



**HAL**  
open science

# Impact des nouveaux modes de rémunération dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une maison de santé pluridisciplinaire

Perrine Martinez

## ► To cite this version:

Perrine Martinez. Impact des nouveaux modes de rémunération dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une maison de santé pluridisciplinaire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02965424

**HAL Id: dumas-02965424**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02965424>**

Submitted on 13 Oct 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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Perrine MARTINEZ

Le 05 décembre 2019

**IMPACT DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DANS LA MOTIVATION  
DES MEDECINS GENERALISTES A CREER OU S'INTEGRER DANS UNE MAISON  
DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE**

Directeur de Thèse

Docteur Thierry DUNAND

JURY

Monsieur le Professeur Philippe Lambert	Président
Madame le Docteur Pascale Fabbro-Peray	Assesseur
Madame le Docteur Agnès Oude Engberink	Assesseur
Monsieur le Docteur Thierry Dunand	Directeur de thèse



UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Perrine MARTINEZ

Le 05 décembre 2019

**IMPACT DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DANS LA MOTIVATION  
DES MEDECINS GENERALISTES A CREER OU S'INTEGRER DANS UNE MAISON  
DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE**

Directeur de Thèse

Docteur Thierry DUNAND

JURY

Monsieur le Professeur Philippe Lambert	Président
Madame le Docteur Pascale Fabbro-Peray	Assesseur
Madame le Docteur Agnès Oude Engberink	Assesseur
Monsieur le Docteur Thierry Dunand	Directeur de thèse





## ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELLISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François

CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André		SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	THEVENET André
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL François-Bernard	
DESCOMPS Bernard	MICHEL Henri	
DIMEGLIO Alain		

### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	BLANC François	CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
BOULENGER Jean-Philippe	BOURREL Gérard	COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
BRINGER Jacques	CLAUSTRES Mireille	COMBE Bernard - Rhumatologie
DAURES Jean-Pierre	DAUZAT Michel	COSTA Pierre - Urologie
DEDET Jean-Pierre	ELEDJAM Jean-Jacques	COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
GUERRIER Bernard	JOURDAN Jacques	COUBES Philippe – Neurochirurgie
MARES Pierre	MAURY Michèle	COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
MILLAT Bertrand	MAUDELONDE Thierry	
MONNIER Louis	PREFAUT Christian	
PUJOL Rémy	SULTAN Charles	
TOUCHON Jacques	VOISIN Michel	
ZANCA Michel		

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie



MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

#### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

#### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe**

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

**Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

**Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUICHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale



## REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

*Vous avez accepté de présider ce jury et je vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance quant à votre implication pour un enseignement de médecine générale de qualité.*

A Madame le Docteur Pascale Fabbro-Peray,

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements.*

A Madame le Docteur Agnès Oude Engberink,

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.*

A Monsieur le Docteur Thierry Dunand,

*Vous avez accepté de superviser ce projet, soyez assuré de ma profonde gratitude. Votre disponibilité et vos conseils ont été indispensables à la réalisation de ce travail.*

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude,

*Je vous adresse un grand MERCI pour le temps que vous m'avez consacré et les expériences que vous m'avez faites partager. Sans vous, ce travail n'aurait jamais vu le jour.*

A Monsieur le Dr Robert Le Stum,

*Maitre de stage pour mon SASPAS, vous avez été le premier à vous intéresser à ce sujet et à me pousser dans ce projet de thèse. Pour cela, je vous en remercie.*

A mes amis,

A Aude, ma très chère Aude, une si belle amitié tout au long de ces très longues études ! Merci d'être toujours là, je ne sais vraiment pas ce que je ferais sans toi.

A Alex, quelle amitié ! Tellement de souvenirs mémorables de vacances, de repas, de soirées, de ski et j'en passe. Et il y en aura d'autres !!

A Emilie, j'espère que nos sessions footing résisteront à l'hiver... si non on reprendra tout simplement nos petites soirées vins pour continuer à papoter !

A la coloc d'Ernest Michel, Senam, Simon, Guigui (et Annelies bien sûr) beaucoup de très bons souvenirs qui resteront gravés dans mon cœur ! Et encore désolée pour mon sale caractère...

A Max, pour tous ces moments dans notre chère coloc ! Une bouteille de sky sera toujours présente chez moi pour toi. Et à Chloé pour tous ces moments passés ensemble à râler...

A Morgan, coloc éphémère l'année dernière, qui était là quand ça n'allait pas... merci à toi. Ça fait longtemps, il va falloir reprendre les verres au Broc !

Aux Biterrois, Chloé, Nina, Victoria, Robin, Chargeur, Romain, et tous les autres, la famille créée grâce à ce cher internat !

A tous les autres, rencontrés tout au long de ces longues études.

A mes parents,

*Merci pour votre amour et votre bienveillance. Sans vous je ne serais jamais arrivée là où j'en suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien durant toutes ces années, soutien que vous continuez à m'apporter tous les jours. Je ne vous en remercierai jamais assez. Je vous aime.*

A mon frère,

*Qui sait, nos différents finiront peut-être par nous unir.*

A Antoine,

*Merci d'être à mes côtés. Merci pour ton soutien et ta patience face à mon caractère que ce travail n'a clairement pas arrangé... Je t'aime.*

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
FG	Focus Group
FIR	Fond d'Investissement Régional
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
RA	Règlement Arbitral
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire

# SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>19</b>
<b>II.</b>	<b>ETAT DES LIEUX .....</b>	<b>21</b>
<b>A.</b>	<b>Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires.....</b>	<b>21</b>
<b>B.</b>	<b>Les Nouveaux Modes de rémunérations .....</b>	<b>22</b>
<b>C.</b>	<b>Etat des lieux en Occitanie.....</b>	<b>24</b>
<b>III.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>25</b>
<b>A.</b>	<b>Type d'étude .....</b>	<b>25</b>
<b>B.</b>	<b>Choix de la population.....</b>	<b>25</b>
<b>C.</b>	<b>Mode de recrutement .....</b>	<b>25</b>
<b>D.</b>	<b>Conduite des Focus Groups.....</b>	<b>26</b>
1.	Elaboration du guide d'entretien .....	26
2.	Déroulement des Focus Groups .....	26
<b>E.</b>	<b>Ethique .....</b>	<b>27</b>
<b>F.</b>	<b>Traitement des verbatims.....</b>	<b>27</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
<b>A.</b>	<b>Données générales .....</b>	<b>29</b>
1.	Description des Focus Groups .....	29
2.	Caractéristiques des MSP .....	29
3.	Caractéristiques des participants .....	30
<b>B.</b>	<b>Réponse à l'objectif principal.....</b>	<b>32</b>
1.	Point sur les connaissances des participants sur les NMR .....	32
2.	Aide financière .....	33
3.	Aide au fonctionnement : .....	36
4.	Sont- ils reconnus comme une motivation ?.....	42

<b>C.</b>	<b>Réponse aux objectifs secondaires.....</b>	<b>45</b>
1.	Motivation des Médecins Généralistes à intégrer ou créer une MSP.....	45
2.	Freins à l'obtention des NMR.....	51
<b>V.</b>	<b><i>DISCUSSION</i>.....</b>	<b>55</b>
<b>A.</b>	<b>Analyse de la méthode et biais .....</b>	<b>55</b>
1.	Forces de l'étude .....	55
2.	Faiblesses de l'étude .....	56
3.	Critique de la méthode.....	58
<b>B.</b>	<b>Discussion des principaux résultats .....</b>	<b>59</b>
1.	Les NMR, une motivation pour certains.....	59
2.	Des contraintes pour d'autres.....	62
3.	Les motivations à intégrer une MSP .....	63
<b>C.</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>64</b>
1.	Agir sur l'information .....	64
2.	Aider à la mise en place.....	65
<b>VI.</b>	<b><i>CONCLUSION</i> .....</b>	<b>66</b>
<b>VII.</b>	<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....</b>	<b>67</b>
<b>VIII.</b>	<b><i>ANNEXES</i>.....</b>	<b>70</b>
<b>A.</b>	<b>Annexe 1 : Guide d'entretien .....</b>	<b>70</b>
<b>B.</b>	<b>Annexe 2 : Questionnaire quantitatif .....</b>	<b>72</b>
<b>C.</b>	<b>Annexe 3 : Verbatim Focus Group Béziers .....</b>	<b>73</b>
<b>D.</b>	<b>Annexe 4 : Verbatim Focus Group Millau .....</b>	<b>85</b>
<b>E.</b>	<b>Annexe 5 : Verbatim Focus Group Frontignan .....</b>	<b>93</b>

## I. INTRODUCTION

Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ont été conçus pour compléter le paiement à l'acte dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Il s'agit d'un forfait versé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à la MSP si celle-ci respecte un certain nombre d'engagements et d'objectifs validés par un cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ils visent à moderniser l'organisation des soins primaires en développant de nouvelles tâches comme la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques dans les structures ambulatoires.

