publique^{5,6}. En 2007, leur nombre est estimé entre 100 et 200⁷.

Cette même année, une commission s'est réunie au Sénat pour travailler sur les inégalités territoriales de santé. Elle a constaté que la pratique de l'exercice regroupé, quelle qu'en soit la

forme semblait répondre aux aspirations des professionnels de santé en matière d'activité professionnelle et de qualité de vie. De plus, des incitations financières favorisant l'exercice en groupe ont déjà été mises en place. Cette commission a fait la différence entre *maison de santé pluridisciplinaire* et les autres modes d'exercice regroupé en précisant la notion de projet médical commun comportant des actions en direction de la population. Il a été alors proposé de créer un label spécifique « maison de santé » et d'en clarifier le statut juridique⁷.

Concernant le cadre légal, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont introduites pour la première fois dans le code de la santé publique en 2007⁸:

Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009⁹, renforce sa définition en affichant la notion d'élaboration d'un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux, avec information de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Tout membre de la MSP doit adhérer à ce projet de santé. Sa composition s'élargie avec l'apparition d'auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

En 2011, la loi Fourcade¹⁰ modifiant la loi HPST intègre la dimension d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et d'actions sociales. Un cahier des charges fixe les objectifs des MSP.

En 2016, la loi Santé¹¹ intègre le caractère universitaire que peut revêtir une MSP, formalisant alors la possibilité à la formation universitaire au sein de celle-ci, ainsi qu'à la recherche en soins premiers.

3. Aides financières

L'intérêt croissant des pouvoirs publics pour ce nouveau mode d'exercice les a amenés à proposer des aides de financement pour promouvoir les MSP : aides financières du Fond

d'Intervention Régional, de l'État et des collectivités territoriales par le biais de différents plans de financement.

Les Agences Régionales de Santé, via le Fond d'Intervention Régional peuvent apporter une aide financière pour l'analyse des besoins et l'élaboration du projet fondateur de la structure (diagnostic de faisabilité), et pour l'investissement initial et l'aide au démarrage¹².

Concernant l'investissement, différentes aides sont proposées au niveau européen, au niveau de l'État et des collectivités territoriales. Il peut s'agir par exemple du Fond Européen pour le Développement Régional et du Fond Européen Agricole pour le Développement Rural. Concernant l'État et les collectivités, elles sont soutenues par les Fonds de Développement Territorial¹².

Toutes ces aides sont cumulables.

Au-delà du soutien au regroupement par des aides à l'investissement, des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été introduites dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 visant à cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009-2013¹, poursuivis désormais sous le terme de Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR). Il s'agit d'un forfait accordé aux MSP et centres de santé si ceux-ci respectent un certain nombre d'objectifs et d'engagements, comme des critères d'accès aux soins, l'interprofessionnalité et la coordination, l'utilisation d'outils informatiques partagés ou l'élaboration de protocoles pluridisciplinaires. Sont aussi rémunérés les missions de santé publique (éducation thérapeutique), la formation de jeunes professionnels ou l'évaluation de la satisfaction des patients¹³.

Les plans santé des différents gouvernements récents se sont appuyés et s'appuient toujours donc encore sur le développement plus important des maisons de santé, comme une des réponses au problème de désertification médicale, en leur proposant un soutien financier croissant.

4. Définition actuelle et cahier des charges

La définition actualisée d'une MSP date du 26 janvier 2016¹¹ :

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels 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.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

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.

Un cahier des charges a été mis en place afin de pouvoir encadrer les structures demandant la dénomination de MSP et les soutiens financiers.

Extrait du *Cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier – Annexe II* :

Socle minimal obligatoire pour toute MSP financée

La maison de santé pluriprofessionnelle est le lieu principal d'exercice des professionnels de santé de façon à favoriser la mutualisation des fonctions support.

La maison de santé pluriprofessionnelle est clairement identifiable par la population. L'ensemble des professionnels partenaires formalisent un projet de santé qui fait état.

I – DU DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

Les professionnels prennent en compte les besoins de santé du territoire et proposent un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS.

II - DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE

II 1) – Le projet professionnel

- L'exercice est pluriprofessionnel : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeute, ...).
- La MSP formalise l'organisation du travail entre les différents professionnels de la structure ;
- La MSP s'engage à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^e cycle, internes, étudiants infirmiers...).

II 2) – L'organisation de la prise en charge des patients

A – La prévention

La MSP propose :

- Des actions de prévention : promotion de la santé, éducation thérapeutique, etc.,
- Une information et une orientation des patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

B – La prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée

La MSP a mis en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnée des patients : organisation de réunions pluriprofessionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge.

C. La coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire

La MSP a conclu des partenariats avec les autres acteurs du territoire : acteurs de santé, médicosociaux et sociaux (hôpital, Services de soins infirmiers à domicile, autres MSP, Centres locaux d'information et de coordination, etc.).

D – La continuité des soins

La MSP propose une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des horaires de PDS, par exemple :

- Une large amplitude horaire d'ouverture,
- Des consultations non programmées.

E – Le dispositif d'information

La maison de santé s'engage à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé, informatisé ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure. Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin.

Ainsi, le projet de santé élaboré par la maison de santé doit présenter les moyens mis en œuvre pour répondre aux objectifs du cahier des charges.

5. Avantages démontrés en termes d'efficacité

Les MSP sont plébiscitées par les pouvoirs publics comme décrit précédemment. Leur développement a pour principaux objectifs de santé publique :

- Offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches ;
- L'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social ;

- Développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé, ouverte sur ce nouveau mode d'exercice.

Concernant leur performance, le rapport de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) de 2014, ayant évalué les performances des maisons et pôles de santé dans le cadre de l'ENMR, décrit que l'exercice pluriprofessionnel au sein de ces structures, porté par une dynamique professionnelle renouvelée et soutenu par un ensemble de mesures publiques montre une performance supérieure comparativement à l'exercice « standard »¹.

Ces performances accrues concernent l'amélioration des soins et services rendus ambulatoires, les économies en matière de dépense ambulatoire, et un gain de productivité. Elles permettraient aussi de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires :

Extrait de *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ; Julien Mousquès, Yann Bourgueil ; Rapport de l'IRDES ; 2014*

- Les maisons de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale, plus fragiles en termes d'offre de soins. Elles sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes isolés. Dans les espaces à dominante urbaine [...] les maisons de santé sont moins présentes. Cependant la logique d'implantation de ces dernières suggère une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés.
- Le développement des maisons et pôles de santé semble efficace puisqu'on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2012 dans ces espaces comparés à ceux du même type mais sans maisons de santé et relativement à la période précédente (2004-2008).
- L'activité est majorée de 13 % à 15 % en termes de file active ou de patients inscrits pour les maisons et pôles de santé relativement aux témoins. Ainsi pour un temps de travail équivalent, les médecins des maisons et pôles de santé suivent un plus grand nombre de patients.
- L'intensité de l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services primaires est génératrice d'économie en matière de dépense ambulatoire, relativement à l'exercice standard.
- Le regroupement pluriprofessionnel des soins et services primaires est à l'origine d'une amélioration des soins et services rendus ambulatoires.

De plus, les MSP offrent une amplitude horaire plus grande que celle constatée pour les autres formes d'exercice en médecine générale¹⁴.

6. Avantage professionnel

Les MSP apparaissent comme une réponse aux aspirations des professionnels de santé qui souhaitent à l'heure actuelle changer leur organisation de travail : rupture de l'isolement professionnel, désir des jeunes professionnels de travailler en équipe et recherche d'une amélioration de leur qualité de vie^{15,16}. Elles offrent aux professionnels participant « un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice professionnel »¹⁴.

Les différents travaux menés montrent justement cet avantage professionnel à exercer en MSP : réponse à la surcharge de travail, outils de travail performant, transmission aux générations suivantes, amélioration de la gestion du temps de travail par rapport au temps de loisir¹⁶. Elles permettent la mutualisation des moyens (partage des locaux, partage d'un accueil-secrétariat) et l'optimisation de la coordination des soins principalement par le regroupement de professionnels de santé sur un même lieu, l'organisation de réunions interprofessionnelles et l'utilisation d'un logiciel informatique commun¹⁵. En développant l'interprofessionnalité, elles constituent une réponse concrète à la problématique de la complexification des prises en charge ambulatoires et de la crise de la démographie médicale. Les acteurs des maisons de santé se représentent leur travail avant tout comme une prise en charge efficace et efficiente des patients. Le travail en MSP par le partage des compétences avec des professionnels d'autres disciplines, ainsi que le partage d'expériences de professionnels d'une même discipline permet d'élargir ses connaissances. L'interprofessionnalité permet d'apprendre au contact des autres et donc de s'améliorer tous les jours dans ses pratiques¹⁷.

Les futurs médecins généralistes désirent aussi répondre à la continuité des soins, tout en préservant leur qualité de vie, par l'exercice pluriprofessionnel : 90,8 % des internes répondent qu'ils accepteraient d'organiser leur temps de travail avec les autres professionnels du secteur dans lequel ils exerceront¹⁸.

7. Données démographiques (France et IDF)

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont en plein essor en France : leur nombre a presque doublé entre 2014 et 2016, atteignant 781 maisons en fonctionnement cette année-là¹⁵. En 2018, on en dénombre 910¹⁹. L'objectif gouvernemental actuel est de doubler encore leur nombre d'ici 2022²⁰.

Les maisons et pôles de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre et sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes en cabinet. Ceci suggère une logique d'implantation des maisons de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. De plus, le développement de ces structures semble efficace puisqu'on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces comparés à ceux du même type mais sans maisons de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels les maisons et pôles de santé sont moins présents, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. Ici aussi, les analyses mettent en évidence une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes comparativement aux espaces sans maisons ou pôles de santé²¹.

En mars 2017 en Île-de-France il existait 42 MSP en fonctionnement, et 40 MSP en projet.

8. Caractéristiques des MSP étudiées pour ce travail

- MSP Michelet

La Maison de Santé Michelet, située à Paris dans le 19^e arrondissement a ouvert ses portes le 1^{er} octobre 2011. Elle a été créée à l'initiative des collectivités territoriales. Elle comprend actuellement : 4 médecins généralistes titulaires, 1 médecin généraliste collaborateur, 3 infirmières diplômées d'état (IDE), 1 masseur-kinésithérapeute, 1 orthoptiste, 1 orthophoniste.

Elle est ouverte du lundi au vendredi de 9 h à 20 h, et le samedi de 9 h à 13 h.

Elle a signé la convention "Paris Santé" avec la ville de Paris afin de ne faire aucun dépassement d'honoraires.

Elle est située en zone de densité médicale forte : plus de 6,7 médecins généralistes libéraux pour 10000 habitants¹⁵.

Cette MSP se situe au cœur de la résidence Michelet. Celle-ci est située entre les portes de la Chapelle et d'Aubervilliers, et a été construite en 1968. Elle constitue l'un des plus grands ensembles de logements sociaux de la capitale : ses 1800 logements abritent plus de 4300 habitants²².

Le 19^e arrondissement de Paris est l'arrondissement où le nombre de logements sociaux est le plus important, le taux de demandeurs d'emploi est le plus élevé (22,3 %) et les revenus médians annuels sont les plus faibles de la capitale selon l'INSEE en 2012.

- MSP Porte de Vanves

La Maison de Santé Porte de Vanves, située à Paris dans le 14^e arrondissement a ouvert ses portes le 26 septembre 2016. Elle a été créée à l'initiative de professionnels de santé de l'arrondissement. Elle comprend actuellement 7 médecins généralistes dont deux collaborateurs libéraux, 4 infirmiers, 3 masseurs-kinésithérapeutes, 2 psychologues et 1 orthophoniste.

Elle est ouverte de 8 h 30 à 19 h 30 du lundi au vendredi et de 8 h 30 à 13 h 30 le samedi.

Tous les praticiens appliquent les tarifs de la Sécurité sociale sans dépassement.

Elle est située en zone de densité médicale forte : plus de 6,7 médecins généralistes libéraux pour 10000 habitants¹⁵.

Cette MSP se situe dans la partie sud du quartier Porte de Vanves. Celui-ci se caractérise par un habitat social très important (95 % des logements). Le quartier accueille une forte proportion de foyers à bas revenus (18 % contre 11 % en moyenne parisienne). La partie dans laquelle se situe la MSP accueille une population vieillissante. La part des chômeurs vivant à la Porte de Vanves est moins forte que la moyenne des quartiers prioritaires mais reste nettement plus élevée que le taux parisien (16 % dans le quartier contre 12 % à Paris). Les ménages vivant sous le seuil de pauvreté sont plus nombreux dans le quartier qu'à Paris (18 % contre 11 %).

- MSP La Saclaisienne

La Maison de Santé La Saclasiennne est située à Saclas, en Essonne. Elle a ouvert ses portes le 17 mai 2016. Elle a été créée à l'initiative d'une association de professionnels de santé. Elle comprend 4 médecins généralistes, 2 IDE, 2 psychologues, 1 masseur-kinésithérapeute, 1 pédicure-podologue et 1 sage-femme. La pharmacie de Saclas s'est installée en face de la maison de santé après son ouverture.

La MSP est ouverte de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 12 h 30 le samedi.

Elle est située en zone de densité médicale faible : moins de 6 médecins généralistes libéraux pour 10000 habitants¹⁵.

Saclas est situé en zone rurale (Beauce). La ville compte environ 1800 habitants. Le taux de chômage est de 10,3%.

B. État de la question

L'exercice pluriprofessionnel en soins premiers se développe en France sous les formes récentes de maisons et pôles de santé, et celle plus ancienne de centres de santé.

Souvent à l'initiative de professionnels, ces nouvelles organisations rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics dans la mesure où elles permettraient de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires mais également le déploiement d'activités de soins plus coordonnées et plus efficaces¹. L'offre de soins semble donc améliorée. Les maisons de santé, en développant l'interprofessionnalité, constituent une réponse concrète à la problématique de la complexification des prises en charge ambulatoires et de la crise de la démographie médicale¹⁷. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) se développent ainsi et prennent une place progressivement plus importante au sein du système de santé français. Elles peuvent intégrer des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Ces CPTS rassemblent, à leur initiative, des professionnels de santé déjà regroupés ou non, de soins de premier ou deuxième recours et des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dans le but de structurer l'offre de soins ambulatoire coordonnée sur le territoire.

Les MSP répondent mieux aux désirs actuels des médecins concernant l'organisation de leur travail. La mutualisation de leur emploi du temps leur permet de répondre aux exigences de la continuité des soins tout en préservant une qualité de vie souhaitée. La mutualisation des moyens, l'organisation de réunions interprofessionnelles et l'utilisation d'un logiciel informatique commun sont permis par ce type de structure¹⁵.

Il paraît opportun de favoriser des recherches et des analyses sur la satisfaction des patients¹. Les avis et attentes des usagers pourraient alors être utilisés comme critères à part entière de la qualité des soins en MSP.

L'objectif principal de ce travail est de connaître l'avis des patients qui consultent en MSP en Île-de-France sur ce type de structure d'exercice, grâce à une étude qualitative réalisée auprès de patients consultant à la MSP Michelet (Paris 19^e), à la MSP Porte de Vanves (Paris 14^e) et à la MSP La Saclaisienne (Saclas, 91).

L'objectif secondaire est d'établir une grille de critères de satisfaction des patients, qui pourrait être utilisée par les MSP pour contribuer à améliorer le fonctionnement de la structure.

II. Matériel et Méthode

A. Choix de la méthode

L'objectif de cette recherche était de connaître l'avis des patients qui consultent en MSP sur ce type de structure. Le choix de la méthode s'est porté sur l'analyse qualitative. Elle était la mieux adaptée pour étudier le sujet qui était un critère qualitatif et ouvert.

En effet, le but était de recueillir la plus grande diversité d'avis sur le sujet. Nous recherchions à explorer la thématique de manière la plus large possible, abordant des sujets pouvant être importants pour les patients qui auraient pu manquer à notre réflexion a priori, n'étant pas « utilisateurs » des MSP. Nous recherchions donc à recueillir un retour d'expérience du patient.

Le sujet n'ayant pas été abordé antérieurement en Île-de-France, l'approche qualitative semblait donc la plus à même d'explorer celui-ci.

Le type d'approche choisi pour l'analyse des données a été la théorisation ancrée. En effet, étant dans une démarche de recherche d'avis sans a priori sur la question, cette approche était la plus adaptée à la construction d'un modèle.

On peut définir la théorisation de la façon suivante :

- Théorisation : « C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière »²³.
- Ancrée : s'assurer constamment de l'étroite correspondance de la théorisation avec les données²³.

Il ne s'agit donc pas d'une analyse de contenu, qui est effectuée par comptage et comparaison de mots du corpus. Il s'agit ici d'une démarche de conceptualisation progressive du phénomène étudié à partir de données empiriques. La méthode de la théorisation ancrée construit et transforme la recherche au fur et à mesure que la collecte de données se poursuit, au lieu d'être totalement structurée au préalable²⁴.

B. Choix des lieux de recrutement

Afin d'explorer un panel le plus diversifié de population, le choix des MSP pour le recrutement des patients s'est porté sur trois MSP franciliennes :

- MSP Michelet, car elle a été la première MSP ouverte à Paris intra-muros (2011), et à l'initiative des collectivités locales¹⁵. Elle nous semblait être une MSP bien ancrée dans le quartier, présentant un aspect social du fait de sa localisation, avec des utilisateurs réguliers.
- MSP Porte de Vanves, car elle est l'une des dernières MSP parisiennes à avoir ouvert ses portes. Elle nous semblait apporter une nouvelle dynamique au quartier, avec des utilisateurs nouveaux.
- MSP La Saclaisienne, car elle est implantée dans un milieu rural, ouverte récemment dans une zone de faible densité médicale, en limite de région. Elle nous semblait apporter une nouvelle dynamique dans ce bassin de vie rural. Le recueil d'avis de patients en zone rurale pouvait également élargir le panel par rapport aux deux MSP urbaines.

Ces trois MSP choisies nous ont donc semblé complémentaires dans la dynamique apportée sur le territoire de leur exercice.

Ayant déterminé qu'a priori une vingtaine d'entretiens permettaient d'arriver à saturation des données, le nombre de trois MSP nous semblait intéressant pour avoir un panel d'avis, avec environ sept patients par MSP.

C. Recueil des données

La méthode de recueil utilisée a été celle de l'entretien individuel semi-directif.

Cette méthode est en effet un moyen privilégié pour étudier les avis des patients. La libre expression est préservée, sans jugement ni influence, dans un cadre confidentiel. Elle permet le déroulement des idées, la réflexion, et l'établissement de liens entre les différents éléments évoqués. L'entretien semi-directif permet à la personne interrogée d'aborder des aspects

imprévus pour l'enquêteur, et ainsi d'élargir le champ exploratoire. Le focus group (groupe de discussion) s'est avéré être moins intéressant pour nous, du fait de la situation de groupe qui risquait d'engendrer soit une retenue, un contrôle du discours, soit une dynamique de groupe avec des sujets risquant de prendre l'ascendant sur des personnes plus discrètes.

Initialement, le recrutement devait se faire par les professionnels de santé des MSP. Ils devaient proposer au deuxième patient de la journée (fixé arbitrairement) de participer à l'étude à partir d'une date donnée. Cette méthode nous avait semblé pertinente, car elle permettait de recruter des patients majeurs, pouvant s'exprimer aisément en français. Le poids de la proposition par un professionnel de la MSP était un avantage. Si le patient refusait, l'étude était proposée au patient suivant, etc. Tous les professionnels de santé des trois MSP pouvaient recruter les patients (sauf le Directeur de Thèse exerçant à la MSP Porte de Vanves). Si le patient acceptait, le recruteur consignait ses coordonnées sur un document spécifique et le patient se voyait remettre une fiche explicative avec l'intitulé et l'objectif de la thèse, et les coordonnées de l'enquêteur. Le patient recruté était ensuite rappelé afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Cet entretien devait se faire soit en face à face dans un local individuel au sein de la MSP pour les deux MSP parisiennes, soit par téléphone pour les patients recrutés à la MSP de Saclas.

Mais cette méthode de recrutement a dû être modifiée pour les raisons suivantes :

- Après concertation, les professionnels de santé de la MSP Michelet souhaitaient que le recrutement se fasse en salle d'attente par l'enquêteur.
- La participation des professionnels de santé de la MSP Porte de Vanves était faible (un patient recruté)
- Malgré une participation active des professionnels de santé de la MSP La Saclasienne au recrutement, les entretiens téléphoniques se sont avérés moins intéressants que le face à face.

Par la suite, tous les patients ont donc été recrutés en salle d'attente par l'enquêteur et l'entretien a été réalisé en face à face à la MSP le jour même.

L'enquêteur était l'auteur de la thèse.

Le guide d'entretien (disponible en Annexe 1) a été élaboré a priori dans l'intention d'aborder le plus de thématiques possibles concernant la MSP. Le cahier des charges et les caractéristiques

intrinsèques d'une MSP ont servi de trame au guide d'entretien. Ce guide a été élaboré par l'auteur de la thèse et finalisé avec le directeur de thèse.

La première question se voulait très ouverte : Quel est votre avis sur les MSP ?

Les questions suivantes ont été établies dans un ordre logique de réflexion sur le sujet. Si le patient abordait largement un des thèmes dans la première question, la suivante en rapport n'était plus posée. Si le patient évoquait une idée dans la première question, qui était un des thèmes suivants, il lui était demandé de développer son avis. Si le patient évoquait un ou des thèmes non abordés dans le guide, il lui était demandé de développer par la suite.

Conformément à la méthode de l'enquête qualitative par entretien semi-dirigé, le guide d'entretien a été progressivement adapté au fil des entretiens et de l'analyse.

Les entretiens étaient réalisés dans un local individuel de la MSP, mis à disposition pour l'occasion. Il s'agissait d'avoir un endroit calme et isolé afin de pouvoir créer une atmosphère de confiance.

Tous les entretiens ont été enregistrés après accord oral du patient. Cela permettait à l'enquêteur de rester concentré sur le discours, de prendre des notes succinctes et donc de créer une situation plus naturelle et plus confidentielle. L'enquêteur a adopté une attitude neutre afin de ne pas émettre ou susciter un jugement. Au cours de l'entretien, l'enquêteur relançait le patient sur les différents sujets abordés, en demandant de préciser, ou recentrait le discours en reformulant les questions. L'emploi de questions ouvertes était privilégié. La demande de clarification, la reformulation des propos ou le résumé ont aussi été utilisés pour relancer le discours et comprendre la pensée du patient.

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits ensuite en verbatim par l'enquêteur au fur et à mesure des journées de recrutement.

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini à l'avance. Ils ont été conduits jusqu'à ce que de nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations complémentaires, c'est-à-dire à saturation des données.

D. Participants

Les patients ont été sélectionnés au hasard par l'enquêteur en salle d'attente (sauf quatre patients comme décrit précédemment). Le but de cette sélection était d'avoir un panel de patients le plus large possible. C'est l'échantillonnage à variation maximale.

E. Analyse des données

Les verbatims ont été encodés par l'enquêteur à l'aide du logiciel NVivo, au fur et à mesure du recrutement.

La première étape a consisté à codifier le discours. Les verbatim étaient relus attentivement afin de relever des propos énoncés, qui étaient codifiés sous forme de nœuds. Chaque nœud regroupait des éléments (mots, expressions, phrases partielles, entières ou multiples) des verbatims dont le sens était commun.

Le deuxième niveau d'analyse a consisté à classer les nœuds en catégories. Plusieurs nœuds dont le thème était commun ont été regroupés dans une même catégorie. Cette étape a permis de recontextualiser les nœuds sortis des verbatims et de mettre en évidence les catégories les plus représentatives de notre sujet.

Le troisième niveau d'analyse a consisté à rechercher et mettre en évidence des relations existantes entre les catégories ou sous-catégories, et créer un ensemble logique.

Enfin, la dernière étape a consisté à élaborer une grille de critères attendus par les patients concernant les MSP.

III. Résultats

A. Déroulement des entretiens

Vingt-cinq entretiens ont été réalisés dans les Maisons de Santé Michelet, Porte de Vanves et La Saclasienne, avec des patients âgés de plus de 18 ans parlant français.

Trois patients interrogés ont été recrutés par les professionnels de santé des MSP, les autres l'ont été par l'investigateur en salle d'attente.

Deux entretiens se sont déroulés par téléphone et vingt-trois en face à face, dans un local dédié mis à disposition au sein de la MSP. Ainsi, aucun entretien n'a été interrompu prématurément ni perturbé par un élément extérieur.

Trois entretiens n'ont pas été retenus pour l'analyse des résultats, les patients interrogés ne parlant pas suffisamment le français pour répondre aux questions.

Vingt-deux entretiens ont donc été retenus pour l'analyse. Ils ont été numérotés de 1 à 22.

Le premier entretien, initialement réalisé en vue de tester le guide d'entretien, a finalement été retenu pour les résultats.

Le guide d'entretien a subi trois modifications au cours de l'étude (voir guide en Annexe 1) :

- La question 4.1 a été supprimée, étant redondante avec la question 4 aux vues des réponses,
- La question 13 a été ajoutée,
- Une question subsidiaire pouvait être posée.

La durée moyenne des entretiens a été de 18 minutes, le plus court étant de 13 minutes et le plus long de 34 minutes.

B. Profil des participants :

Avant l'entretien, les caractéristiques suivantes ont été annotées : sexe, âge, professionnel consulté le jour du recrutement, consultation d'un seul ou de plusieurs professionnels de la MSP (hors remplaçants). Ces caractéristiques ont été regroupées dans le tableau suivant.

Identification	Sexe	Age	MSP	Professionnel consulté	Consulte un ou plusieurs professionnels de la MSP
Entretien 1	F	36 ans	Michelet	Médecin	Plusieurs
Entretien 2	F	27 ans	Michelet	Médecin	Un seul
Entretien 3	F	52 ans	Michelet	Médecin	Plusieurs
Entretien 4	F	55 ans	La Saclasiennne	Médecin	Plusieurs
Entretien 5	H	39 ans	La Saclasiennne	IDE	Plusieurs
Entretien 6	H	70 ans	Porte de Vanves	Orthophoniste	Un seul
Entretien 7	F	54 ans	Michelet	Médecin	Plusieurs
Entretien 8	F	42 ans	Michelet	Médecin	Un seul
Entretien 9	F	31 ans	Michelet	Orthoptiste	Plusieurs
Entretien 10	F	29 ans	Michelet	Médecin	Plusieurs
Entretien 11	H	45 ans	Michelet	IDE	Plusieurs
Entretien 12	F	58 ans	Michelet	Médecin	Un seul
Entretien 13	F	71 ans	Michelet	Kinésithérapeute	Plusieurs
Entretien 14	H	22 ans	Michelet	Kinésithérapeute	Un seul
Entretien 15	H	29 ans	Porte de Vanves	Médecin	Un seul
Entretien 16	H	62 ans	Porte de Vanves	Médecin	Un seul
Entretien 17	F	88 ans	Porte de Vanves	Kinésithérapeute	Un seul
Entretien 18	F	60 ans	Porte de Vanves	IDE	Plusieurs
Entretien 19	H	63 ans	La Saclasiennne	Podologue	Plusieurs
Entretien 20	H	58 ans	La Saclasiennne	Médecin	Un seul
Entretien 21	F	70 ans	La Saclasiennne	Kinésithérapeute	Plusieurs
Entretien 22	F	64 ans	La Saclasiennne	Médecin	Plusieurs

C. Analyse thématique

L'analyse thématique a permis de regrouper les différents thèmes abordés par les patients en grandes catégories.

1. L'offre de soins des MSP

a. Une offre de soins diversifiée et regroupée

Les patients sont satisfaits de pouvoir bénéficier en MSP d'un panel de spécialités différentes. Ils avancent un accès simplifié par le fait de ne pas avoir à chercher d'adresse après une prescription. Certains patients ont même parlé de possibilité de se « servir », lorsqu'ils ont besoin, des différents professionnels de santé.

« C'est chouette de se dire qu'il y a un petit peu tous les métiers sur place » (Entretien 1)

« D'avoir un lieu près de chez soi avec tous les professionnels de santé, c'est pratique » (Entretien 2)

« Pour moi une maison de santé c'est cet esprit-là. Au lieu de se balader à droite, à gauche, c'est très pratique. J'aurais aimé avoir encore plus de spécialistes au même endroit. » (Entretien 3)

Malgré la satisfaction de trouver un certain nombre de professionnels de santé en un même lieu, plusieurs patients interrogés sont demandeurs d'encore plus de diversité. L'arrivée d'autres spécialités médicales courantes, comme les gynécologues, ophtalmologues, ORL ou dermatologues, amènerait à la formation d'une équipe de soins encore plus complète. Quelques patients ont fait le rapprochement entre MSP et « petit hôpital ». Un patient a placé les MSP comme l'alternative à la disparition des hôpitaux de proximité.

« Je pense qu'il faudrait que dans une maison de santé, il y ait une gynéco » (Entretien 12)

« Ce qui est dommage, c'est qu'il n'y a pas plus de spécialistes. » (Entretien 21)

« Il faudrait qu'à terme dans ces centres il y ait des spécialistes, généralistes, et paramédical. Une vraie équipe de soins. » (Entretien 16)

« C'est comme un petit hôpital. On trouve de tout. » (Entretien 6)

Un patient a fait une proposition intéressante : l'augmentation du nombre de médecins généralistes en MSP pourrait rendre possible le détachement d'un médecin chaque jour pour des visites à domicile.

« Mais on pourrait penser que si on a plus de médecins, il pourrait y en avoir quelques-uns de temps en temps qui font du domicile. Ça pourrait être bien. » (Entretien 22)

Un patient a remarqué la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique au sein de la MSP.

« Je le vois, des fois ils font de l'information nutritionnelle ou d'autres choses. Il y a parfois une petite affiche : tel jour il y aura un atelier sur ceci ou cela. Je ne me souviens pas exactement, mais je trouve cela plutôt bien d'offrir une telle possibilité. » (Entretien 7)

Enfin, les patients n'accordent pas d'importance particulière à l'âge des professionnels exerçant en MSP. Ils sont favorables aux jeunes, car ceux-ci représentent l'avenir des professions de santé. La qualité du professionnel n'est pas dépendante de l'âge, selon les patients.