Ils ont donc pour vocation

- de valoriser la coordination pluriprofessionnelle,
- de compenser les frais de personnel et la maintenance informatique,
- d'indemniser les soignants pour la coordination de la MSP, les projets de santé publique, l'éducation thérapeutique, tous ces éléments ne pouvant être rémunérés à l'acte.

Afin de bénéficier de ces rémunérations il faut respecter

. Trois conditions de base

- Constituer une équipe de soins primaire.
- Avoir élaboré un projet de santé validé par l'ARS.
- Être constitué en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

. Trois engagements socles

- Utiliser un système d'information partagé labellisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé).
- Offrir un accès aux soins non programmés.
- Travailler en équipe pluriprofessionnelle, avec une fonction de coordination.

. Ainsi qu'au moins



- Un engagement optionnel qui apporte des moyens supplémentaires. On retrouve par exemple parmi ceux-ci : les actions de santé publique, la permanence des soins, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, l'activité de recherche, le développement continu des professionnels de santé, la lutte contre l'exclusion sociale.

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a été mandaté pour réaliser deux grandes études sur l'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations sur les NMR (ENMR) en 2014 (1) et sur l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des Médecins Généralistes en 2015 (2).

Elles confirment l'intérêt des NMR, montrant « que le soutien financier apporté par les ENMR peut être considéré comme compensé par les économies observées en matière de dépenses de soins ambulatoires dans les sites les plus « intégrés » (...). Les ENMR doivent plutôt être perçues comme un soutien, une incitation, une valorisation des pratiques pluriprofessionnelles les plus innovantes et souhaitables au regard des objectifs assignés aux soins primaires dans le cadre de la stratégie nationale de santé ».

Bien que les bénéfices des NMR soient démontrés, la question se pose de savoir si leur utilité est reconnue par les praticiens. Les NMR sont-ils perçus par les médecins généralistes comme un soutien, une incitation, et une valorisation des pratiques pluriprofessionnelles comme le conclut un des rapports de l'IRDES ? (1). Aucune étude n'a exploré cet aspect jusqu'à présent.

Notre travail s'est donc attaché à répondre à la question suivante : les NMR sont-ils un facteur favorisant la création ou l'intégration des MG dans une MSP ?

L'objectif principal de notre étude est de faire émerger l'importance des NMR dans la motivation des MG à créer ou s'intégrer dans une MSP.

Nous essaierons également de répondre à deux objectifs secondaires :

- Identifier d'autres facteurs que les NMR motivant les MG à intégrer ou créer une MSP,
- Identifier d'éventuels freins à la création ou l'intégration de la MSP.

## II. ETAT DES LIEUX

### A. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007, avec la loi financement de la sécurité sociale (3) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif autre que le centre de santé. Ces cadres d'exercice poursuivent des objectifs d'amélioration de la qualité et de sécurité de prise en charge des patients, d'augmentation de l'attractivité des zones sous-denses et de maintien des services publics de santé de proximité.

Elles voient depuis un développement croissant. Il n'existait que 20 maisons de santé en France en 2008, 235 en 2012 (4) et 910 en 2018. On recense 334 projets en cours de réalisation (5). En dix ans, le chemin parcouru est donc considérable (figure 1).

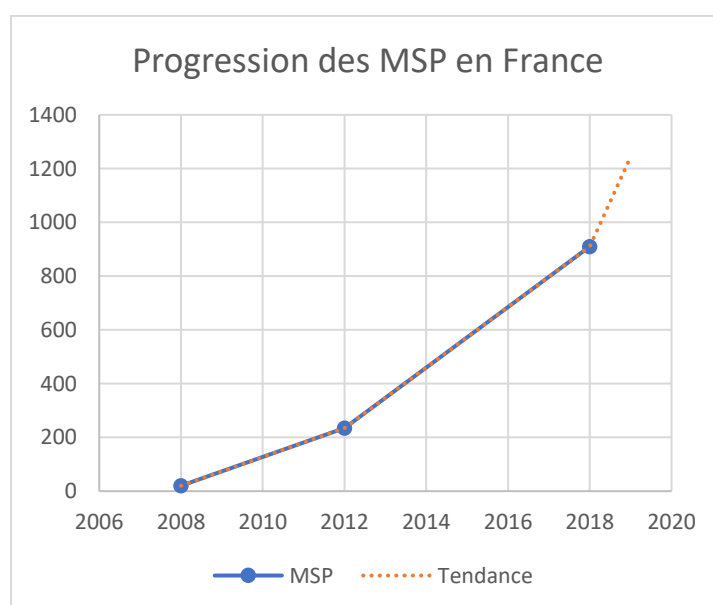


Figure 1 : progression des MSP en France

Le code de santé publique (6) définit les MSP comme étant une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours 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.

Les MSP doivent ainsi, pour bénéficier des financements publics, répondre à un cahier des charges national et présenter un projet de santé à leur ARS. Les subventions ne sont pas une condition incontournable pour créer une MSP. Il existe donc dans les faits des maisons avec ou sans financement via les NMR.

Les MSP se distinguent des simples cabinets de groupe par l'existence d'un projet de soin partagé et mis en œuvre par les professionnels de façon coordonnée (au moins deux médecins et un professionnel paramédical).

Les membres d'un pôle de santé pluridisciplinaire se distinguent des MSP par l'absence de regroupement au sein d'un même lieu.

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade (7), a autorisé le partage d'information entre soignants. Ainsi, elle a permis l'émergence de logiciels labellisés par ASIP.

Elle dote également les MSP et les pôles d'un outil juridique indispensable à leur fonctionnement : la SISA. Son décret d'application est paru en mars 2012. Les SISA sont obligatoires pour les structures percevant des NMR. Par la suite, la notion de SISA à capital variable introduite dans le code civil article 1845-1 alinéa 2 a permis de faciliter l'entrée ou la sortie de membres dans la SISA.

## B. Les Nouveaux Modes de rémunérations

Les NMR ont été introduits par la loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale (3), autorisant des expérimentations sur maximum sept ans, afin de compléter le paiement à l'acte. Ces expérimentations sur les NMR (ENMR) ont été effectuées entre 2009 et 2015, évaluées par l'IRDES (1,2).

Le 23 février 2015, un Règlement Arbitral (RA) a permis leur généralisation (8).

Le 20 avril 2017, les négociations conventionnelles ont abouti à un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) pour 5 ans publié au journal officiel de la République Française le 05 août 2017 (9). Il se substitue au RA de 2015 et s'inscrit dans sa continuité : le principe d'une rémunération conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs, demeure. Certains indicateurs

ont évolué pour mieux prendre en compte l'organisation, les coûts d'équipement, et la relation avec les patients, apportant des améliorations et surtout des moyens supplémentaires pour les équipes. Il est garant de la pérennité des NMR dans l'avenir, et devrait être reconduit en 2022.