« Pour moi, l'âge n'a pas d'importance. Au contraire, je crois que c'est bien, les deux. Les jeunes sont là pour pouvoir apprendre et nous servir, et les vieux, on profite de leur expérience. Ça n'a pas d'importance. » (Entretien 18)

« Un médecin c'est un médecin pour moi. Il est bien ou pas bien, c'est tout. Heureusement car ça serait discriminatoire. Il n'y a pas que les vieux qui sont bons. » (Entretien 22)

b. Une prise en charge globale au sein de la structure

Une partie des patients interrogés ont compris l'avantage de la présence de différents professionnels sur un même lieu, pour une prise en charge globale de leurs pathologies.

« Je pense que plus il y a de gens dans le soin qui connaissent votre situation, plus vous êtes en principe mieux soigné. » (Entretien 22)

Même si tous ne se rendent pas compte des interactions que peuvent avoir les professionnels de santé d'une MSP, certains comprennent que la présence de différents corps de métiers sur un même lieu reflète un aspect de globalité autour de leur prise en charge.

« J'aime bien qu'il y ait une approche un peu plus globale concernant la santé d'une personne. Car ce n'est pas juste un médecin généraliste qui peut nous guérir, ou juste un kiné. Moi par exemple mon médecin du sport et mon kiné ne communiquent pas du tout ensemble. (...) Mon ressenti c'est qu'il y a une approche de la santé qui prend plus en compte le patient, contrairement à d'autres cabinets. » (Entretien 2)

« Qu'il y ait plusieurs professionnels différents qui peuvent vous recevoir dans un même lieu, ça permet aussi de communiquer entre eux. Donc pour des personnes qui ont des pathologies particulières et qui ont besoin d'une prise en charge justement pluridisciplinaire, ça permet d'avoir un seul lieu où se rendre et d'avoir réellement un échange entre chaque spécialité. » (Entretien 4)

Cette prise en charge globale est rassurante et sécurisante pour les patients. Le rapprochement avec une équipe hospitalière a aussi été fait.

« Le fait qu'il y ait du monde autour pour moi c'est rassurant. En me disant que si un jour j'ai besoin du kiné ou du psy, à ce moment-là... Je présume, il y a un échange entre les professionnels, donc forcément ça me sécurise.

- On pourrait même dire que pour vous c'est un gage de qualité.

- Bien sûr ! Évidemment. C'est comme si j'allais à l'hôpital. » (Entretien 20)

La présence de plusieurs professionnels sur un même lieu a été mis en avant comme un avantage dans des situations difficiles. En effet, la prise d'avis d'un professionnel auprès de ses confrères est perçue non comme un manque de connaissance, mais comme un gage de qualité et de sécurité de la prise en charge.

Certains patients se sentent pris en charge non pas par leur médecin traitant, mais par l'équipe de la MSP.

« Éventuellement qu'un médecin qui ne soit pas complètement sûr de son diagnostic puisse consulter un confrère ou un autre spécialiste, ça me semble une bonne chose. » (Entretien 16)

« C'est bien d'avoir plusieurs avis. Surtout lorsqu'il s'agit de ses enfants. J'aime bien le côté décision collégiale. C'est important pour moi. Ça rassure. » (Entretien 3)

Le regroupement professionnel en MSP apporte un autre bénéfice pour la prise en charge globale : une orientation plus facile et plus rapide en fonction de la situation.

« Certains n'ont pas de médecin attitré. Vous venez ici, on vous prend. Il vous faut une kiné, on vous donne la kiné. Vous avez besoin d'une infirmière, on vous donne l'infirmière. Vous n'avez pas à courir d'un côté et de l'autre. Vous avez tout sous la main. » (Entretien 17)

« J'ai eu un problème à un pied, c'est le docteur qui m'a envoyé vers le podologue. Il ne m'a pas obligé, mais il m'a orienté » (Entretien 19)

L'orientation en urgence vers un autre corps de métier a aussi été un point fort, notamment pour la prise en charge en urgence en kinésithérapie.

« Quand on a été la voir, elle m'a dit que c'était une urgence et qu'elle [la kinésithérapeute] me prenne assez rapidement. Du coup, ça s'est débloqué et ça s'est fait très rapidement. » (Entretien 10)

Enfin, l'orientation des patients vers les autres professionnels exerçant au sein de la MSP a été vu comme un avantage pour la structure elle-même, en fidélisant le patient à cette prise en charge globale et coordonnée en un même lieu.

« Ça permet au patient de trouver ce dont il a besoin et ça permet à la maison de trouver plus de patients » (Entretien 6)

2. Les avantages professionnels profitent au patient

a. L'interprofessionnalité

Certains patients ont développé l'avantage de la structure du point de vue des professionnels. Ces avantages, déjà évoqués en introduction, sont bien visibles et compris des patients. Mais ces avantages leurs profitent également.

La notion de travail en groupe en MSP dépasse, pour eux, la simple mutualisation des moyens, pour former une véritable équipe, permettant au patient de consulter indifféremment chacun des membres de cette équipe.

« Il n'y a pas cette notion de partager juste des locaux, et chacun a sa patientèle. C'est plus une idée de soin et de travail en commun » (Entretien 1)

« J'aime bien le fait que tout se relie, que chaque médecin a accès au fichier de tous les patients. Si un médecin n'est pas disponible on peut être suivi par un autre. C'est à peu près comme si on était avec le même médecin. On est rassuré. C'est comme s'ils se passent le relais » (Entretien 3)

Cette interprofessionnalité améliore la prise en charge des patients, par la discussion autour des cas difficiles, favorisée par la proximité géographique.

« Ils peuvent se consulter ensemble à tout moment car ils travaillent tous dans le même endroit. Ils peuvent en discuter beaucoup plus facilement que si c'était d'une structure à une autre. » (Entretien 5)

Cette interprofessionnalité permet comme décrit auparavant l'orientation plus rapide vers un collègue de la MSP par la communication interne et la mutualisation des plannings.

« Ils parlent entre eux. Lorsqu'un rendez-vous est annulé, ils essayent de rappeler la personne pour prendre le rendez-vous » (Entretien 5)

Enfin, les conditions de travail et leur impact social sur les professionnels de la MSP a aussi été mis en évidence.

« J'aime bien être avec une équipe et des collègues, et je pense que, en tant que médecin, il doit y avoir un côté très plaisant à assurer ses consultations seul. Mais je pense à certains moments que ça doit être soit stressant, car ça fait porter beaucoup de responsabilités, ou un peu ennuyeux aussi, car quand on va travailler on aime bien avoir des collègues pour la pause-café, échanger sur le travail et aussi sur autre chose. Du coup, je me dis que ça doit être assez agréable pour les professionnels d'être dans un cadre comme ça. C'est assez stimulant » (Entretien 1)

Il s'agit d'une vraie rupture avec l'isolement pour les médecins exerçant en MSP.

« Plutôt que d'aller voir un médecin qui est loin et un kiné qui est autre part, ou un orthoptiste ou autre, ça permet de tout centraliser. C'est ce qui se fait de nos jours de toute façon. Pour moi c'est le futur, c'est ce qui va marcher dans le futur. Plutôt que d'avoir le vieux médecin généraliste qui est tout seul dans son coin, regrouper les professionnels comme ça c'est top. » (Entretien 14)

b. L'organisation des soins et du temps de travail

Un des avantages des MSP avancé par les patients était la possibilité de consulter en urgence. En effet, certains patients interviewés étaient venus ce jour-là pour une consultation sans rendez-vous.

« J'ai appelé ce matin, du coup j'ai eu un rendez-vous aujourd'hui dans la journée » (Entretien 1)

« Les médecins prévoient des créneaux pour les urgences. » (Entretien 11)

Ainsi, une grande partie des patients interrogés ont dit avoir un rendez-vous dans la semaine.

D'autres ont dit attendre le lundi matin pour appeler en cas de problème survenu le week-end, sachant qu'ils auraient certainement accès à une consultation, évitant ainsi un passage aux urgences.

« J'attends le lundi pour appeler mon médecin d'une façon générale. Même avant je faisais ça. Mais au moins ici je sais que le lundi je verrai quelqu'un, alors qu'avant je n'étais pas sûre. » (Entretien 7)

Cette possibilité de rendez-vous rapide ou en urgence, est rendue possible par la pluriprofessionnalité de la structure, contrairement à un professionnel isolé qui ne pourrait pas accepter toutes les demandes.

« S'il n'y a pas un médecin, on peut voir quelqu'un d'autre » (Entretien 13)

« Chaque fois que j'ai eu besoin de voir un médecin, que ce soit dans le cadre d'un rendez-vous programmé, anticipé, où que ce soit en urgence, j'ai toujours réussi à voir quelqu'un. Si mon médecin traitant n'est pas disponible, je verrai un autre médecin de la maison de santé. » (Entretien 7)

L'avantage de ce type de structure pour les patients concerne aussi les horaires d'ouverture. Associé à la pluriprofessionnalité, ceux-ci sont compatibles avec le besoin des patients et la nécessité d'aménagement du rythme de travail des professionnels, pour préserver la santé de ceux-ci, compris par certains patients.

« L'horaire d'ouverture soit un avantage et pour le patient avec des horaires larges et en même temps pour le médecin avec une organisation entre différents médecins » (Entretien 16)

« La Maison de santé permet, je pense, aux médecins, tout simplement quand on travaille en équipe, d'avoir un peu plus de repos qu'un médecin qui travaille tout seul. » (Entretien 5)

Malgré des horaires d'ouverture déjà importants, plusieurs patients apprécieraient une amplitude horaire encore plus grande, ainsi que le week-end, afin de ne pas aller consulter aux urgences.

« Il faut reconnaître qu'on a beaucoup de mal à consulter un médecin le weekend, samedi ou dimanche. Alors que là encore il pourrait y avoir... Donc très souvent on en est réduit à appeler les urgences ou aller à l'hôpital, ce qui économiquement est une erreur. Et psychologiquement n'est pas très bon. Je pense qu'il faudrait que des centres comme ça puissent ouvrir aussi le weekend. Du coup, qu'il y ait plusieurs médecins qui se succèdent. » (Entretien 16)

La prise de rendez-vous par une secrétaire est un point positif qui s'est révélé important pour les patients. Dans la MSP La Saclaisienne qui ne possède pas de secrétaire sur place, cette absence s'est avérée être un manque pour certains.

« C'est important car c'est l'intermédiaire entre nous et le médecin. Je ne pense pas qu'un médecin en pleine consultation puisse prendre des rendez-vous, répondre au téléphone. Donc la secrétaire, elle est importante, surtout dans une maison de santé. » (Entretien 8)

« Le fait de ne pas avoir une secrétaire qui est là et qui renseigne sur l'ensemble des praticiens, c'est dommage » (Entretien 4)

La prise de rendez-vous par une plateforme sur internet a aussi été marquée comme un point positif.

« C'est important. C'est un plus. Ça nous permet d'avoir une prise de rendez-vous un peu décalée. Je n'ai pas le temps dans la journée, donc je peux le faire en dehors des heures de présence de la standardiste. Ou éventuellement, quand je ne suis pas sur Paris. Je trouve que ce dispositif, qui peut être utilisé en dehors des heures ouvrables, est très intéressant. » (Entretien 16)

c. Le dossier partagé

Pour la majeure partie des patients, le dossier médical informatisé et partagé entre les professionnels de santé est important pour la prise en charge globale. En effet, il est considéré comme un moyen de communication entre les professionnels. Il est le fondement du travail coordonné au sein de la MSP.

« C'est la base. Tout comme pour lui donner un nom, je ne sais pas si ça existe mais peu importe, il y a le dossier médical, dossier infirmier, dossier kiné, dossier orthophoniste, il doit être accessible à tous. C'est une source d'informations et de renseignements fondamentale. Si l'ensemble des professionnels ne l'a pas, ce n'est même pas la peine de travailler ensemble. Dans ce cas-là chacun travaille à part. (...) La notion de coût est importante mais vient au deuxième ou troisième plan. Pour moi le fondement il est là. » (Entretien 20)

« Oui ça me rassure tant que ça ne sort pas du cadre professionnel. Moi je me dis qu'il y a un groupe de médecin qui me suit. Tout le monde sait qui je suis quand je consulte, car ils ont accès à mon dossier. Si mon médecin traitant n'est pas là, heureusement que les autres médecins peuvent me voir et me connaissent déjà. » (Entretien 3)

Ce dossier médical partagé permet l'amélioration de la prise en charge par la synthèse des données de prescription et de résultats d'examen. Elle permet par ailleurs l'économie de moyens.

« Tout à fait oui j'estime que c'est normal. Et ça évite au niveau des médicaments... à une époque je prenais 32 comprimés par jour : chaque spécialiste m'avait donné sa petite ordonnance. Donc le dossier médical partagé c'est intéressant à condition qu'il soit sécurisé. » (Entretien 4)

« Ça permet de ne pas refaire des examens qu'on a déjà fait. Autant je suis pour une prise en charge totale du patient, autant je suis contre le fait de passer 3 fois la même prise de sang ou un scanner, sous prétexte que ce n'est pas lui qui me l'a prescrit. » (Entretien 4)

La sécurité des données a été néanmoins un point souligné lors des entretiens.

A l'époque actuelle, où les données personnelles sont de plus en plus partagées et connues de tous, il est important que les données médicales ne le soient que par les professionnels ayant la nécessité d'y accéder, avec l'accord du patient.

« Que ce soit un dossier partagé sans que je sois d'accord, non. Je n'ai pas envie que tous les médecins, même si ce sont des médecins qui ont le secret professionnel... non, je ne veux pas que tous les médecins sachent. Voilà j'ai mon médecin de famille, ma gynéco, mon kiné. Que ce soit partagé entre les médecins que j'ai choisis, oui. » (Entretien 12)

Une patiente a, à ce point-là, évoqué la possibilité d'y avoir accès elle aussi. Une autre a dit qu'elle trouvait dommage de voir apparaître sur les courriers de correspondance, des informations non actualisées.

« Peut-être le dossier médical, que ce soit plus facile d'y accéder. Que ce soit pas quelque chose dont on soit dépossédé. Peut-être il pourrait y avoir quelque chose pour faciliter ce regard. » (Entretien 7)

d. L'aspect administratif

Un point important d'avantage professionnel, profitant au patient abordé, a été l'aspect administratif des actes de soins.

Il est apparu que la structure pluriprofessionnelle permettait, d'après les patients, une facilitation des tâches, et donc une application plus rigoureuse de la tarification.

Ceci est permis par un dispositif de télétransmission mis en place par la structure.

« Et du fait que la tarification... Elle n'est pas très élevée, enfin, il n'y a pas de dépassement d'honoraire, comme on pourrait trouver ailleurs. » (Entretien 11)

« Le fait d'avoir le tiers-payant, c'est quelque chose qui facilite finalement l'accès aux soins » (Entretien 11)

« Donc on n'hésite pas à faire tout ce qui est administratif, comme la télétransmission où ce genre de chose. Il y a encore des praticiens qui font des feuilles de soins. Ça vous paraît peut-être inconcevable. Mais certains ne veulent pas, et s'ils peuvent finir leur carrière sans télétransmettre ! » (Entretien 7)

3. La structure

a. Un lieu de proximité

La localisation de la MSP est un point très avantageux pour les patients. Au travers des différents entretiens, l'ancrage de la MSP au sein du territoire sur lequel elle exerce s'est traduit par cette proximité.

« Il y a un facteur de proximité qui est extrêmement confortable » (Entretien 7)

« Je suis bien contente car ça m'évite d'aller à Étampes. Je trouve ça agréable de pouvoir tout faire dans mon village. » (Entretien 22)

Par exemple la MSP Michelet s'est tellement bien intégrée que certains patients l'ont décrite comme un élément d'ouverture du quartier.

« Je trouve que ça met du vivant dans ce quartier. Oui, ça fait vivre ce quartier. Donc je trouve que c'est primordial, que ce quartier en a besoin. » (Entretien 12)

b. Un lieu accueillant

L'accueil et l'ambiance de la MSP ont été abordés par de nombreux patients comme étant d'une importance particulière.

L'ambiance générale de la MSP permet de mettre en confiance le patient, le faire se sentir bien, mais aussi rend plus agréable le travail des professionnels de santé y exerçant.

« Dès que c'est médical, propre et entretenu, c'est tout de suite plus... Un gage de confiance. Ce n'est pas forcément le cas mais ça donne plus de confiance quand on a un environnement sain, des beaux murs blancs, plutôt que des murs tachés. » (Entretien 15)

« On s'y sent bien. » (Entretien 3)

« Ça donne toujours envie de mieux bosser » (Entretien 5)

Les locaux jouent un rôle dans la mise en place de cette ambiance de confiance.

« On peut être bien accueilli, dans un contexte chaleureux, qu'on n'est pas trois ou quatre à se regarder dans un espace restreint, c'est quand même plus sympa. Pas forcément spacieux mais accueillant. Il faut qu'on sente une ambiance sympa et accueillante. Quitte à attendre et à souffrir, autant que ça soit dans un lieu sympa » (Entretien 22)

Un accès adapté à chacun a été également décrit comme une qualité de la structure.

« D'ailleurs, je pense qu'il y a même pour les personnes à mobilité réduite il y a un plan incliné. C'est très pratique, il y a l'accueil tout de suite devant nous c'est très bien. » (Entretien 12)

L'accueil initial a été un point majeur du ressenti du patient.

« C'est une image qu'on dégage de la structure » (Entretien 10)

Il a aussi été décrit comme un critère de qualité. Certains patients ont déclaré une telle importance de l'accueil, que sans celui-ci ou s'il venait à se dégrader, ils iraient consulter ailleurs.

En effet, le patient étant déjà en position de faiblesse du fait de sa pathologie lors de sa prise de rendez-vous ou lors de sa consultation, un accueil adapté est primordial.

« Je crois que dans ces questions de santé il y a un facteur psychologique qui est important. Et je crois vraiment que c'est important de rassurer le patient. Quand le patient consulte, c'est une démarche volontariste, qui le touche, qui le met en situation d'infériorité ou de faiblesse

psychologique, qui accentue sa faiblesse de santé. Et donc avoir un accueil plus adapté, qui le rassure, qui le met en confiance, me paraît une bonne chose. J'ai toujours considéré que, enfin ce que j'ai vu dans les hôpitaux souvent, c'est l'accueil qui est la partie qui laisse le plus à désirer dans l'organisation des soins. Je trouve qu'ici c'est assez bien fait. » (Entretien 16)

« Quand on rentre dans un lieu et qu'on vous reçoit mal, vous avez l'impression d'être en plus et de subir des choses assez négatives. » (Entretien 18)

« S'il n'y avait pas d'accueil, je ne viendrais pas. Je peux toujours aller ailleurs. Et même dans n'importe quel métier. L'accueil et le sourire c'est gratuit. » (Entretien 6)

Cet accueil devrait être fait par une secrétaire présente sur place. Les patients consultant à la MSP La Saclasiennne regrettaient l'absence d'une telle personne à l'entrée, même s'ils y étaient habitués.

« S'il y avait une secrétaire qui connaisse les patients, elle pourrait aussi peut-être donner l'accès au médecin plus facilement. » (Entretien 21)

L'ambiance générale, créée par la personne à l'accueil et par les locaux, est aussi créée par la population venant consulter à la MSP. La diversité des consultants est un point positif, participant aussi à l'esprit de la MSP.

« En maison de santé il y a la gériatrie, des personnes âgées, des jeunes qui viennent, des nourrissons qui viennent. » (Entretien 8)

« Parce qu'il y a du monde autour, beaucoup plus diverse. On a l'impression de faire partie, alors que quand on va dans un cabinet, ça fait un peu privé. » (Entretien 18)

Une patiente a résumé cet esprit de convivialité ressenti :

« On est bien quand on est ici, c'est une maison en fait. Maison de santé, ça exprime bien le contexte. » (Entretien 3)

4. La dynamique de la MSP

a. L'efficacité

Une partie des patients interrogés étaient satisfaits de l'efficacité de la prise en charge en MSP. Ils ont trouvé que cette prise en charge était précise et optimale. Il n'existait pas de perte de

temps que ce soit pour un délai de consultation, pour l'attente en salle d'attente ou lors de la consultation. Cette efficacité a été liée à la nouveauté des structures, parfois à l'âge plus jeune des professionnels de santé, souvent à l'impression d'un nouveau mode de fonctionnement de la santé.

« Pour moi, c'est simple rapide efficace donc c'est très bien. Aujourd'hui c'est ce qu'on cherche. On recherche à ne pas perdre de temps et être efficace. » (Entretien 15)

« Qu'on peut avoir des rendez-vous assez rapidement, et passer dans les délais. Ne pas passer toute la journée dans la salle d'attente. Je trouve que c'est quand même des critères qui sont primordiaux. C'est ce qui prime au départ la rapidité, l'accueil. » (Entretien 18)

« Je trouve qu'il y a une différence d'approche. C'est très centré sur la pathologie, le symptôme. Mais en même temps j'apprécie moi aussi cette efficacité » (Entretien 7)

b. La relation praticien-patient

Mais les patients craignent que derrière cette efficacité, se cache un affaiblissement de la relation praticien-patient. Ils veulent garder un vrai contact avec les professionnels. Pour le cas du médecin généraliste, ils désirent que malgré cette efficacité, ce dernier devienne leur médecin traitant. Ils craignent de devenir un patient comme un autre, même si certains considèrent l'ambiance de la MSP comme moins impersonnelle a contrario.

« Mais la seule chose dont j'ai peur, c'est que le médecin que l'on voit ne devienne pas un médecin de famille. C'est ça qui me dérangerait. » (Entretien 12)

« C'est une autre relation avec le médecin. Alors que là, ça va directement au but. Ce n'est pas parce que vous êtes bien considéré qu'on va vous recevoir un peu avant ou après. J'ai cette notion là des cabinets. Pour moi c'est un peu plus impersonnel qu'ici. Alors qu'on s'attendrait à l'inverse. » (Entretien 18)

D'autres patients interrogés ont au contraire, l'impression que les professionnels ont plus de temps à leur accorder, du fait de la structure, permettant ainsi d'aller plus au fond du problème afin de rechercher la cause première de la pathologie.

« J'ai eu des médecins généralistes où en effet c'était 10 minutes ou 5 minutes, qui enchaînaient les rendez-vous, ce qui était un peu rapide. Là j'ai l'impression, que ce soit mon médecin traitant ou même ses remplaçants (parce qu'en fait c'est souvent des étudiants ou des remplaçants), le rythme des consultations est plutôt... On sent que, s'il y a un problème, ils vont aller au fond, et ce n'est pas parce qu'ils n'ont que 10 minutes ou un quart d'heure. Ils peuvent dépasser et ne pas expédier la consultation. » (Entretien 2)

« Il y a aussi beaucoup d'écoute au-delà du soin des patients. Ils sont présents. Ils prennent le temps. On sent qu'ils prennent le temps pour leurs patients, et d'aller au-delà des mots, des petits bobos, qu'ils soignent tous les jours. » (Entretien 3)

c. La formation

Tous les patients interrogés ayant remarqué la présence de jeunes professionnels en formation au sein de la MSP, étaient favorables à ce type d'enseignement. Il a été rapporté qu'un professionnel en formation ayant exercé dans ce type de structure reproduira ce modèle à l'avenir et ainsi poursuivra le projet des MSP.

« Vous avez fait votre stage dans une maison comme ça, vous serez plus attiré par cette population-là, que la population dans un hôpital ou un dispensaire. » (Entretien 8)

Tous s'accordaient à dire que l'apprentissage doit se faire sur le terrain. Certains patients interrogés y étaient même très favorables. En effet, l'arrivée d'un nouveau professionnel sur le parcours de santé d'un patient permet d'élargir les avis et de prendre en charge les patients sous un nouvel angle.

« C'est indispensable, pour apprendre son métier il faut le pratiquer au contact d'autres professionnels » (Entretien 16)

« On s'est rendu compte que voir un nouveau médecin, celui-ci se pose de nouvelles questions, que l'ancien ne se posait pas car nous connaissait trop. Si des jeunes arrivent, il y aurait ce phénomène » (Entretien 21)

Enfin, l'arrivée de jeunes professionnels en formation est vu par les patients interrogés comme un apprentissage bidirectionnel. Le compagnonnage permet au plus jeune l'apprentissage de l'expérience, mais aussi au plus ancien l'apprentissage de la nouveauté. Ainsi, la présence de jeunes professionnels en formation peut être un point de départ à la formation des anciens.

« J'imagine que les informations passent dans les deux sens. A priori plus sur la pratique de l'ancien vers le nouveau, mais peut-être certaines choses nouvelles dans l'autre sens. Et c'est peut-être l'occasion aux internes de revenir ici une fois qu'ils ont leur diplôme. » (Entretien 21)

« On se rend compte que les médecins seuls, qui arrivent à un certain âge, ils n'ont plus aucun contact autre que professionnel. S'ils ne se forment pas, ils restent à leur formation d'il y a vingt ou trente ans » (Entretien 5)

5. La MSP comme réponse à la demande de soins

Les patients interrogés sont conscients du problème de santé publique que pose la difficulté d'accès aux soins, tant par la difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai convenable, que par la tarification parfois appliquée.

Selon eux, les MSP répondent à ce type de problème, en permettant un accès aux soins facilité comme décrit précédemment, par la présence d'un panel de professionnels de santé, dans un lieu de proximité, avec un délai d'attente raisonnable et à une tarification accessible.

« Je pense qu'il faut ouvrir davantage de maisons de santé car il y a beaucoup de personnes qui se privent d'accès aux soins pour des raisons financières, parce qu'il y a de gros dépassements d'honoraires, surtout à Paris, beaucoup plus d'ailleurs dans d'autres... Des villes en région que je connais. Oui je pense qu'il faut en ouvrir davantage, et essentiellement dans les quartiers populaires comme ici. » (Entretien 11)

Certains patients ont répondu que les MSP correspondaient au premier niveau de soins, avec un accueil rapide, efficace et une orientation précise des patients. Ainsi les MSP devraient être le socle du système de santé en France, et remplacer les hôpitaux de proximité pour les prises en charges ambulatoires.

« Je pense que les maisons de santé peuvent, enfin elles devraient jouer un rôle clé. C'est l'accueil de premier niveau des patients. Faut absolument décharger l'hôpital de toute une... une catégorie d'accueil de premier niveau, pour des patients qui ont des petites pathologies. Et ça, ça doit être le rôle des maisons de santé. Et aussi un rôle d'orientation pour des pathologies plus importantes. Donc moi je pense que c'est vraiment, c'est vraiment une très bonne évolution. » (Entretien 16)

« Pour moi ça devrait être la base de l'organisation de l'offre de soins. Et je pense que l'ARS est assez d'accord. Mais oui, je pense fondamentalement qu'à la limite, ça devrait être le mode d'organisation. » (Entretien 20)

L'autre avantage de la création de MSP selon les patients est la dynamique locale créée par celle-ci. En effet, selon eux, la présence d'une MSP permet aux patients parfois isolés de rester sur leur bassin de vie, notamment pour les patients les plus âgés. Le besoin d'accès aux soins grandissant avec l'âge du patient, il a paru évident pour les personnes interrogées que la présence d'une MSP répondait à ce besoin, dans un cadre de proximité, et plus particulièrement en territoire rural.

« Ça évite aux gens de partir. Peut-être pas en grande quantité, mais pour certaines personnes c'est important d'avoir le médecin. Moi je m'en rends compte maintenant. Avant je ne m'en rendais pas trop compte. » (Entretien 19)

Enfin, y voyant un avantage en termes de santé publique, les patients interrogés ont répondu qu'il devrait être plus facile de créer des MSP. Leur nombre devrait augmenter, dans le but de faciliter l'accès aux soins des patients, mais aussi de faciliter l'installation des jeunes professionnels de santé par la diminution des coûts d'installation et de fonctionnement du cabinet.

« Ça devrait être plus facile d'en créer » (Entretien 3)

« Mais c'est peut-être plus facile pour un jeune médecin d'accéder à une maison de santé plutôt que de s'ouvrir tout seul. » (Entretien 15)

« C'est une communauté, tous les frais et les charges sont partagés par rapport à si vous étiez installé tout seul, alors les démarches sont un peu plus compliquées et chères. C'est mon impression. » (Entretien 8)

6. Le manque d'identification

Lors des entretiens, il est par ailleurs apparu qu'un grand nombre de patients ne définissaient pas exactement le concept de MSP. Certains ne faisaient pas la différence entre un centre de santé et une MSP. D'autres n'avaient pas du tout connaissance de l'interprofessionnalité et de la prise en charge pluriprofessionnelle.

« Moi ce que j'y trouve de bien, c'est qu'il y a effectivement des médecins, d'autres corps de métier localisés au même endroit, qui peuvent se partager les mêmes informations. Alors si on retrouve ça dans un cabinet pluridisciplinaire... Je n'aperçois pas de différence. » (Entretien 21)

« Peut-être qu'un médecin ici en maison de santé est contractuel, peut-être qu'un médecin tout seul il n'est pas contractuel » (Entretien 15)

« Ce qui serait bien, c'est qu'il y ait un échange entre les professionnels concernant la prise en charge de la personne » (Entretien 20)

Les patients interrogés ont déclaré consulter en MSP soit par hasard, soit par recommandation, soit parce que le professionnel de santé consulté auparavant s'y était installé.