Dans son bilan au 30 mai 2018 des adhésions ACI (10), l'Assurance Maladie dénombre parmi les 1400 structures ouvertes ou en cours d'ouverture dénombrées par la direction générale de l'offre de soins que 598 structures avaient signé un contrat ACI. Cela peut sembler peu, mais elle cite également qu'au titre de l'année 2017, 538 structures ont bénéficié d'une rémunération, soit une hausse de plus de 24% par rapport à l'exercice 2016. Nous sommes donc dans une dynamique de progression nette de la labellisation ACI des MSP.

Le montant initial du forfait défini par le RA de 2015 était en général compris entre 55 000 et 70 000 euros (11), alors que l'ACI alloue des forfaits allant au-delà de ce montant d'après les MSP interrogées. Au total, pour ces structures, l'assurance maladie a versé en 2017 35.6 millions contre 18.1 en 2016. (10)

Les MSP percevant ces NMR n'ont pas de justification à donner à la CPAM ou à l'ARS sur leur utilisation. Plusieurs dépenses pourront être couvertes par cette enveloppe selon les nécessités de chaque MSP, telles que l'indemnisation du temps passé en coordination et rédaction de protocoles, les actions de dépistage et de prévention auprès de la patientèle, l'embauche d'un secrétariat commun, la participation à des colloques ou séminaires de formation, l'équipement informatique ou de diagnostic.

## C. Etat des lieux en Occitanie

A ce jour, 142 MSP sont en activité dans toute l'Occitanie (Figure 2), alors qu'il y en avait moins de 10 en 2010. Leur développement s'est fortement accéléré ces dernières années.

Actuellement, 28 maisons de santé supplémentaires sont en cours de déploiement, et 13 nouveaux projets viennent d'être validés (12). Notre région devrait ainsi compter 183 maisons de santé ouvertes d'ici 2020-2021.

Parmi les 142 maisons de santé en activité, 99 ont signé l'accord ACI en mars 2019 et perçoivent donc les NMR.

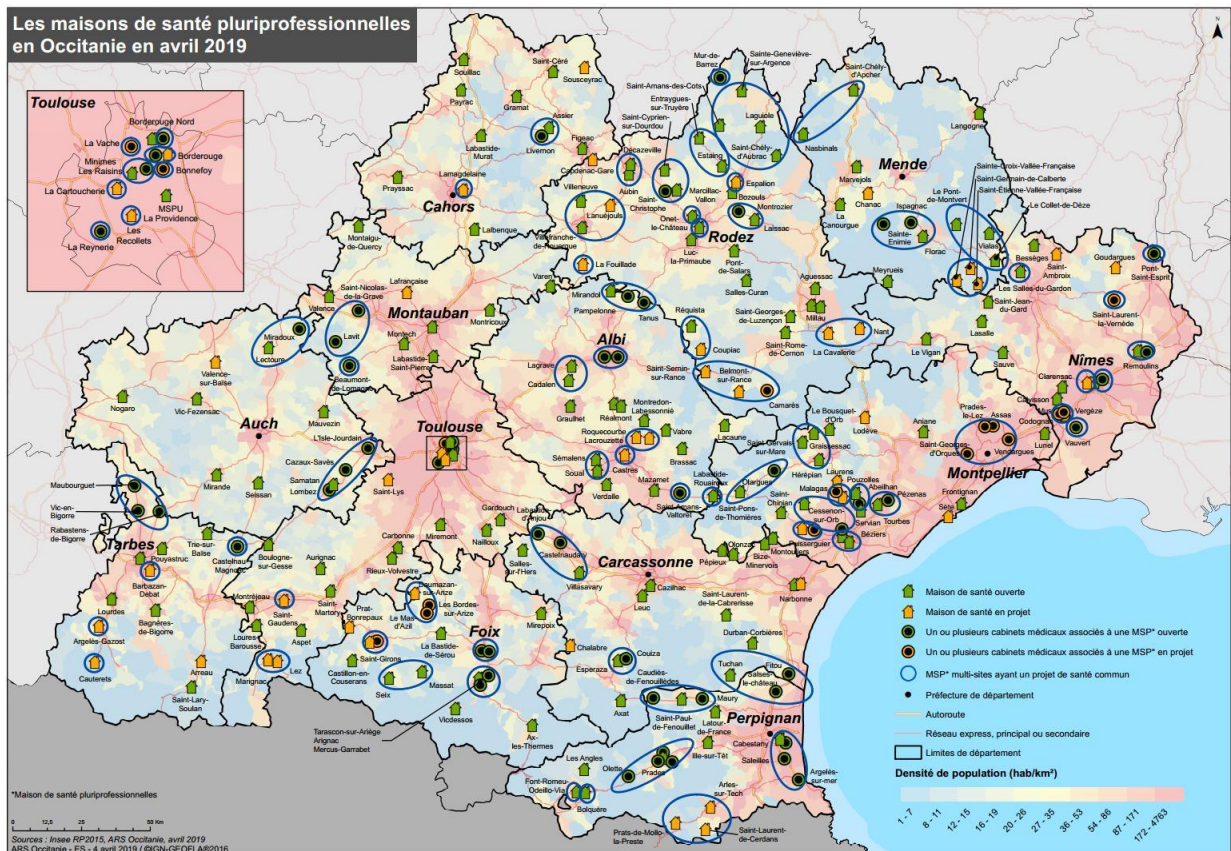


Figure 2 : Carte des MSP en Occitanie (Avril 2019)

### III. MATERIEL ET METHODE

#### A. Type d'étude

Nous avons choisi d'utiliser une approche qualitative en utilisant la technique semi-structurée du Focus Group (FG). En effet, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à certains types de questions de recherche en soins primaires (13). La méthode par FG a été choisie en raison de la liberté d'expression qu'elle favorise et la diversité des points de vue qu'elle apporte (14).

Les entretiens collectifs semi dirigés reposaient sur des questions ouvertes élaborées dans un guide d'entretien fourni en Annexe 1. Les participants étaient invités à faire part de leurs opinions, la discussion y était libre mais focalisée sur le sujet étudié par un modérateur préalablement briefé.

#### B. Choix de la population

La composition des FG a été définie de la manière suivante : des médecins généralistes installés exerçant en Maison de Santé Pluridisciplinaire.

#### C. Mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat, entre mars et mai 2019.

Le recrutement pour le FG de Béziers a été effectué suite à une introduction effectuée par mail par le coordinateur de la MSP de Béziers, puis une relance par mail et contact téléphonique.

Le recrutement pour le FG de Millau a été effectué grâce à leur coordinatrice, qui a proposé mon projet aux différents médecins généralistes de sa maison de santé et organisé la réunion.

Le recrutement pour le FG de Frontignan a été effectué grâce à une communication de la coordinatrice dans un premier temps puis par mail aux médecins intéressés qui ont annoncé leur disponibilité via un doodle.

## D. Conduite des Focus Groups

### 1. Elaboration du guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien (Annexe 1) selon les recommandations méthodologiques du CNGE de Nice (15).

Le guide d'entretien permet une reproductibilité des données recueillies lors des trois entretiens. Il représente la trame de fond à la structuration et du déroulement des FG qui est utilisée par le modérateur.

Il comporte :

- Une première partie introductive rappelant le fonctionnement du FG, la garantie de l'anonymat des propos et les règles de parole pour assurer l'exploitation de l'enregistrement.
- Une présentation rapide du sujet.
- Cinq questions courtes et ouvertes, partant du sujet le plus général et finissant par la question de recherche.