« C'était pas un choix de venir dans une maison de santé, c'était surtout car un médecin m'y était recommandé » (Entretien 1)

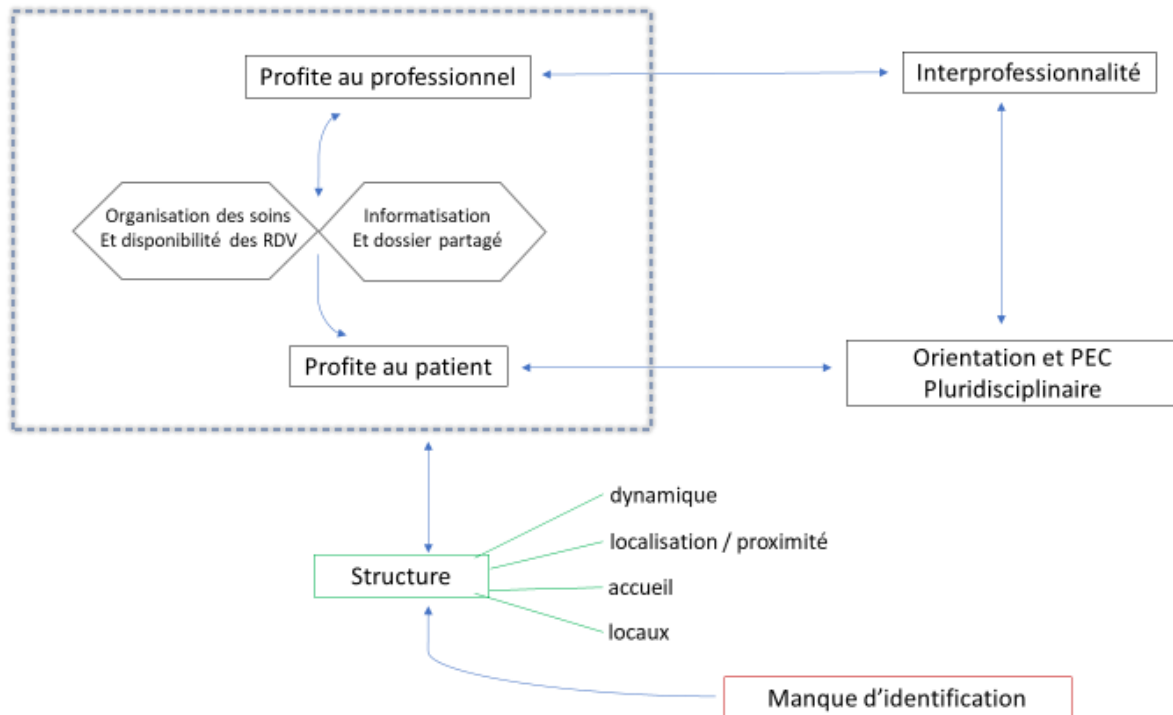
« Je ne cherchais pas particulièrement à aller dans une maison de santé. C'est vraiment par hasard que je suis arrivée ici. » (Entretien 2)

Les MSP ne sont pas assez mises en avant. Certains patients, notamment ceux qui ne voyaient pas l'interprofessionnalité, n'y voyaient pas d'intérêt mis à part le regroupement des professionnels à une même adresse. D'autres ne connaissaient pas le terme de MSP avant d'y être venu. Enfin, une patiente a déclaré que des personnes de son entourage voyaient la MSP comme un dispensaire, voire même proposant des soins au rabais.

« Mais je vois qu'on n'a pas assez sensibilisé les gens à ça. On pense souvent que "la Maison de santé, on n'est pas bien soigné". Pour eux ce sont des pseudo-médecins. » (Entretien 3)

D. Modélisation

L'analyse des catégories ou sous-catégories et de leurs interactions nous a permis de proposer une modélisation des réponses.



IV. Discussion

A. Méthodologie

L'objectif de cette thèse était de connaître l'avis des patients qui consultent en MSP sur ce type de structure, c'est-à-dire de recueillir leur retour d'expérience lors de leur venue en MSP. Le Larousse définit l'avis comme : « ce que quelqu'un pense sur quelque chose ou sur quelqu'un, exprimé généralement dans une discussion ou à la demande d'une autre personne ; opinion, point de vue, sentiment ». Ainsi, selon cette définition, l'analyse qualitative s'est imposée comme le type d'étude adéquat, car elle permet de créer un échange avec le patient, au cours duquel celui-ci exprime son opinion et ses sentiments.

B. Choix des MSP

Nous avons choisi trois MSP franciliennes différentes, afin de répondre aux critères suivants : limiter l'étude à une région donnée en représentant la diversité de la population de ce bassin de vie (urbain, rural), tout en limitant leur nombre afin de se concentrer sur l'avis du patient comme utilisateur expert, et non sur la recherche exhaustive. Ainsi, trois MSP ont été retenues : une urbaine bien ancrée dans son quartier car en fonctionnement depuis de nombreuses années, une urbaine récente pouvant apporter une dynamique nouvelle au quartier, et une rurale récente pouvant répondre au problème de désertification médicale.

Le choix restreint des MSP étudiées peut apparaître comme une limite à l'étude, car il peut diminuer la diversité des avis recueillis. L'ajout d'un recueil de patients dans une MSP ancienne en milieu rural, ou bien une MSP semi-urbaine, aurait pu apporter d'autres avis. Mais s'agissant d'une étude qualitative, l'objectif était d'obtenir un panel de population le plus large possible, tout en se concentrant sur l'expérience individuelle. L'exhaustivité des résultats n'était pas recherchée à tout prix. Notre choix de MSP semblait donc répondre à la recherche effectuée.

Notre étude se limite au bassin francilien. Ce territoire ayant une répartition de l'offre de soins particulière, la généralisation des résultats doit donc être discutée. En Île-de-France, et

particulièrement à Paris, la densité des hôpitaux est importante et l'accès à un service d'urgences est rapide, en moins de 30 minutes. Mais il existe des territoires en France où l'accès à un service d'urgence, d'un SMUR ou d'un médecin correspondant du SAMU est supérieure à 30 minutes²⁵. Il serait donc intéressant de mener ce même type d'étude dans un territoire moins favorisé sur ce point que l'Île-de-France.

C. Caractéristiques et profil de la population

La population interrogée dans cette étude est diversifiée en âge. Un tiers des personnes sont des hommes. La moitié consultait un médecin au moment de l'entretien. La part de patients ne consultant qu'un seul professionnel au sein de la MSP est équivalente à ceux en consultant plusieurs. La moitié des patients interrogés ont été recrutés à la MSP Michelet.

L'âge des patients recrutés est large, du fait d'un recrutement plus orienté des patients à l'issue de quinze entretiens. En effet, les quinze premiers patients recrutés étant majoritairement âgés de moins de 55 ans, nous avons par la suite recruté de préférence des patients plus âgés. La part importante de patients recrutés à la MSP Michelet est simplement due au hasard du recrutement.

Les caractéristiques de la population auraient probablement été différentes dans un autre bassin de vie.

La proportion de médecins généralistes dans les MSP étant majoritaire par rapport aux autres professions de santé, la part de patients interrogés consultant un médecin le jour du recrutement est plus grande. C'est pourquoi, les réponses tendent potentiellement plus à évoquer le médecin généraliste, quand l'investigateur interroge sur les professionnels de santé. La proportion de patients recrutés ayant consulté un(e) IDE est faible, malgré la représentation importante de ce corps de métier dans les MSP. Les horaires de consultation sur place sont généralement assez restreints et la part de visites à domicile est plus importante, ce qui peut expliquer ce résultat, même si les IDE sont parmi les deux professions les plus représentées en MSP²⁶.

D. Choix de l'échantillon étudié

Dans les MSP choisies comme il a été dit dans la partie Matériel et Méthode, le recrutement des patients s'est fait au hasard, en salle d'attente (sauf pour trois patients, recrutés par les professionnels de santé comme indiqué dans cette même partie), avec un recrutement préférentiel pour les patients plus âgés à partir du seizième patient.

Les patients ayant accepté l'entretien étaient tous volontaires, ce qui peut avoir une influence sur les réponses et le profil des participants. En effet, il est possible que les patients volontaires pour les entretiens aient un avis plus favorable concernant les MSP que les patients ayant refusé l'entretien. L'investigateur de la thèse s'étant présenté comme futur professionnel de santé, il est possible que les patients recrutés soient ceux qui acceptent également la présence de professionnels de santé en formation pendant la consultation. C'est la raison pour laquelle le recrutement devait initialement être réalisé par les professionnels exerçant en MSP, ce qui aurait pu minimiser ce biais, la proposition émanant de ces derniers étant plus forte en termes d'impact sur le patient.

E. Réalisation de l'étude

Il s'agissait comme décrit précédemment d'entretiens semi-directifs, réalisés par un unique investigateur, dans un local dédié. Les entretiens n'ont pas été perturbés par un élément extérieur, ce qui est un point fort permettant ainsi de créer une atmosphère de confiance entre le patient interrogé et l'investigateur, et d'éviter une perte d'informations. Les questions de l'entretien étaient ouvertes, permettant une libre expression du patient. La position non-directive de l'investigateur garantissait la fiabilité des avis recueillis.

Le guide d'entretien initialement élaboré a été testé au cours du premier entretien. Celui-ci a été conservé dans l'analyse des résultats, car les réponses correspondaient à la question de la thèse et le guide d'entretien était adapté. Ce guide a néanmoins subi des modifications mineures à trois reprises au cours de l'étude.

Chacun des entretiens a été retranscrit immédiatement après la journée de recrutement, puis a été analysé selon la méthode de l'analyse thématique. La saturation des données observée laisse penser que l'image rendue par ce nombre d'entretiens rend compte d'un éventail satisfaisant d'avis.

Il n'y a pas eu de triangulation car l'ensemble des vingt-deux entretiens a été réalisé, retranscrit et analysé par un seul investigateur. Cette méthode constitue une limite de l'étude, mais l'utilisation des citations ad litteram dans les résultats permet au lecteur de garder son aspect critique quant à notre analyse.

L'utilisation d'un logiciel de codage des données apparaît comme un point positif de l'étude, permettant de simplifier le traitement des données, maximiser l'analyse, et éviter la perte d'informations.

F. Analyse thématique

1. L'offre de soins des MSP

a. Une offre de soins diversifiée et regroupée

Les patients sont satisfaits d'avoir la possibilité de consulter différents professionnels de différents corps de métier sur un même lieu. Tout d'abord par le fait du regroupement, il existe un facteur de facilité et de praticité d'accès aux professionnels. Cela permet au patient de ne pas avoir à rechercher un professionnel dans l'annuaire ou sur Internet, sachant que celui-ci se trouve déjà à la MSP. En outre, le regroupement permet au patient qui consulte différentes spécialités de santé de regrouper ses rendez-vous pour gagner du temps.

Même si tous ne s'en rendent pas directement compte, on ressent à travers le discours des patients que derrière cette notion de pluriprofessionnalité se cache une dimension plus grande que le simple regroupement dans une même structure. Ceux qui ont été témoins directement ou indirectement des interactions entre les professionnels sont conscients de la collaboration interne au service du patient, de la prise en charge globale et pluridisciplinaire des cas difficiles et donc du travail d'équipe. Cette pluriprofessionnalité permet donc au patient de se servir

lorsqu'il en a besoin, ou bien de coordonner réellement sa prise en charge au même endroit pour avoir un lieu de référence santé. Ces notions concordent avec les différents travaux déjà réalisés^{27,28}.

Dans cette optique, les patients sont demandeurs d'encore plus de diversité de spécialités. Ils ont surtout proposé des spécialités médicales courantes, comme la gynécologie ou l'ophtalmologie, ou bien des soins dentaires. Il ne s'agit pas d'un cas particulier pour l'Île-de-France, où la densité médicale est forte, et où il est plus simple de trouver un médecin spécialiste ou un chirurgien-dentiste à proximité de son lieu de vie, mais concerne aussi d'autres régions²⁷. En effet, les patients sont demandeurs de ce regroupement, afin de disposer d'une véritable structure de santé allant jusqu'à remplacer les hôpitaux de proximité, dont la tendance était à la disparition ces dernières années.

La proposition d'actions de prévention comme les ateliers d'éducation thérapeutique n'a été mentionnée que par un seul patient interrogé (MSP Michelet). Il peut s'agir là d'un manque d'information ou d'un manque de visibilité de ces actions, d'une difficulté à les mettre en place ou bien d'une trop faible proportion de patients concernés.

b. Une prise en charge globale au sein de la structure

Comme mentionné précédemment, même si tous ne se rendent pas compte de l'interprofessionnalité de ce type de structure, la majorité des patients ont le sentiment que la structure offre d'avantage qu'une simple mutualisation des locaux.

En effet, plus il y a de professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, plus ce dernier se sent entouré médicalement, et plus il se sent rassuré. Cette proximité de travail facilite d'après les patients la communication interprofessionnelle, ce qui rend plus aisé le travail en équipe. Ainsi, le regroupement au sein d'une même structure, avec la possibilité d'échanges entre professionnels de santé et d'orientation vers un confrère de la structure, s'associe à un sentiment de prise en charge globale du patient et donc à un sentiment de sécurité. Cette sécurité est renforcée par la possibilité d'être pris en charge plus rapidement, après orientation, en cas d'urgence. Ces résultats sont concordants avec des résultats antérieurs, montrant à partir d'un questionnaire délivré aux patients, une satisfaction concernant l'accompagnement au cours du

parcours médical et l'orientation vers un spécialiste, ainsi que le sentiment d'amélioration de la prise en charge médicale en MSP²⁷⁻²⁹.

2. Les avantages professionnels qui profitent au patient

a. L'interprofessionnalité

Les maisons de santé, en développant l'interprofessionnalité, constituent une réponse concrète à la problématique de la complexification des prises en charge ambulatoires¹⁷. Au-delà de la mutualisation des moyens, il existe un véritable travail en équipe, que certains patients comparent à une équipe hospitalière. Cette comparaison a également été retrouvée dans une autre étude qualitative sur les MSP³⁰. Ce travail en équipe permet au patient qui peut être connu de tous par l'intermédiaire du dossier médical partagé, de consulter indifféremment n'importe quel professionnel de la MSP tout en étant assuré d'avoir un suivi adéquat.

Les professionnels se connaissent et ont à leur disposition de nombreux moyens de communication. Ils sont facilement disponibles les uns pour les autres, ce qui représente un réel gain de temps. Ils mettent en commun leurs ressources, leurs réseaux. Les prises en charge sont donc plus faciles et plus efficaces¹⁷.

La prise d'un avis ponctuel auprès d'un collègue ou la réunion autour de cas complexes est un point favorable pour les patients. C'est un d'un des éléments fondateurs des MSP présent dans le règlement arbitral qui est reconnu et apprécié des patients.

Ce partage d'informations entre les professionnels profite également au patient par la possibilité d'être pris en charge plus rapidement et être rappelé lorsque des créneaux de consultation se libèrent.

L'autre point soulevé par les patients réside dans les conditions de travail des professionnels en MSP. En effet, ceux-ci se rendent compte que ces professionnels sortent de l'isolement en se regroupant, que le travail, entouré de collègues, est plus agréable. Outre l'échange précédemment décrit, il permet d'avoir un contact social au cours de la journée. Ces contacts permettent, en se croisant dans les couloirs, autour d'un café ou du repas, de créer un lien qui

dépasse le simple lien professionnel. Ils favorisent l'émergence d'affinités, qui, elles-mêmes facilitent la communication¹⁷ et créent un contexte de travail plus agréable et plus stimulant.

b. L'organisation des soins et du temps de travail

Les patients sont satisfaits de l'organisation des soins, et plus particulièrement de la possibilité de soins non programmés, ce qui est un critère du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité³¹. Cette satisfaction se retrouve dans tous les travaux menés sur ce sujet^{27-29,32}. Par la présence de plusieurs professionnels d'une même spécialité, en particulier de médecins généralistes, les patients ont déclaré généralement obtenir un rendez-vous dans la semaine. En cas d'indisponibilité pour un rendez-vous, les patients prennent un créneau disponible avec un autre professionnel de la maison de santé. Cette rapidité de rendez-vous n'aurait pas été possible avec un professionnel de santé exerçant seul.

Le rapport de l'IRDES de 2014 sur l'évaluation de la performance des pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération, avait déjà montré que la substitution entre médecins pour un même patient (ou le partage des patients entre médecins généralistes) témoignait de l'effectivité de la coopération et de la coordination¹.

Cette possibilité de soins non programmés est un véritable avantage pour les patients, qui leur évite un passage aux urgences. Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les demandes de soins non programmés. Par le développement des MSP et la prise en charge de ces demandes par ce type de structure, on pourrait imaginer une décharge d'une certaine catégorie de patients des urgences vers les MSP.

Associé à cela, un point essentiel du mode de fonctionnement de ces structures est l'amplitude des horaires d'ouverture. Elle doit couvrir toute la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires, soit de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin. Malgré cela, certains patients ne seraient pas opposés à la possibilité de consulter plus tôt ou plus tard. On pourrait alors imaginer une ouverture à partir de 7 heures jusqu'à 22 heures, afin de faciliter la consultation pour les patients travaillant dans les mêmes plages horaires que les heures d'ouverture actuelles. Il serait nécessaire dans ce cas d'avoir une

répartition des horaires adaptés à la volonté de chaque professionnel, afin de préserver sa qualité de vie¹⁸.

Le secrétariat est un élément important dans une MSP. En effet, lorsque celui-ci est sur place, il est généralement situé à l'entrée de la structure. La secrétaire est la première personne avec laquelle le patient a contact. Elle est garante de l'accueil. D'après les patients interrogés, cet accueil est primordial. En effet, beaucoup considèrent que cette personne doit être aimable et souriante. La présence d'un secrétariat sur place à l'avantage d'accueillir physiquement et d'aiguiller les patients, mais aussi de pouvoir gérer les plannings et donc d'avoir la possibilité de proposer un rendez-vous au patient. Ceux-ci se rendent compte de la difficulté de gestion qu'entraînerait l'absence de secrétariat. Les patients interrogés consultants à la MSP La Saclasienne, dont le secrétariat est délocalisé, pensent qu'un accueil sur place permettrait justement de renseigner les patients. Il se disent habitués à cette absence (il n'y a jamais eu de secrétariat sur place), mais regrettent ce manque.

Enfin, la prise de rendez-vous par Internet est un plus pour bon nombre de patients, leur permettant de choisir leur horaire, et de pouvoir prendre rendez-vous en dehors des heures d'ouverture de secrétariat. C'est en effet le moyen pour eux de pouvoir le prendre 24 heures sur 24. Certains ont même dit regarder d'abord sur Internet, puis appeler si aucun créneau ne leur convenait. L'absence de ce support numérique serait ressentie comme un manque.

c. Le dossier partagé

D'après le règlement arbitral, les dossiers informatisés des patients doivent être partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges³¹.

Dans une société où les données personnelles font l'objet de partage et d'une circulation de plus en plus importante, on peut s'interroger sur l'avis des patients consultant en MSP à propos de leur dossier, partagé entre les professionnels de santé.

Les réponses que nous avons obtenues sont plutôt favorables à ce partage. En effet, il est vu par les patients comme le fondement du travail en commun au sein de la structure. C'est un outil

de travail et un outil de communication fondamental, qui permet le travail en commun, le partage des patients entre les professionnels, et la continuité des soins malgré la substitution des professionnels pour un même patient.

Ce dossier est vu comme un support à l'efficacité de la prise en charge, par une diminution de la redondance d'examen, une rationalisation de la prescription et une diminution des coûts de santé. Cette vision concorde avec les objectifs de la nouvelle tentative de mise en place du dossier médical partagé (DMP) par l'Assurance Maladie : favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients.

Mais ce partage informatique soulève évidemment chez quelques patients la question de la sécurisation des données et du droit d'accès. Ceux-ci ne souhaitent pas que ce dossier soit accessible par n'importe quel professionnel de santé, mais uniquement après leur accord par ceux qui les suivent et qu'ils ont choisis, ce qui est déjà le cas dans la réalité.

Le droit d'accès et de mise à jour par le patient lui-même a été soulevé. Concernant le droit d'accès, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant. Il suffit donc de demander au professionnel de santé de la MSP d'y avoir accès. Concernant la mise à jour de ce dossier, on pourrait envisager une consultation spécifique pour la révision les informations contenues.

d. L'aspect administratif

En raison du mode de fonctionnement de ces structures récentes, celles-ci sont généralement équipées du système de télétransmission, ce qui diminue les démarches du patient. En outre, avec la volonté de faciliter l'accès aux soins, les MSP appliquent généralement les tarifs de la Sécurité Sociale, à quelques exceptions près. La MSP Michelet va même plus loin, appliquant le plus largement possible le tiers-payant partiel (pas de paiement de la part remboursée par l'Assurance Maladie).

Dans notre étude, une seule patiente, consultante à la MSP Michelet, ne soutenait pas cette initiative de tiers-payant partiel pour tous, car « *Je suis pour qu'on paye les 25 ou 26 € et qu'on*

se fasse rembourser. Il faut que les gens... J'allais dire les jeunes... Mais les gens, sachent que ça a un coût. » (Entretien 12).

3. La structure

a. Un lieu de proximité

Même si ce terme n'est pas présent dans la définition d'une MSP, la notion de proximité est importante. La présence d'une MSP dans un lieu donné répond à des critères de schémas régionaux de santé (Cf. définition de la MSP). De fait, ces structures sont implantées dans des lieux déficitaires en offre de soins. Souvent, les patients interrogés ont déclaré que la structure avait permis de dynamiser le quartier ou le village, qu'elle entraînait une dynamique nouvelle du lieu où elle était implantée. Les patients consultants n'ont pas besoin d'aller loin pour consulter un professionnel de santé, ce qui est à l'origine de ce sentiment de proximité.

Celui-ci est renforcé par la proximité géographique des transports en commun. La présence d'un parking pour la MSP rurale facilite l'accès à la structure.

Ce constat est confirmé par le rapport de l'IRDES qui a montré que les sites sélectionnés (MSP, pôles de santé et centres de santé) sont implantés dans des territoires défavorisés ou moins favorisés que la médiane en termes de besoin de soins et/ou d'offre de soins et de services de santé. La logique d'implantation des MSP suggère une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés¹.

b. Un lieu accueillant

Les patients sont satisfaits des locaux, qu'il s'agisse de notre étude ou d'autres études de satisfaction²⁷⁻²⁹. Les locaux sont vus comme agréables pour les patients, propres et bien entretenus. Pour certains, il ne s'agit pas d'un élément majeur, pour d'autres c'est un premier gage de confiance envers la structure. Mais tous s'accordent à dire qu'il est toujours plus agréable de consulter dans des locaux adaptés, que dans des locaux vétustes ou petits. Cela

permet de créer une ambiance favorable pour le patient, mais aussi favorable au travail pour les professionnels. Les locaux sont obligatoirement tous aux normes PMR (personnes à mobilité réduite).

L'accueil, comme énoncé plus haut, s'est révélé être un élément d'une importance particulière. Dans les différentes études de satisfaction des patients consultant en MSP, ceux-ci sont majoritairement satisfaits de l'accueil sur place²⁷⁻²⁹. Notre étude permet de comprendre pourquoi cet accueil se doit d'être satisfaisant.

Le patient qui vient consulter, vient généralement avec un problème de santé. La présence de ce problème l'affecte physiquement, mais aussi psychologiquement. Il est « *en situation d'infériorité ou de faiblesse psychologique, qui accentue sa faiblesse de santé* » (Entretien 16). Cette dimension doit être prise en compte non seulement par le professionnel de santé, mais aussi par le personnel présent tout au long de sa démarche, notamment le personnel d'accueil. Si le patient est mal reçu, il va se sentir d'avantage affaibli. Certains patients interrogés ont d'ailleurs avancé la possibilité de ne plus revenir à la MSP s'ils étaient mal reçus, même si le professionnel de santé leur convenait. « *L'accueil et le sourire, c'est gratuit* » (Entretien 6).

Nous avons donc ici un vrai critère de qualité, qui doit de préférence, être sur place. Comme déjà mentionné, les patients interrogés à la MSP La Saclasiennne regrettaient l'absence de cet accueil sur place.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, certaines personnes interrogées sont satisfaites de la présence de nombreuses autres personnes venant consulter et présentes en salle d'attente. Cette « diversité » est probablement rassurante pour le patient, qui affaiblit psychologiquement par son problème de santé, ne se retrouve pas seul dans cette situation. La présence de patients de tous les âges, des locaux agréables, une salle d'attente spacieuse et équipée, et un accueil bienveillant, participent à la création d'une ambiance familiale et conviviale. « *C'est une maison en fait* » (Entretien 3).

Un travail réalisé sur les représentations et enjeux de la salle d'attente en cabinet de médecin générale avait fait ressortir des éléments cohérents avec nos résultats : l'accueil est un prérequis essentiel pour favoriser une relation de soins constructive et durable dans le temps ; la présence d'un secrétariat joue un rôle fondamental pour humaniser les lieux et accueillir les consultants³³.

4. La dynamique de la MSP

a. L'efficacité

Des patients interrogés ont jugé la prise en charge en MSP efficace. Cette efficacité était jugée par rapport au délai d'obtention d'un rendez-vous, à la durée d'attente en salle d'attente et à la consultation. Ils ont souligné que tout allait plus vite. Ils ont trouvé que le mode de fonctionnement des MSP était différent des cabinets plus classiques, avec une approche des professionnels plus centrée sur la pathologie. Les patients n'arrivaient pas à dire si cela était dû à la structure, à la dynamique de travail ou à l'âge généralement plus jeune des professionnels. Ils en étaient néanmoins satisfaits.

À titre de comparaison, l'efficacité des MSP a été évaluée par l'IRDES¹, qui la décrit sous un autre angle, avec plusieurs critères :

- Augmentation à temps de travail équivalent, du nombre de patients suivis ainsi que du volume d'actes (pour les MSP les plus intégrées),
- Génération d'économies en matière de dépense ambulatoire,
- Amélioration des soins et des services rendus ambulatoires.

Les deux approches sont différentes, mais complémentaires. On remarque que la notion de temps est intégrée dans les deux : dans notre étude les patients ont le sentiment de passer moins de temps à la MSP car la prise en charge est plus rapide, tandis que l'étude de l'IRDES a noté l'augmentation du nombre de patients soignés pour un temps de travail équivalent.

La dimension d'approche centrée sur la pathologie est un élément intéressant ressortant de notre étude, qui ne pourrait pas être évaluée par une étude économique en matière de santé.

b. La relation praticien-patient

Les patients craignent en raison de cette recherche d'efficacité et de la substitution facile des patients par les médecins, une dépersonnalisation de la relation praticien-patient.

Concernant le corps médical, l'évolution de la notion même de médecin traitant, passant d'un concept individuel à un concept plus global, assurerait une meilleure continuité de la prise en

charge et simplifierait les procédures administratives²⁶. Il s'agirait d'avoir une équipe de médecins avec un médecin référent. Lors de nos entretiens, une seule patiente a exprimé une telle idée : « *En fait moi je n'ai pas qu'un seul médecin, j'en ai plusieurs et c'est génial ! Effectivement j'ai un médecin traitant, sauf que je me soigne dans une maison de santé* » (Entretien 3).

Les patients sont satisfaits du temps qui leur est accordé par les praticiens, notion retrouvée dans d'autres évaluations^{28,29}. Certains ont l'impression que cette disponibilité pour aller au fond du problème est rendue possible par la structure.

On pourrait donc croire que si le professionnel prend plus de temps de consultation pour le patient, la relation praticien-patient est meilleure. Mais une étude menée sur la durée de la consultation et sa relation avec la satisfaction du patient, montre que la satisfaction du patient entraîne une surestimation de la durée de consultation³⁴. Ainsi, l'écoute et l'approfondissement sont plus importants pour la satisfaction du patient que la durée réelle de la consultation, et la relation praticien-patient est alors meilleure.

c. La formation

La présence de professionnels de santé en formation, et notamment d'internes en médecine générale, est généralement bien perçue par les patients^{27,28}. Dans notre étude, tous les patients ayant remarqué la présence de ces professionnels en formation y sont favorables.

Les patients se rendent compte que l'enseignement se fait par compagnonnage sur le terrain. Certains ont remarqué que la prise en charge pouvait en être améliorée. En effet, la présence d'une personne ne connaissant pas le patient pouvait amener à se poser de nouvelles questions, à prendre en charge le patient sous un nouvel angle.

De plus, les patients étant favorables aux MSP, ils ont avancé la possibilité que le professionnel de santé en formation rejoigne l'équipe de soins, ou reproduise ce modèle de travail, une fois la formation achevée.

Ce point de vue est concordant avec l'avis des professionnels. Lorsque les médecins sont interrogés, ils répondent que les internes aident à la prise en charge des patients et apportent de

nouvelles idées³². L'avis de l'interne vient renforcer la décision de prise en charge. L'accueil des étudiants est une source permanente d'enrichissement des connaissances pour les médecins titulaires¹⁷.

5. La MSP, une réponse à la demande de soins ?

Lors des entretiens, nous avons demandé aux patients leur avis sur la place des MSP au sein du système de santé.

A cette question, les réponses peuvent être classées par thèmes :

- Les MSP peuvent éviter une consultation aux urgences

L'acceptation de soins non programmés par les professionnels de la MSP, rendue possible par la mutualisation des moyens et la pluriprofessionnalité, permet d'éviter à une certaine catégorie de patients d'aller consulter aux urgences. Lorsqu'il s'agit par exemple de petites plaies ou de maladies infectieuses bénignes, la possibilité d'être vu par un médecin dans la journée, avec un délai d'attente raisonnable, est bénéfique non seulement pour le patient, mais aussi pour le système de soins dans sa globalité. Cela permet de décharger les urgences de cette catégorie de patients, tout en diminuant les coûts de santé engendrés par ce parcours.

La prise en charge de soins ne relevant pas de l'urgence médicale par les services d'urgence, non seulement consomme une ressource rare qu'est le temps des urgentistes mais, en plus, peut être contre-productive en termes de consommation de soins et d'examen. La formation d'un urgentiste l'amène à soupçonner des pathologies graves alors que, pour les mêmes symptômes, le généraliste est formé à adopter la démarche inverse débutant par le traitement de pathologies bénignes pour aller ensuite vers le plus grave. Une fois le patient présent aux urgences, une autojustification de sa prise en charge peut amener l'équipe soignante à lui faire réaliser des examens qui n'auraient pas, dans d'autres circonstances, été considérés comme nécessaires²⁰.

- Les MSP facilitent l'accès aux soins grâce à une tarification contrôlée

Pour certains patients, la notion de coût est importante. En effet, l'application du tiers-payant est un avantage par rapport au système du paiement puis du remboursement des soins, qui a été

estimé comme un possible frein à l'accès aux soins. L'absence de dépassements d'honoraires a aussi été rapportée comme un avantage. A noter qu'il s'agissait des patients consultant à la MSP Michelet, qui applique systématiquement le tiers-payant à tous les patients. Pour les trois MSP, aucun patient ne s'est plaint d'une tarification trop élevée.

Les MSP ont pour la plupart adopté une tarification conventionnée des actes, basé sur une contractualisation avec l'ARS. De plus, des financements complémentaires sont accordées aux MSP lorsqu'une telle mesure est mise en place.

- Les MSP apparaissent comme une solution aux déserts médicaux en favorisant l'installation des jeunes professionnels et évitent aux patients de partir

Les MSP sont vues par les patients comme le premier niveau de l'offre de soins. Par leur multiplication, elles pourraient répondre à la demande de soins de la population, notamment dans les zones défavorisées en termes d'accès aux soins. Ce regroupement pluriprofessionnel est d'après eux un stimulant à l'installation des jeunes professionnels de santé, permettant une diminution des coûts d'installation et de fonctionnement, ainsi qu'un exercice plus plaisant en groupe.