### 2. Déroulement des Focus Groups

Les critères recherchés pour le déroulement des FG ont été les suivants :

- Lieu : Il devait être neutre, calme et accessible à tous les participants.
- Durée : Chaque question était abordée pendant 5 à 10 minutes.
- Modérateur : Une personne en qui les participants avaient confiance, qui connaissait bien le sujet des NMR, pouvant ainsi relancer le débat aisément et créant une dynamique de groupe. Il devait éviter ce qu'il est convenu d'appeler la contamination du groupe, donner la parole à tout le monde, être neutre et empathique, sans révéler son point de vue sur ce qui était dit. Avant de débiter l'enregistrement, il devait expliquer le déroulement du FG et les règles de base.

- Observateur (moi-même) : S'occupait des enregistrements audio ou vidéo des séances. Son rôle était de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.
- Mode d'enregistrement : Pour le FG de Béziers, deux appareils numériques d'enregistrement ont été utilisés : vocal avec un téléphone portable via l'application « enregistreur vocal » et vidéo grâce à une caméra. Pour les FG de Millau et Frontignan, deux appareils numériques d'enregistrement ont été utilisés : vocal avec un téléphone portable via l'application « enregistreur vocal » et un deuxième enregistreur vocal spécialisé.

## E. Ethique

Nous n'avons pas soumis notre guide d'entretien à un comité d'éthique indépendant. Néanmoins, le consentement de tous les médecins interrogés a été recueilli oralement avant le début de chaque enregistrement. Le caractère anonyme des données leur a été assuré. L'anonymisation a été effectuée lors de chaque transcription.

## F. Traitement des verbatims

### Retranscription

Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, leur retranscription intégrale sur un support informatique annotée des réactions a été immédiatement réalisée. Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale, sans correction ni reformulation des propos, les échanges non verbaux ont été également mentionnés. Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word et du logiciel de retranscription Express Scribe. L'ensemble des verbatims se trouve en fin de thèse en Annexe (Annexe 3,4,5).



## Analyse des données

Pour exploiter les verbatims, nous avons utilisé l'analyse thématique. Nous avons premièrement réalisé une analyse longitudinale : après plusieurs relectures linéaires, nous avons procédé au relevé systématique de chaque sujet ou idée abordé. Les verbatims ont été ainsi découpés en unité de sens à chaque nouvelle notion retrouvée. Nous avons ensuite effectué une analyse transversale entre les différents verbatims, qui a permis de regrouper les idées similaires et de faire émerger les thèmes récurrents.

Cette analyse a été réalisée grâce au logiciel de traitement de texte Word.

Toutes les citations issues des verbatims sont retrouvées en *italique*.

## IV. RESULTATS

### A. Données générales

#### 1. Description des Focus Groups

Trois FG ont été réalisés :

- Le premier sur la MSP de Béziers avec 4 participants pendant 40 minutes
- Le deuxième sur la MSP de Millau avec 4 participants pendant 31 minutes
- Le troisième sur la MSP de Frontignan avec 4 participants pendant 42 minutes

Les participants ont été regroupés assis autour d'une table de réunion pour le FG de Béziers, debout dans la salle de pause pour celui de Millau et dans une salle de consultation pour celui de Frontignan.

À Millau et Béziers, le coordinateur de chaque MSP a assuré le rôle de modérateur. Ce choix du coordinateur a été évident, étant connu de tous les participants, et au centre du fonctionnement de la maison de santé. À Frontignan, la coordinatrice ayant eu un empêchement de dernière minute, j'ai moi-même tenu cette fonction.

#### 2. Caractéristiques des MSP

- MSP de Béziers :  
Multisites (deux lieux : centre médical de la Devèze et centre médical des Halles), créée en 2014, recevant les NMR depuis 2014, de grande taille (80 membres dans la SISA dont 10 Médecins Généralistes), le coordinateur est l'un des médecins généralistes de la MSP.
- MSP de Millau  
Monosite, créée en 2015, recevant les NMR depuis 2016, de petite taille (17 membres dans la SISA dont 5 Médecins Généralistes), la coordinatrice est une personne dédiée.
- MSP de Frontignan

Multisites, créée en 2016, recevant les NMR depuis 2017, de grande taille (79 professionnels dans la SISA dont 17 Médecins Généralistes), la coordinatrice est également une personne dédiée.

### 3. Caractéristiques des participants

La retranscription et l'analyse du contenu des FG se devaient de respecter l'anonymat.

Les différents intervenants sont donc identifiés via les désignations BDr1 à BDr4 pour les participants de la MSP de Béziers, MDr1 à MDr4 pour ceux de la MSP de Millau et FDr1 à FDr4 pour ceux de Frontignan. Un médecin remplaçant non thésé était présent lors du FG de Millau, que nous avons exclu de l'étude, celui-ci ne respectant pas les critères d'inclusion.

Les caractéristiques des participants ont été collectés grâce à un questionnaire quantitatif (Annexe 2) nous permettant d'obtenir le Tableau 1 ci-dessous.

Médecin	Age	Sexe	Année d'obtention de la thèse	Année d'installation	Année d'installation dans la MSP	Avant l'intégration en MSP, installé seul ou en groupe ?
BDr1	72	H	1975	1976	2014	Seul pendant 35ans puis 4ans avec son fils
BDr2	65	H	1982	1982	2014	Cabinet de groupe
BDr3	60	H	1989	1989	2014	Seul
BDr4	57	H	1992	1999	2014	Cabinet de groupe
Moyenne Béziers	63,5	4H	1985	1987	2014	2 seuls / 2 en groupe
MDr1	61	F	1988	1994	2015	Cabinet de groupe
MDr2	49	H	1999	2006	2016	Seul
MDr3	48	H	2000	2009	2015	Cabinet de groupe
MDr4	32	F	2015	2015	2015	Remplaçante
Moyenne Millau	47,5	2F/2H	2001	2006	2015	2 seuls / 1 en groupe / 1 non installé
FDr1	49	F	2001	2003	2016	Cabinet de groupe
FDr2	43	H	2006	2008	2016	Seul
FDr3	51	H	2000	2000	2016	Cabinet de groupe
FDr4	59	H	1995	1996	2016	Cabinet de groupe
Moyenne Frontignan	50,4	1F/3H	2001	2002	2016	1seul / 3 en groupe
Moyenne des 3FG	54	3F/9H	1996	1998	2015	5 seuls / 6 en cabinet de groupe

Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux FG

## B. Réponse à l'objectif principal

### 1. Point sur les connaissances des participants sur les NMR

Les NMR sont cités directement par les médecins de la MSP de Millau, montrant une bonne connaissance de leur histoire (NMR puis ACI, nécessité de monter une SISA), de même, les conditions pour leur obtention sont bien connues.

*MDr1 : A bah c'est les ACI (rire).*

*MDr4 : (...) alors nous on s'est monté en SISA (...), pour pouvoir toucher les NMR dans un premier temps et l'ACI ensuite, enfin les aides via l'ACI ensuite. (...)*

Pour la MSP de Béziers, on retrouve un schéma avec un médecin faisant parti des instigateurs, ayant pris part aux nécessités administratives de la MSP et connaissant parfaitement les NMR. Les trois autres n'en ont pas connaissance ou qu'une connaissance vague de leur application.

*BDr1 : Moi je sais que l'ARS nous donne certaines aides (...) D'après ce que j'ai compris c'était pour la création pour faire le réseau informatique et matériel médical, peut être que je me suis trompé, (...) dans ce côté-là, je ne sais pas trop.*

*BDr3 : Oui bah je n'ajouterais rien de plus par rapport à ce qu'ont dit mes confrères. De mémoire, je pense que les aides il y a celles qu'on nous a données pour faire la création, en particulier pour l'informatisation, et après je sais qu'il y a des aides qui sont pérennes qui retombent chaque année et qui sont chaque année un peu discutée, et qui dépendent aussi de l'activité qu'on a et en particulier de la patientèle. (...)*

*BDr2 : Mais en fait je vais te dire on a fait du tout confort, c'est à dire que tout le côté financier on n'a pas eu à s'en occuper, c'est à dire donc c'était basique donc du coup bah comme tous ces trucs-là tu laisses couler hein....*

*BDr3 : (...) moi j'ai vraiment aucune idée de la totalité des nouveaux modes de rémunérations, je suis incapable de dire ce qu'il y a vraiment (...)*

Quant au FG de Frontignan, initialement un seul participant cite les NMR. Il s'agit comme pour celle de Béziers d'un des instigateurs de la MSP. Mais une fois citées, tous les participants énoncent sans problèmes les conditions d'obtention des NMR.