Le développement du regroupement professionnel et la diversification de l'offre proposée sont apparus pour un patient comme la solution à la suppression des hôpitaux de proximité. Tout en ayant conscience que les MSP ne proposent pas d'hébergement, il a avancé le fait que ces structures remplaceront les soins non programmés ainsi que les consultations spécialisées qui étaient réalisés dans les hôpitaux de proximité.

L'évaluation de l'IRDES a montré que *« les maisons de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale, plus fragiles en termes d'offre de soins. Elles sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes isolés. Dans les espaces à dominante urbaine (...) les maisons de santé sont moins présentes. Cependant la logique d'implantation de ces dernières suggère une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2012 dans ces espaces comparés à ceux du même type mais sans maisons de santé et relativement à la période précédente (2004-2008). Dans les espaces à dominante urbaine, l'analyse met en évidence une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes comparativement aux espaces sans maisons de santé »*¹.

La mise en place de ces MSP en milieu rural, comme développé précédemment, permet d'apporter une dynamique nouvelle au bassin de vie où elle est implantée. D'après deux patients interrogés à la MSP La Saclasienne, la présence de cette structure permet aux patients habitant aux alentours de ne pas partir, ce qui est un réel avantage pour les patients les plus âgés. Cela traduit l'importance de la présence de soins de proximité, peut-être plus que de commerces ou de services administratifs.

- Les MSP se développent et diminuent la part de professionnels isolés

Les patients interrogés sont donc favorables au développement des MSP. Les différentes raisons ont été abordées précédemment. Ils pensent que leur nombre va augmenter, et que l'exercice isolé aura tendance à disparaître.

Cette tendance est réelle. La DRESS a publié les chiffres suivants :

	En %	
	2001	2015
Médecins généralistes	43%	51%
Médecins spécialistes	44%	57%
Infirmiers	33%	38%
Chirurgiens-dentistes	33%	54%
Masseurs-kinésithérapeutes	33%	42%
Orthophonistes	25%	30%

Même si ces chiffres englobent tout type d'exercice groupé libéral, on remarque une augmentation de ce regroupement pour tous les corps de métiers de santé.

De plus, la démographie des MSP montre leur augmentation en nombre ces dernières années. Cette croissance est plébiscité par les différents gouvernements²⁰.

6. Le manque d'identification

De nombreux patients interrogés ne font pas la différence entre MSP et cabinet classique. Ceux qui ne font pas cette différence ne se rendent pas forcément compte des interactions entre les

professionnels. Ainsi ils trouvent des avantages au regroupement, à la communication entre les professionnels, au partage d'informations, mais n'ayant pas été témoins d'interactions concernant leur prise en charge, ils n'ont pas la notion de cette possibilité ni des bénéfices apportés le cas échéant.

Cet aspect de la MSP devrait donc être davantage mis en avant. En effet, les patients exprimant cette idée ont déclaré ressentir un sentiment de sécurité concernant leur prise en charge. Ce sentiment de sécurité pouvant entraîner une meilleure adhérence et observance thérapeutique, il apparaît donc intéressant de se donner les moyens de le mettre en place. On pourrait imaginer une campagne d'affichage au sein des MSP, prônant la prise en charge pluriprofessionnelle par une équipe de professionnels de santé, ou bien l'explication du fonctionnement et les avantages de la structure lors de la première consultation du patient en MSP.

Beaucoup de patients sont venus en MSP soit par hasard, soit par recommandation. Aucun patient n'est venu en raison de la prise en charge pluriprofessionnelle. Certains ne connaissaient pas l'existence de cette appellation avant d'y venir. Néanmoins il paraît difficile à ce jour de promouvoir les MSP autrement qu'en développant leur nombre. Il paraît inconcevable de créer une quelconque concurrence entre les MSP et les autres modes d'exercice.

En revanche, une patiente a déclaré avoir entendu des propos négatifs concernant les MSP, caractérisant la structure comme un lieu de prise en charge de moins bonne qualité. Ces propos pourraient être en rapport avec le paiement des soins par les patients. Comme nous l'avons vu précédemment, la mise en place du tiers-payant ou des tarifs conventionnés facilite l'accès des patients aux soins. Cela concerne notamment ceux qui n'ont pas les moyens de payer des dépassements d'honoraires. Il existe peut-être chez certaines personnes l'idée que plus les soins sont chers, meilleure est la qualité. Ainsi, le dépassement d'honoraire dans l'esprit collectif semble appeler à une meilleure prestation. Les MSP devraient donc mettre un place une communication à ce sujet, afin de mettre fin à ce genre de préjugés.

Enfin, la majorité des patients n'a pas conscience des financements et des modes de rémunération des professionnels en MSP, en dehors du paiement à l'acte. On pourrait penser que cet aspect de la MSP importe peu au patient, qui cherche uniquement à se soigner de la façon la plus efficace et la plus simple possible pour lui.

7. Les points négatifs

L'analyse des résultats n'a montré que peu de points négatifs. Nous pouvons ainsi les lister :

- Difficultés à joindre le secrétariat par téléphone,
- Pas de secrétariat sur place,
- Difficultés à obtenir un rendez-vous rapide avec le médecin référent,
- Accueil par les secrétaires qui n'est pas toujours à la hauteur de l'attente des patients,
- Retard de mise en place de la tarification ALD (après l'ouverture récente de la MSP).

Nous pouvons également lister les points à améliorer d'après les patients :

- Diversité plus importante de spécialités,
- Amplitude d'horaires plus large,
- Pas de remplacement après un départ à la retraite,
- Trop peu de MSP,
- Créneaux de consultation sur place des IDE trop étroits,
- Accès plus facile du patient à son dossier médical.

Nous pouvons nous interroger sur la raison du faible nombre de points négatifs.

En effet, il pourrait s'agir d'un biais de notre étude. Nous pouvons nous interroger sur le sujet des thèmes abordés dans le guide d'entretien, correspondant aux caractéristiques des MSP. Celles-ci sont de facto établies dans un but d'amélioration de la qualité de la structure, donc potentiellement positives. Afin de minimiser ce biais, les questions posées dans le guide d'entretien se voulaient ouvertes, n'orientant pas la réflexion du patient dans un sens positif ou négatif. La première question se voulait volontairement large. De plus, l'ajout en cours d'étude de la question portant sur les points négatifs diminue encore ce biais. La posture non directive de l'investigateur garantissait également la fiabilité et le caractère non-biaisé des réponses.

Le choix du terme « avis » a été un sujet de réflexion majeur afin de ne pas orienter les réponses des patients interrogés dès le sujet annoncé de l'étude. L'avis comme définit précédemment est « ce que quelqu'un pense sur quelque chose ou sur quelqu'un, exprimé généralement dans une discussion ou à la demande d'une autre personne ; opinion, point de vue, sentiment » (Larousse).

Ainsi, l'avis peut être positif ou négatif ou mêler les deux. Il peut exprimer un point de vue, un jugement, un sentiment. Nous voulions volontairement que les réponses des patients interrogés soient empreintes des sentiments qu'ils peuvent percevoir, le positif et le négatif pouvant être mêlés de manière plus complexe et inconsciente que l'opinion ou le jugement, qui se veut davantage orienté.

Nous pourrions nous interroger également sur un potentiel biais de recrutement comme abordé dans la partie « Choix de l'échantillon étudié ». Celui-ci a été effectué au hasard en salle d'attente par l'investigateur. Il est possible que les patients ayant accepté l'entretien, soient les patients les plus satisfaits de la structure. Mais on pourrait imaginer qu'un patient insatisfait aurait participé à l'entretien afin d'exprimer son mécontentement. En outre, tous les patients interrogés étaient satisfaits de la présence de professionnels en formation au sein de la structure. L'investigateur s'étant présenté comme futur professionnel de santé, il est possible qu'un biais concernant cette question existe ici, voire plus largement pour la participation à l'étude. Un patient n'acceptant pas de professionnel en formation en consultation, pourrait refuser un entretien proposé par un futur praticien.

V. Conclusion

L'exercice pluriprofessionnel en soins premiers se développe en France. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics en permettant l'amélioration et le maintien d'une offre de soins dans les zones déficitaires. Les MSP constituent une réponse concrète à la problématique de la complexification des prises en charge ambulatoires et de la crise de la démographie médicale. Elles se développent et prennent une place progressivement plus importante au sein du système de santé français. Elles sont plébiscitées par les professionnels de santé.

Les patients sont globalement satisfaits de ce type de structure qui leur permettent de consulter facilement différents professionnels de santé sur un même lieu, souvent à proximité de leur lieu de vie. Ils sont néanmoins demandeurs d'encore plus de diversité professionnelle, notamment de spécialités médicales. La prise en charge pluriprofessionnelle par l'équipe de soins de la MSP, rendue possible par la proximité physique, les outils de communication internes et les réunions, est rassurante pour les patients. Elle doit cependant être davantage mise en avant par la structure. Les possibilités de consulter dans un délai raisonnable, de façon non programmée ou d'être orienté rapidement vers un autre professionnel de la MSP sont des critères de satisfaction. Le suivi reste assuré par le dossier médical partagé au sein de la structure, outil fondamental de la coopération interprofessionnelle, qui doit être accessible avec l'accord du patient.

Les patients sont satisfaits d'une prise en charge efficace, mais certains craignent une dépersonnalisation de la relation praticien-patient du fait de la substitution facile des patients par les praticiens.

Les patients sont favorables à la présence de professionnels en formation en MSP, afin d'enrichir la consultation et de pérenniser l'avenir de ce type de structures.

Le tarif des consultations est décrit comme un critère d'accessibilité aux soins.

Le lieu se doit d'être agréable, convivial, avec un secrétariat sur place permettant une orientation et un accueil bienveillant des patients.

Enfin, le manque d'identification et de connaissance des MSP par les patients devrait être une préoccupation pour ce type de structure et leurs promoteurs.

Au terme de l'étude, notre travail nous a permis d'élaborer une grille de critères de satisfaction des patients, qui pourrait être utilisée par les MSP afin de travailler sur l'amélioration de la qualité de leur établissement.

**Critères de satisfaction des patients consultant en Maison de Santé
Pluriprofessionnelle**

- ✓ Proximité
- ✓ Réponse rapide à une demande de soins non programmés
- ✓ Délais de rendez-vous raisonnables
- ✓ Diversité des professionnels de santé et présence de spécialités médicales courantes
- ✓ Orientation rapide vers un autre professionnel de la structure
- ✓ Dossier médical partagé avec accord du patient
- ✓ Mise en valeur de la prise en charge pluriprofessionnelle
- ✓ Maintien de la relation entre le patient et son médecin traitant
- ✓ Tarification permettant un accès aux soins facilité
- ✓ Cadre agréable
- ✓ Accueil bienveillant par un secrétariat sur place

Références bibliographiques

1. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. 2014.
2. PAPS Portail : Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>
3. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 1998;
4. Vervialle A. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires : une réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours ? [Santé Pub.]. [Rennes]: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2011.
5. Serin M. Création de l'association : Réseau des professionnels pour la conception et le fonctionnement de la Maison de Santé du canton de Saint Amand en Puisaye. 2003.
6. De Hass P. L'expérience de la maison de santé de Pont-d'Ain. In: Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier; 2010.
7. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Sénat; 2007.
8. Code de la santé publique - Article L6323-3 - 19 décembre 2007. 2007.
9. Code de la santé publique - Article L6323-3 - 21 juillet 2009.pdf. 2009.
10. Code de la santé publique - Article L6323-3 - 10 août 2011. 2011.
11. Code de la santé publique - Article L6323-3 - 26 janvier 2016. 2016.
12. ARS Nouvelle Aquitaine. Les aides financières pour les promoteurs de projet de maison et pôle de santé. 2013.
13. Ameli.fr. Structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/votre-exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
14. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. 2009;
15. Gridel H. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en Ile de France [Med.]. Université Paris Descartes; 2017.

16. Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile de France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées [Med.]. Université Paris Descartes; 2011.
17. Leger 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 [Med.]. Université Paris Descartes; 2016.
18. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.
19. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les chiffres clé de l'offre de soins. 2018.
20. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.
21. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. 2013;
22. Projet 19e - Résidence Michelet [Internet]. Disponible sur: <https://www.paris.fr/services-et-infos-pratiques/urbanisme-et-architecture/projets-urbains-et-architecturaux/residence-michelet-19e-2760>
23. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique [Internet]. 1994;(23). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
24. Ben Romdhane S. La parole en action selon la méthodologie de la théorisation enracinée. Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances [Internet]. 2017;4(1). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1039509ar>
25. Cohen L, Genisson C, Savary R-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. 2017.
26. Juilhard J-M, Crochemort B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement.
27. Wiart S. Evaluation de la satisfaction des usagers du pôle de santé de Renaze deux ans après son ouverture [Med.]. Université d'Angers; 2013.
28. Mbeba Lepillier S. Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine Générale dans deux maisons de santé pluriprofessionnelles loirétaines [Med.]. Université de Tours; 2015.
29. Nouri N. Satisfaction des patients concernant l'offre de soins des maisons de santé en Languedoc-Roussillon [Med.]. Université de Montpellier; 2016.
30. Bellot L. Identifier les attentes des patients/usagers de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de l'Argonne à Orléans concernant leur accueil [Med.]. Université de Tours; 2015.
31. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. févr 23, 2015.

32. Honold-Lejeune E. Impact des MSP sur l'accès aux soins en médecine générale à travers l'expérience de la MSP de Coulombs [Med.]. Université de Tours; 2013.
33. Coiffier A. Représentations et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Med.]. Université de Nancy; 2010.
34. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice*. 2002;

Annexes

ANNEXE 1 :

Guide d'entretien MSP

- 1/ Quel est votre avis sur les MSP ?
- 2/ Consultez-vous de façon régulière dans cette MSP ? Quelle fréquence ?
- 3/ Que pensez-vous de l'accès aux soins de ce lieu ?
- 4/ Quel est votre avis sur la présence de différents professionnels au sein de la MSP ?
 - 4.1/ Que pensez-vous de la présence de ces différents professionnels sur un même lieu ?
 - 4.2/ Que pensez-vous de leurs interactions ?
- 5/ Que pensez-vous du partage des dossiers de patients ?
- 6/ Quel est votre avis sur l'environnement de travail au sein de cette MSP ?
- 7/ Que pensez-vous de la dynamique de travail ?
- 8/ Que pensez-vous du lieu en lui-même ?
- 9/ Quel est votre avis sur l'âge des professionnels de cette MSP ?
- 10 / Que pensez-vous de la formation des jeunes professionnels dans une MSP ?
- 11/ Quel est votre avis concernant la place des MSP au sein du système de santé ?
- 12/ Avez-vous d'autres choses à me dire à propos des MSP ?
- 13/ Quels sont les points négatifs ?

Question subsidiaire : Selon vous, quelle est la différence entre MSP et centre médical ?

ANNEXE 2 :

Un exemple d'entretien est proposé afin de visualiser le déroulement de celui-ci.