*FDr1 : De travailler en réseau avec un système informatique commun.*

*FDr1 : La mise en commun des données.*

*FDr2 : La coordination.*

*FDr1 : De faire les réunions de coordination.*

*FDr2 : Les horaires d'ouverture.*

## 2. Aide financière

Le fait que les NMR représentent une aide financière est largement mis en avant dans les trois FG.

### a) Pour la coordination

#### - Administrative

La coordination fait partie des éléments socles obligatoires pour percevoir les NMR. L'aide financière des NMR pour la coordination est reconnue dans les trois FG pour compenser le salaire du coordinateur.

*MDr1 : (...) Et de financer des choses, (...) Et d'embaucher une exceptionnelle coordinatrice.*

*MDr4 : (...) Si on n'avait pas ces financements on n'aurait pas la coordination.*

*FDr1 : (...) la coordinatrice qui prend en charge la coordination de tous les professionnels de santé.*

*BDr4 : (...) Ça paye aussi le coordinateur pour toutes les actions qu'il peut faire au profit de tout le monde (...).*

#### - Médicale

Dans le FG de Frontignan, les NMR sont aussi cités comme aide financière pour rémunérer les réunions de coordination. Ces réunions réunissent les différents professionnels de santé de la MSP, et permettent de discuter des dossiers de patients compliqués. Chaque participant perçoit la même rémunération, quelle que soit sa profession.

*FDr2 : Les réseaux de coordination sont rémunérés.*

*FDr1 : Ouais, tout ça, réunions de coordination.*

*FDr4 : (...) nous on a décidé que quel que soit la profession c'est le même tarif, la même rémunération.*

On retrouve cela également cité par l'un des instigateurs de la MSP de Béziers : les NMR servent à rémunérer chacun des professionnels participants aux revues de dossiers afin de compenser financièrement ce temps de réunion qu'ils ne passent pas avec les patients.

*BDr4 : C'est à dire si tu participes aux réunions de revue de dossiers tu vas avoir un paiement, qui ne sera pas énorme parce qu'on partage entre tous mais ça permet aussi par exemple à des gens qui ne sont pas des médecins, qui ont des revenus qui sont plus faibles, heu quand ils s'investissent ils ont un retour sur investissement, on leur donne de l'argent pour être venus en réunion, heu notamment pour les revues de dossiers.*

#### **b) Pour le logiciel d'information partagé**

Le logiciel d'information partagé est le deuxième élément socle obligatoire pour percevoir les NMR. L'aide financière pour son achat et son renouvellement est largement cité dans le FG de Frontignan, qui utilise les NMR pour permettre à tous les professionnels inclus dans la SISA d'avoir le même logiciel.

*FDr1 : (...) A financer le logiciel pour ceux qui ne l'ont pas.*

*FDr4 : Même pour ceux qui l'ont.*

*FDr3 : (...) ce qui est important, (...) c'est quand même pas négligeable c'est quand même le financement du logiciel par heu médecin ça fait 1200e par an c'est pas négligeable.*

*FDr4 : (...). On leur a dit au début c'est pris en charge, si on leur avait dit" il faut prendre notre logiciel ça coute tant", là ils auraient peut-être fait la grimace. (...)*

On le retrouve également cité par BDr4 lorsqu'il énumère à ses confrères l'utilisation des NMR dans leur MSP de Béziers, ces derniers n'en ayant pas connaissance.

*BDr 4 : (...) Aujourd'hui il va falloir à nouveau investir plusieurs dizaines de milliers d'euros dans le parc informatique et dans un nouveau logiciel, c'est ces nouveaux modes de rémunération qui nous permettent de le faire (...).*

Les participants du FG de Frontignan ont tous été d'accord sur l'aide majeure des NMR dans le financement de tablettes 4G afin de permettre aux infirmières et aux médecins de pouvoir communiquer en temps réel à partir du domicile des patients.

*FDr1 : (...) Après pour les autres professions... infirmières kiné .... Pour qu'ils aient les iPads pour les visites à domicile pour pouvoir transmettre les données. (...)*

*FDr4 : (...) là on a distribué 30 tablettes 4G aux infirmiers, qui peuvent l'utiliser au domicile, ça aussi c'est un truc dont on n'a pas parlé.*

*FDr2 : (...) en payant des outils qui rendent les choses beaucoup plus faciles.*

### c) Pour les locaux

L'aide financière des NMR est reconnue dans la MSP de Frontignan pour aider au financement de futurs locaux, avec notamment une salle dédiée aux réunions. Cette utilité est également citée par BDr4 lors de son énumération de l'utilisation des NMR dans sa MSP.

*FDr1 : Financer peut-être des locaux communs pour avoir des salles de réunion.*

*FDr1 : La création d'un nouveau local aussi qui va arriver !*

*BDr4 : (...) ça paye la salle de réunion (...)*

### d) Pour les ateliers d'éducation thérapeutique

L'aide financière des NMR est surtout reconnue par un des praticiens de la MSP de Béziers dans le fait qu'elle permet d'offrir à des patients n'ayant pas les moyens des soins gratuits, améliorant la qualité de la prise en charge de leur pathologie : notamment chez les diabétiques, avec les ateliers d'éducation thérapeutique, ainsi que des consultations diététiques et psychologiques aidées.

*BDr1 : (...) Ce qui m'a plu le plus c'est qu'on puisse offrir à des patients notamment à des diabétiques, puisqu'on fait cette éducation thérapeutique, des consultations diététiques gratuites, des consultations psychologiques gratuites. (...)*

*BDr4 : Ça a payé pendant un petit bout de temps heu l'éducation thérapeutique (...).*



### 3. Aide au fonctionnement :

Outre l'aide financière apportée, les NMR apparaissent également comme une importante aide au fonctionnement pour les trois MSP.

#### a) Travail en pluridisciplinarité

Les NMR sont reconnus dans les trois FG comme étant une incitation majeure au travail pluriprofessionnel, cette pluridisciplinarité étant citée comme un atout dans chacune des MSP.

On retrouve dans le FG de Béziers un accent particulier mis sur le travail avec les infirmières lors des réunions de dossiers, ainsi que celui avec les sages-femmes, qui travaillent au même étage que les médecins généralistes.

*BDr2 : (...) maintenant c'est quand même très confort de travailler en multidisciplinarité, ça vraiment c'est bien. (...) Et puis discuter en réseau avec des infirmières quand on fait des réunions de dossiers (...).*

*BDr4 : C'est vrai je trouve que c'est assez emblématique l'apport des sages-femmes, il se trouve qu'elles travaillent au même étage que nous (...) c'est vraiment un plus. (...)*

Le travail en pluridisciplinarité avec les autres professionnels de santé est aussi mis en avant dans le FG de Frontignan, notamment avec les infirmières, mais aussi avec les pharmaciens et les kinésithérapeutes, grâce au logiciel d'information partagé commun permettant de partager et de s'informer rapidement sur les changements médicaux des patients.

*FDr4 : (...) Donc l'infirmière elle est au lit du malade elle peut la prendre en photo, et instantanément ça rentre dans le logiciel, nous on peut être chez un autre malade ou en consultation et on peut le regarder directement. Ça a quand même facilité les choses.*

*FDr4 : Oui depuis qu'il y a les réunions, que porte notre association de MSP, c'est vrai que les pharmaciens y sont tous, 100% des pharmaciens qui viennent en réunion. (...)*

Dans la MSP de Millau l'incitation au fonctionnement pluri professionnel est largement reconnue également, ainsi que ses bénéfices dans certains projets transversaux et dans le rapprochement des différentes spécialités médicales et paramédicales.

*MDr1 : (...) c'est une aide au fonctionnement pluri pro. Ça nous a permis de mener des projets transversaux avec nos collègues de la maison de santé. (...)*

*MDr4 : (...) Ça a créé quand même du lien ; alors y'avait déjà du lien au départ, mais je pense que ça a permis de créer du lien entre les différents professionnels (...).*

*MDr1 : C'est un exercice plus imaginatif et plus diversifié, plus pluri pro.*

## **b) Prise en charge globale du patient**

Dans les 3 FG, les NMR ont permis une amélioration de la prise en charge du patient dans sa globalité : d'une part grâce aux revues de dossiers et d'autre part grâce au travail en pluridisciplinarité et à un meilleur suivi des patients.

*BDr2 : (...) l'utilité c'est que y'a beaucoup de choses qu'on n'aurait pas pu faire, alors première chose qu'on n'aurait pas imaginé, par exemple les revues de dossier (...).*

*BDr4 : On voit bien que tout ça c'est, et c'est vrai que c'est une facilité incroyable de suivi, d'accès aux soins, de retour, heu de meilleur suivi par les personnes.*

*MDr4 : (...) Qui d'après moi me permettent de travailler mieux et de faire une meilleure prise en charge du patient, de manière plus globale. (...)*

*FDr2 : (...) c'est de la sécurité en plus et c'est beaucoup plus confortable parce que quand on les a au téléphone tout le monde sait de quoi on parle. Voilà.*

La sécurisation du parcours de soins primaire découlant des mesures imposées par les NMR ressort dans le FG de Frontignan, ce qui est notable, car la notion de parcours de soins primaires a été créé justement pour permettre une prise en charge globale du patient.

*FDr4 : Le but à la base c'était ça, c'est à dire la sécurisation du parcours de soins primaires.*

*FDr4 : (...) C'est agréable parce que finalement ça permet d'utiliser les compétences de chacun, de tous les professionnels de santé, ça nous donne des infos qui sont parfois capitales sur des patients, que nous on n'a pas forcément attaché d'importance et voilà, sur tout le parcours du soin primaire. C'est à dire le parcours de soin primaire libéral, c'est que le patient soit vu par tel ou tel professionnel en fait il est fléché et cadré (...).*

c) Une qualité de travail grâce à l'activité coordonnée

Les avantages apportés par le coordinateur sont évoqués dans le FG de Millau, dans son rôle de coordination des différents professionnels de santé et des projets de soins, qui permet de soulager les différents praticiens.

*MDr4 : Oui et aussi quand même une qualité de travail parce que justement le fait d'avoir le coordinateur qui réfléchit un peu pour nous (...).*

*MDr1 : Le travail en coordination nous permet, (...) avec les réunions que ça impose de décoller un peu la tête du soin quotidien au patient, de prendre un peu de distance avec les choses (...).*

Dans le FG de Frontignan, le coordinateur est également mis en avant pour son rôle dans l'obtention de la certification annuelle de la MSP. En effet, chaque année la certification ACI et son montant sont revus par l'ARS, ce qui demande un dossier extrêmement complet.

*FDr4 : C'est vrai que c'est un des gros boulots de la coordinatrice (...) c'est chaque année donner l'état d'activité de la MSP, les statistiques, le nombre de réunions qui ont été faites, les pourcentages il faut qu'on soit dans les clous pour tout un tas de critères.*

L'importance du coordinateur n'est pas citée par les participants de la MSP de Béziers.

d) Mise en place de projets de soins pour les patients

La création projets de soins pour les patients grâce aux NMR est mise en avant dans les FG de Béziers et de Millau.

Pour les médecins de la MSP de Millau, les NMR les ont obligés à créer des projets de soins bénéfiques aux patients, ce qu'ils n'auraient pas pensé faire ou pris le temps de faire s'il ne s'agissait pas d'une des obligations pour la perception du forfait.

*MDr2 : (...) Et ensuite une source de financement pour des projets auxquels on n'aurait pas pensé. Qu'on n'aurait pas mis en place si on n'avait pas eu ça.*

*MDr2 : Rire. Des objectifs... un défi... donc heu ça nous permet de cadrer certains objectifs. De focaliser notre travail peut être... voilà, je ne sais pas quoi dire de plus. Rire.*

*MDr1 : (...) Ça nous a permis de mener des projets.*

*MDr4 : (...) Et de monter des projets auxquels on n'aurait même pas pensé (...).*

Les projets de soins sont cités par un seul des médecins du FG de Béziers.

*BDr1 : (...) Ce qui m'a plu le plus c'est qu'on puisse offrir à des patients notamment à des diabétiques, puisqu'on fait cette éducation thérapeutique, des consultations diététiques gratuites, des consultations psychologiques gratuites. (...)*

Un des participants avoue qu'ils ne sont pas trop investis dans ces projets, en se laissant porter par les instigateurs du projet de MSP.

*Bdr2 : (...) mais par contre là on ne s'est pas trop investis, là à mon sens sur les projets qui l'ont pu avoir à faire avec cet argent (...).*

Mais à la suite de leur évocation par ce praticien, les autres participants acquiescent cependant tous sur leurs utilités.

*BDr2 : Oui c'est vrai.*

*BDr3 : Oui c'est vrai.*

A Frontignan contrairement aux deux autres FG, la création de projet de soins n'est pas autant mise en avant, avec une faible utilité retrouvée par les différents participants du FG

*FDr4 : En pratique les protocoles on les a faits parce que ça faisait partie du dossier administratif à fournir. Il faut qu'ils soient réactualisés tous les ans mais après en pratique réelle c'est...*

*FDr2 : On a fait des protocoles au-delà de ce que demandait la sécurité sociale.*

#### e) Sécurisation du parcours de soins primaires

La sécurisation du parcours de soins primaire est amplement mise en avant par l'un des participants de la MSP de Frontignan. En effet grâce à la prise en charge pluridisciplinaire du patient dans la MSP, le patient est mieux orienté, mieux surveillé médicalement parlant. On a ainsi une meilleure prise en charge du patient, et à terme probablement une diminution des coûts de santé.

*FDr4 : (...) sur tout le parcours du soin primaire. C'est à dire le parcours de soin primaire libéral, c'est que le patient soit vu par tel ou tel professionnel en fait il est fléché et cadré (...).*

*FDr4 : Le but à la base c'était ça, c'est à dire la sécurisation du parcours de soins primaires et à terme heu dans la tête des ministres qui ont pondu ce truc c'était faire des économies globales du système de santé. (...)*

f) Un exercice plus axé sur la santé publique

Dans le FG de la MSP de Millau, une notion nouvelle différente de la médecine habituelle à l'acte ressort suite à la certification ACI : celle de santé publique, qui impose une approche de population plutôt que s'intéresser individuellement aux problèmes de santé des personnes, et se préoccuper de la prévention et l'éducation médicales des groupes de population.

*MDr2 : Les NMR nous font un peu plus penser santé publique que santé de la personne premièrement.*

*MDr3 : Oui sans parler financement juste basé sur la population quand même, on a plus des objectifs généraux que nos simples patients.*

*MDr1 : (...) oui de territoires de santé, des groupes de patients.*

Ce nouveau type d'exercice, qui se rajoute à la médecine traditionnelle à l'acte, est vécu à la fois comme une charge de travail supplémentaire, mais est également un complément essentiel à la pratique actuelle de la médecine générale.