Entretien n°16

- Quel est votre avis sur les Maisons de santé pluriprofessionnelles ?
- *Je n'ai pas un avis très détaillé. Je trouve que c'est une bonne chose. La possibilité de faire de l'interdisciplinarité, et d'avoir plusieurs spécialistes en particulier paramédicaux. Mais je n'ai pas une très grande pratique.*

- Consultez-vous régulièrement ici ?
- *Oui puisque mon médecin traitant est ici.*
- Consulter vous d'autres professionnels ?
- *Pour l'instant non, j'ai un kiné qui n'est pas dans la maison.*
- Si vous aviez besoin par exemple d'un infirmier ou quelque chose comme ça viendriez-vous ici ou pas spécialement ?
- *Si c'est pour des soins à domicile non mais effectivement... Je n'habite pas très loin et ça pourrait être intéressant de venir ici.*

- Que pensez-vous de l'accès aux soins ?
- *L'accès aux soins ? Je ne sais pas, moi j'accède à un spécialiste, à un médecin. L'accès aux soins ça me paraît une formule un peu générale. Je n'ai pas un avis sur l'accès aux soins. J'ai toujours été bien reçu. Le médecin que je consulte est sur Doctolib donc je peux prendre rendez-vous en ligne. Chaque fois que j'ai téléphoné ça s'est bien passé. Je suis satisfait du fonctionnement du centre.*
- Le fait de pouvoir prendre rendez-vous en ligne c'est donc important pour vous.
- *Oui c'est important. C'est un plus. Ça nous permet d'avoir une prise de rendez-vous un peu décalée. Je n'ai pas le temps dans la journée donc je peux le faire en dehors des heures de présence de la standardiste. Ou éventuellement, quand je ne suis pas sur Paris. Je trouve que ce dispositif, qui peut être utilisé en dehors des heures ouvrables est très intéressant.*
- S'il n'y avait pas ce serait un frein pour venir consulter ?
- *Non, parce que le médecin que je consulte est ici donc je viendrais ici, mais ça serait une gêne.*

- Quel est votre avis sur la présence de différents professionnels au sein d'une même Maison de santé.
- *Je pense que c'est une très bonne idée. Je pense qu'un des gros problèmes de la médecine actuelle, et comme vous êtes médecin je vous le dis à vous directement, c'est cette difficulté de prendre en compte des pathologies qui sont un peu cachés ou de nature un peu transverse. Le fait d'avoir des spécialistes, professionnels différents, est un plus. Je pense que c'est l'avenir de la médecine et du paramédical.*
- Et le fait d'être sur un même lieu ?
- *Justement, le fait qu'ils soient sur un même lieu et qu'ils puissent discuter entre eux. Éventuellement qu'un médecin qui ne soit pas complètement sûr de son diagnostic puisse consulter un confrère, ou un autre spécialiste ça me semble une bonne chose. Je n'ai pas eu moi-même cette expérience, mais dans ma famille j'ai plusieurs cas d'un traitement qui a été long à être établi, pour des symptômes qui étaient un peu cachés, et s'il y avait eu une équipe de professionnels qui porte le diagnostic plutôt qu'un seul médecin, je pense que ça aurait facilité le diagnostic. Et certainement amélioré le traitement du patient.*
- Donc si je comprends bien ce que vous mettez en avant, c'est l'interprofessionnalité, le fait d'avoir des interactions entre eux et de discuter des cas difficiles.
- *Oui ! Et je pense, il faudrait qu'à terme dans ces centres il y ait des spécialistes, généralistes, et paramédical. Une vraie équipe de soins.*
- C'est quelque chose qui vous manque ?
- *Pas encore. Je ne suis pas encore à un âge suffisamment avancé même si je m'en approche beaucoup mais je pense que c'est vraiment important pour le futur, en tout cas pour mon futur proche à moi.*

- Que pensez-vous du partage de dossier ?
- *ça va dans la même veine. Je pense que c'est là encore... Si on arrive à avoir des regards complémentaires sur un même dossier, si on peut... (hésitation) bien comprendre l'historique du patient... Le patient c'est pas une personne qu'on découvre un jour et dont on referme le dossier dès qu'on a fini de l'avoir vu. C'est une histoire, un processus dynamique, qu'il faut intégrer. Je ne suis pas du tout médecin mais je pense qu'un symptôme ça ne peut pas être vu ponctuellement à un temps T. Mais c'est vraiment toute l'histoire du patient qui amène ce symptôme. Donc ça c'est une première approche. Et peut-être certaines pathologies avec des symptômes divers peuvent-être*

appréhendés de meilleure façon, par plusieurs regards. Et puis pour terminer je pense qu'il faut essayer de limiter le nombre d'examen, et donc mutualiser les examens serait une bonne chose.

- Finalement le dossier serait au cœur de tout ce processus l'interprofessionnalité.

- Absolument, dans la mesure où bien entendu il reste confidentiel entre le patient et le corps médical.

- Que pensez-vous de la dynamique de travail ?

- Je n'en ai aucune idée. Je ne sais même pas ce que vous appelez la dynamique de travail. Les horaires ? C'est ... ?

- C'est volontairement assez large comme question.

- Je n'ai strictement aucun avis. Qu'est-ce que ça peut évoquer pour moi ? Je n'ai pas d'avis sur ce centre. Mais je pense que en général... Je comprends très bien que les médecins aient besoin d'une vie de famille, qu'ils ne puissent pas être à disposition 24 heures sur 24 des patients. Mais je pense que si on arrivait, avec des dispositifs de ce type, à accroître la fenêtre d'ouverture de ce centre, en dehors du traditionnel 9 h 17 h... ça ne me dérangerait pas par exemple de consulter à 7 h 30 le matin voir à 20 h le soir. Bien sûr, s'il n'y a qu'un seul médecin ça fait des horaires qui sont beaucoup trop longues et on ne peut pas demander ça. Quand il y a plusieurs médecins, il peut y avoir une couverture et une ouverture plus large. En termes de dynamique dans la journée, il faut reconnaître qu'on a beaucoup de mal à consulter un médecin le weekend, samedi ou dimanche. Alors que là encore il pourrait y avoir... Donc très souvent on en est réduit à appeler les urgences où aller à l'hôpital. Ce qui économiquement est une erreur. Et psychologiquement n'est pas très bon. Je pense qu'il faudrait que des centres comme ça puissent ouvrir aussi le weekend. Du coup qu'il y ait plusieurs médecins qui se succèdent. Je vous ai répondu sur la dynamique temporelle.

- Ce que vous voulez dire c'est que l'horaire d'ouverture soit un avantage pour le patient avec des horaires larges, et en même temps pour le médecin avec une organisation entre différents médecins.

- Absolument.

- Que pensez-vous du lieu en lui-même ?

- Je n'ai aucun avis sur le quartier. Sur le lieu moi je trouve ça très propre, fonctionnel. C'est plutôt accueillant. Donc un point positif.

- Est-ce une chose importante pour vous ?

- (réflexion) oui enfin je pense que... ce n'est pas fondamental, ce qui est important c'est la qualité des soins. Je crois que dans ces questions de santé il y a un facteur psychologique qui est important. Et je crois vraiment que c'est important de rassurer le patient. Quand le patient consulte, c'est une démarche volontariste, qui le touche, qui le met en situation d'infériorité ou de faiblesse psychologique, qui accentue sa faiblesse de santé. Et donc avoir un accueil plus adapté, qui le rassure, qui le met en confiance, me paraît une bonne chose. J'ai toujours considéré que, enfin ce que j'ai vu dans les hôpitaux souvent, c'est l'accueil qui est la partie qui laisse le plus désirer dans l'organisation des soins. Je trouve qu'ici c'est assez bien fait.

- Et ça s'est du à la structure de maison de santé ?

- Non ça pourrait être en cabinet classique. Mais la Maison de santé je pense que ça permet de mutualiser des choses : une salle d'attente plus grande, des jeux pour les enfants, il y a des banquettes, c'est bien organisé. Ça je pense que c'est du fait que les locaux soient d'une assez grande de taille.

- Quel est votre avis sur l'âge de professionnels ?

- Je ne connais pas du tout l'âge de professionnels. Mon médecin est jeune. Et comme moi je suis vieux, ça me fait plaisir d'être avec un médecin jeune.

- Donc pour vous ça a une importance.

- Mouais pas plus que ça ! Le médecin que j'avais avant a pris sa retraite ! J'ai pris la personne qui lui a succédé (rires). Je n'ai pas d'avis, je suis de nature à faire confiance et j'aime bien l'échange avec le médecin. Je suis informaticien, je ne préconise pas de remplacer les médecins par des programmes informatiques. Même si ça peut aider.

- Que pensez-vous de la formation de jeunes professionnels au sein de la Maison de santé ?

- C'est indispensable. Pour apprendre son métier, il faut le pratiquer au contact d'autres professionnels. Je suis professeur, j'encourage bien entendu mes étudiants à travailler au plus près des professionnels et à préparer leur métier le plus activement possible. Je pense que c'est indispensable. C'est l'acquisition du savoir-faire. Voilà.

- Que pensez-vous de la place des Maisons de santé au sein du système de santé ?

- (souffle) Je n'ai pas un avis très particulier. Je pense que les Maisons de santé peuvent, enfin elles devraient, jouer un rôle clé. C'est l'accueil de premier niveau des patients. Faut absolument décharger l'hôpital de toute une... Une catégorie d'accueil de premier niveau, pour des patients qui ont des petites pathologies. Et ça, ça doit

être le rôle des Maisons de santé. Et aussi un rôle d'orientation pour des pathologies plus importantes. Donc moi je pense que c'est vraiment, c'est vraiment une très bonne évolution. C'est quelque chose qui ne se pratiquait pas il y a 10 ou 15 ans. C'est une très bonne évolution. Et puis après, nous sommes à Paris donc il y a beaucoup de... le corps médical est très bien représenté donc c'est pas un grand sujet, mais dès qu'on sort, dans des endroits plus reculés, dans des petites communes et cetera, ça peut être justement le moyen de donner accès à la population un ensemble de professionnels pour les traitements, ou pour l'accueil de premier niveau.

- Si je comprends bien, les Maisons de santé ont pour rôle de prendre en charge des pathologies qui pour vous ne relèvent pas de l'hôpital.

- Absolument

- Et donc des plages d'accueil sans rendez-vous ?

- *Je pense qu'il faut les deux. C'est-à-dire, je pense qu'il faut pouvoir maintenir la notion de rendez-vous. Moi je suis venu consulter mon médecin, c'était pas urgent, mais j'avais besoin de le voir donc bon... Avoir un rendez-vous dans les 48 à 72 heures c'est bien. Par ailleurs il y a des situations d'urgence, par exemple un enfant qui a une petite blessure aux jambes par exemple ou au bras ou qui se cogne la tête, ou un bébé qui présente... Il faudrait pouvoir le recevoir rapidement, sans que les parents ne soient obligés de prendre leurs enfants, éventuellement une demi-journée pour aller à l'hôpital, alors que ça ne le justifie pas. Donc oui, je pense qu'il faudrait un peu des deux. Pouvoir avoir de l'accueil d'urgence, pour décharger le secteur hospitalier. Et donc des médecins qui soient disponibles et capable de faire le premier diagnostic et le premier traitement, pour savoir s'il faut vraiment orienter le patient vers un traitement plus important (donc envoyer au centre hospitalier proche), ou s'il peut y avoir une prise en charge immédiate.*

- Selon vous, quelle est la différence entre Maison de santé pluriprofessionnelle et centre médical ?

- *Je ne suis pas un spécialiste... j'imagine quand vous avez un centre avec plusieurs professionnels, ce sont plusieurs médecins qui mettent en commun un secrétariat, une imprimante, un accueil, éventuellement des salles, mais qui ne vont pas au-delà du partage. Je pense qu'un centre de soins pluriprofessionnel, c'est plutôt une équipe qui va travailler, et essayer d'avoir, lorsque ça le demande, une prise en charge plus coordonnée d'un patient. Il s'avère que je vais aussi dans un... Lorsque je consulte mon allergologue et mon dermatologue, je vais dans un cabinet médical où il y a plusieurs spécialistes. Je vois bien la différence avec la maison qu'il y a ici. Enfin, j'entrevois la différence.*

- Si je comprends bien, vous dites qu'en Maison de santé il y a plus d'interprofessionnalité et un travail ensemble, alors qu'un cabinet classique c'est juste une mutualisation des moyens.

- Absolument c'est ce que je pense.

- Avez-vous d'autres choses à me dire à propos des Maisons de santé que l'on n'aurait pas abordé ?

- *Pas du tout je ne pensais pas en dire autant ! (rires) Comme quoi, c'est le questionnaire qui pousse à la réflexion.*

- Quels sont les points négatifs ?

- *Ici, non j'ai toujours été bien accueilli. Je n'ai eu aucune difficulté donc je ne vois pas de point à améliorer. Bon, je vous ai signalé sur la question par rapport à la dynamique : j'ai mis l'accent sur les questions d'ouverture, donc voilà peut-être un point amélioration. Mais je n'ai pas vraiment regardé quels étaient les horaires. Mais je pense qu'on pourrait agrandir les plages d'ouverture aux patients.*

Résumé

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se développent et occupent une place particulière au sein du système de santé français. Elles améliorent et maintiennent une offre de soins dans les zones déficitaires. Elles sont plébiscitées par les professionnels de santé.

Cette thèse étudie l'avis des patients consultant en MSP sur ce type de structure d'exercice, afin d'améliorer leur qualité.

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs, auprès de patients recrutés au sein de trois MSP en Île-de-France.

Les MSP permettent aux patients de consulter, facilement et à proximité, différents professionnels de santé sur un même lieu. Les patients demandent davantage de diversité professionnelle. Les possibilités de consultations non-programmées ou dans un délai raisonnable, ou l'orientation rapide vers un confrère de la MSP sont des critères de satisfaction. La prise en charge pluriprofessionnelle est rassurante lorsqu'elle est identifiée. Le suivi est assuré par le dossier médical partagé au sein de la structure, avec accord du patient. La prise en charge est efficace, mais il existe une crainte de dépersonnalisation de la relation patient-médecin traitant. La présence de professionnels en formation enrichit la consultation et pérennise l'avenir de ces structures. Le tarif est décrit comme un critère d'accessibilité aux soins. Le lieu doit être agréable, convivial, avec un secrétariat sur place permettant une orientation et un accueil bienveillant. Il existe un manque d'identification et de connaissance des MSP par les patients.

Les patients sont globalement satisfaits de ce type de structure, mais elles devraient être davantage mises en avant.

Mots clés

Établissements de soins ambulatoires, Exercice médical de groupe, Cabinet médical

Summary

Multidisciplinary Group Practices (MGP) develop themselves and take a special place in the French healthcare system. They improve the quality of care and preserve the healthcare shortage. They are supported by the health professionals.

This study aims to investigate the MGP patient users' opinion about these organizations, to improve their quality.

This trial is a qualitative research, by semi-directive interviews, with patients from three MGP in Île-de-France.

The MGP allow the patients to consult easily and nearby, different kind of specialists. The patients ask for even more specialists in the same place. The possibility of non-programmed consultation, or within a short deadline, or the referral to a colleague of the MGP, are satisfaction criteria. When it's well identified, the pluriprofessional care is reassuring. The follow-up is possible with the shared medical file, with patient's agreement. The management is effective, but there is a fear of depersonalization of the relation between the patient and his general practitioner. The presence of trainees enriches the consultation and sustains the future of the practices. The price is described as a criterion of access to health care. The place must be pleasant, user-friendly, with an on-site secretary office for the management of the patient and benevolent reception. There is a mess of identification and knowledge of the MGP by the patients.

The patients are overall satisfied by this kind of practices, but it should be more highlighted.

Keywords

Group practices, Ambulatory Care Facilities, Physician's office