*MDr1 : Vraiment moi je trouve un complément de la médecine à l'acte.*

*MDr1 (...) Ce qui veut dire travailler plus en santé publique également ; plutôt que de travailler à l'acte quoi.*

*MDr1 : (...) de monter des choses tout à fait nouvelles, qui sont très différentes de la médecine à l'acte. (...)*

g) Intérêt du système d'information partagé : transversalité et traçabilité

L'accent le plus important du FG de la MSP de Frontignan a été mis sur l'importance du logiciel d'information partagé. En effet dans cette MSP, presque tous les professionnels de santé y ont

accès, le partage des informations sur l'état de santé des patients se fait en instantané. C'est l'apport le plus important des NMR d'après les participants de ce FG.

*FDr3 : (...) ce qui est important (...) c'est le logiciel avec lequel on peut partager les dossiers patients, enfin revoir les consultations avec d'autres médecins, qui sont dans la MSP.*

*FDr3 : La transversalité.*

*FDr1 : La traçabilité.*

*FDr4 : Ouais les 2, transversalité et traçabilité.*

*FDr2 : Banco.*

*FDr2 : (...) c'est du temps de gagné et c'est de la sécurité en plus et c'est beaucoup plus confortable parce que quand on les a au téléphone tout le monde sait de quoi on parle. Voilà.*

L'intérêt dans le partage d'information via le logiciel commun avec les infirmières est particulièrement mis en avant, leur permettant d'être plus au fait des changements de thérapeutique et de leur raison.

*FDr4 : Les infirmières y ont trouvé un intérêt scientifique et intellectuel parce que finalement, jusqu'à maintenant elles avaient des ordonnances pour surveiller la tension, ou administrer de la Rocéphine et tout ça. Et elle faisait les trucs elle demandait au patient, si elle voulait elle téléphonait au médecin mais c'était pas toujours le cas (...) du coup c'est quand même beaucoup plus intéressant pour elle d'avoir sous les yeux le compte rendu de la consultation ou de l'opération et de tous les antécédents du malade.*

De même avec les pharmaciens, qui peuvent directement regarder sur le dossier du patient si celui-ci vient avec une ordonnance différente du traitement habituel, pour effacer le doute d'une erreur du médecin sans avoir besoin de le déranger par téléphone.

*FDr4 : (...) les pharmaciens, c'est vrai que c'était quelque chose de récurrent avant, où ils nous appelaient en nous disant "je comprends pas sur l'ordonnance, vous avez oublié quelque chose", maintenant on marque on dit "arrêt de tel traitement pour telle raison" et si il veut voir il se connecte et on n'est pas obligé d'être dérangé en consultation (...)*

#### h) Meilleure tenue des dossiers

L'un des médecins du FG de Frontignan remarque que l'obligation de codage des consultations par l'ARS, même si elle est une charge de travail supplémentaire, se révèle bénéfique avec une meilleure tenue des dossiers médicaux par les praticiens.

*FDr3 : (...) là vu que l'ARS a fait des stats etc, on est vraiment obligés d'être carré sur ce qui est antécédents, motifs de consult, etc etc, donc bah voilà. Avant j'avais tendance à passer vite si j'étais à la bourre et maintenant je prends plus de temps. (...) Mais c'est vrai que ce n'est pas une mauvaise chose non plus voilà, la bonne tenue du dossier médical.*

#### 4. Sont-ils reconnus comme une motivation ?

Nous avons posé la question directement, en fin de notre guide d'entretien (Annexe 1). Les réponses sont reprises dans le Tableau 2 ci-dessous.

Les membres du FG de Frontignan reconnaissent tous que les NMR ont été une motivation pour créer leur MSP. En effet, ils fonctionnaient déjà en groupe, comme une MSP, ils ont donc fait reconnaître leur travail avec la labellisation MSP afin de recevoir les NMR

- pour mieux travailler en pluridisciplinarité,
- en permettant à tous les professionnels de santé de leur SISA d'avoir le logiciel d'information partagée.

*FDr4 : Nous y'a eu quand même l'extension multi sites du coup et puis après voilà...le fait d'avoir des rémunérations ça a permis d'avoir tout ce qu'on a dit, le logiciel commun (...).*

*FDr2 : Ça a permis de valoriser et formaliser tout ce travail de l'ombre et de le valoriser en payant des outils qui rendent les choses beaucoup plus faciles.*

Dans la MSP de Millau, aucun des médecins n'a intégré la MSP pour l'aide apportée par les NMR, ne connaissant pas leur existence ou ne pensant pas pouvoir y prétendre lors de la création de leur MSP.

*MDr2 : Pas du tout. On ne savait pas du tout que ça existait.*

*MDr3 : On ne savait pas que ça existait.*

*MDr1 : On ne savait pas qu'on pouvait y prétendre. (...) ça n'a jamais été cet argument-là. L'argument ça a été le pluriprofessionnel, ça a été l'échange. Mais le NMR lui-même pour nous ça n'a pas été un moteur.*

On retrouve un troisième schéma dans le FG de Béziers, avec trois participants ne s'étant pas intégrés dans la MSP pour l'aide des NMR, ne connaissant pas leur existence.

*BDr2 : Parce qu'on ne les connaissait pas.*

*BDr3 : Oui on ne les connaissait pas.*

*BDr1 : On ne les connaissait pas on ne savait pas que ça existait.*

*BDr3 : On était venu ici sans savoir que y'avait des rémunérations.*

Alors que le quatrième, étant un des instigateurs de cette MSP, l'a créée en connaissance de cause, afin d'obtenir les NMR pour la structure.

*BDr4 : Alors ouais c'est un moteur (...) c'est à dire la possibilité de faire d'autres choses (...).*

On a ainsi 5 participants pour qui les NMR ont été une motivation, 7 pour qui ils ne l'ont pas été (Tableau 2).

La question clôturant le guide d'entretien des trois FG était : "Est-ce qu'ils le referaient ? ", avec 8 réponses oui et 3 non (un des participants n'ayant pas répondu).

*MDr1 : C'est une belle aventure mais je ne la vivrai qu'une fois dans ma vie.*

*FDr1 : Non c'est fait c'est fait.*

*FDr1 : C'est l'administratif*

*FDr4 : Avec des formalités administratives plus simples oui mais c'est vrai que ça a été un peu le parcours du combattant...*

*FDr1 : Et ça demande de l'investissement personnel.*

*FDr4 : Et du suivi, une fois par an faut quand même aller à l'ARS, pondre les données, les comparer entre MSP etc.*



	Les NMR ont été une motivation		Est-ce qu'ils le referaient ?	
	OUI	NON	OUI	NON
BDr1		X	X	
BDr2		X	X	
BDr3		X	X	
BDr4	X		X	
MDr1		X		X
MDr2		X	X	
MDr3		X	X	
MDr4		X	X	
FDr1	X			X
FDr2	X			
FDr3	X		X	
FDr4	X			X
Total	5	7	8	3

Tableau 2 : motivation des participants aux FG

## C. Réponse aux objectifs secondaires

### 1. Motivation des Médecins Généralistes à intégrer ou créer une MSP

Les motivations à intégrer une MSP énoncées par nos participants sont résumées dans le tableau suivant (tableau 3).

	Béziers	Millau	Frontignan
Le travail en groupe de médecins	X	X	X
Le travail en pluridisciplinarité	X	X	X
Meilleure prise en charge du patient	X	X	X
Un fonctionnement se rapprochant de l'hôpital	X		X
Une évolution naturelle de la médecine	X	X	
Financière		X	X
Assurer la suite	X		
Reconnaissance du travail déjà accompli			X
Par mimétisme d'autres MSP		X	

Tableau 3 : motivations des MG à intégrer une MSP

#### a) Le travail en groupe de médecins

Le besoin de travailler en groupe avec d'autres confrères ressort dans chacun des trois FG.

Cette motivation est clairement retrouvée dans le FG de Millau, où 3 des 4 médecins de ce FG sont arrivés dans cette MSP pour cette unique raison.

*MDr3 : La motivation principale moi c'était le fait de pouvoir travailler en groupe. En groupe avec plusieurs médecins (...).*

*MDr2 : En toute franchise j'ai pas rejoint une maison de santé j'ai rejoint des associés*

*MDr4 (...). Je crois qu'il était difficilement envisageable pour moi de m'installer de toute façon en dehors d'un groupe. Alors je veux parler d'un groupe de médecins (...).*

En effet, le fait de travailler avec des confrères leur permet d'échanger facilement, d'avoir un soutien qu'ils n'auraient pas en étant seul.

*MDr4 : Travailler en groupe c'est échanger, ce qui va bien et ce qui ne va pas. C'est partager, c'est à dire s'apporter en termes de connaissances, en termes de soutien aussi, parce que c'est pas toujours facile.*

On ne retrouve presque pas cette notion dans le FG de Frontignan, ces derniers travaillant presque déjà tous en groupe de médecins avant de demander la labellisation MSP.

*FDr1 : C'est l'intérêt d'être en groupe et de continuer à travailler en groupe et d'avoir un souci des patients en commun, pour être le plus efficace possible pour le patient.*

## b) Le travail en pluridisciplinarité

Le travail en pluridisciplinarité est la motivation majeure pour 2 des 4 participants au FG de Millau :

*MDr3 : La motivation principale moi c'était le fait de pouvoir travailler en groupe. En groupe avec plusieurs médecins mais aussi plusieurs catégories autres professionnelles, médicale et paramédicale. Pour échanger. Professionnellement. C'était ça ma motivation.*

*MDr1 : (...) L'argument ça a été le pluriprofessionnel, ça a été l'échange.*

*MDr1 : Moi j'ai été une fervente adepte à l'époque de l'idée que la délégation des tâches (...) en particulier avec les infirmiers (...) Et c'était vraiment l'idée d'agrandir les échanges pluri pros.*

De même pour tous les participants du FG de Béziers.

*BDr3 : (...) j'étais déjà en groupe, enfin à 2 avec mon associé donc on voulait s'ouvrir sur quelque chose d'encore plus large.*

*BDr2 : (...) Et puis discuter en réseau avec des infirmières quand on fait des réunions de dossiers, c'est un abord différent des choses et donc t'apprends beaucoup. Et on a eu la chance d'avoir beaucoup de sages-femmes, et ça heu, ça a été le top.*

*BDr1 : Moi j'ai toujours été très content des relations que j'avais avec les sages-femmes (...) je suis ravi de la collaboration que l'on a avec elles.*

*BDr4 : ça devient absolument nécessaire de travailler en ambulatoire comme on travaille à l'hôpital avec un groupe professionnel qui réfléchit autour du patient.*

On trouve clairement l'envie de travailler en pluriprofessionnel pour les participants de Béziers, qui soulignent que c'est une nécessité de travailler de cette façon pour prendre en charge efficacement les patients actuellement.

*BDr4 : (...) on sent bien que les jeunes générations, les patients, les collègues qui ne sont pas médecins et qui ont d'autres professions médicales ou paramédicales ont besoin du contact avec le médecin traitant (...).*

*BDr4 : (...) heu ça devient absolument nécessaire de travailler en ambulatoire comme on travaille à l'hôpital avec un groupe professionnel qui réfléchit autour du patient (...).*

*BDr2 : Moi c'est d'abord, on a besoin de se faire booster régulièrement. Moi j'ai toujours travaillé je suis le seul à avoir toujours travaillé en groupe et bin régulièrement tous les 10-15 ans on a besoin d'avoir un coup pour sortir de notre routine et ça, ça a été vraiment un gros coup.*

Cette nécessité est également citée par l'un des participants du FG de Millau.

*MDr4 : Et puis travailler au sein de la maison de santé c'est des choses dont de toute façon nous, sortant de l'internat on avait pas mal entendu parler, qui faisait plutôt partie des projets à venir pour la plupart des médecins jeunes et justement dans l'idée de travailler pour une prise en charge globale du patient. La motivation du travail en pluridisciplinarité pour intégrer cette MSP n'est pas citée par les participants du FG de Frontignan, ces derniers travaillant déjà avec ce mode d'exercice avant de former la MSP. Il est mis en avant le fait que la labellisation MSP a plutôt servi comme reconnaissance de leur travail déjà accompli en termes de prise en charge pluridisciplinaire des patients.*

*FDr2 : Oui pareil c'était surtout de formaliser ce que l'on faisait déjà avec les infirmières essentiellement et avec certains kinés (...) donc en fait la MSP ça donne un cadre à tout ça.*

*FDr4 : (...) nous finalement ça a été un petit peu un montage à l'envers parce que on fonctionnait déjà plus ou moins comme une MSP, dans ces locaux et aussi avec nos collègues para médicaux et avec nos pharmaciens. (...), on a fait labelliser et officialiser ce qu'on faisait déjà.*

### c) Meilleure prise en charge du patient

Le travail en MSP permet pour un certain nombre des participants une meilleure prise en charge des patients.

*MDr4 : Et puis travailler au sein de la maison de santé c'est des choses (...), qui faisait plutôt partie des projets à venir pour la plupart des médecins jeunes et justement dans l'idée de travailler pour une prise en charge globale du patient.*

*FDr1 : (...) pour être le plus efficace possible pour le patient.*

*FDr3 : Heu bah moi c'est vrai que la façon dont JC (note : JC est un MG de la MSP non présent au FG) et FDr4 nous l'ont présentée, y'avait beaucoup d'avantages, (...) heu vis à vis du patient.*

*FDr4 : (...) C'est agréable parce que finalement ça permet d'utiliser les compétences de chacun, de tous les professionnels de santé, ça nous donne des infos qui sont parfois capitales sur des patients (...).*

*BDr4 : Ça devient absolument nécessaire de travailler en ambulatoire comme on travaille à l'hôpital avec un groupe professionnel qui réfléchit autour du patient (...) Là aujourd'hui le fait de mettre une structure ça, ça formalise un petit peu ces habitudes de travailler en groupe et en équipe autour du patient (...).*

#### **d) Un fonctionnement qui se rapproche de l'hôpital**

Dans les 2 FG de Béziers et de Frontignan, le travail en MSP leur permet de se rapprocher du fonctionnement de l'hôpital et de ses avantages, que sont la pluridisciplinarité et la prise en charge du patient dans sa globalité.

*BDr1 : Là on ne pouvait pas les faire nous à moins d'être dans un centre hospitalier, ce que nous ne sommes pas, donc ça c'est un plus extraordinaire.*

*BDr1 : (...) ça devient absolument nécessaire de travailler en ambulatoire comme on travaille à l'hôpital avec un groupe professionnel qui réfléchit autour du patient. (...) aujourd'hui le fait de mettre une structure ça, ça formalise un petit peu ces habitudes de travailler en groupe et en équipe autour du patient.*

*FDr4 : (...) finalement on retrouve un petit peu le travail en équipe qu'on avait à l'hôpital. (...)*

#### **e) Une évolution naturelle de la médecine**

Cette création/intégration dans une MSP a été pour trois des participants une évidence. Se regrouper afin de pouvoir prendre en charge les patients dans leur globalité est pour eux une évolution naturelle de la médecine.

*BDr1 : (...) Moi je suis venu ici parce que (...) ça me paraissait une évolution normale de la médecine (...). Maintenant dans la vie c'était une évolution qui me paraissait naturelle de faire ça.*

*BDr4 : (...) Moi je sens bien depuis 10-15ans que c'est vers ça qu'il fallait aller, ça se fait de manière très progressive (...) Mais pour moi c'est le sens de l'histoire, donc ça c'était quand même une grosse motivation pour moi, parce que, heu mon caractère et mes engagements professionnels font que j'avais envie d'être dans le sens de l'histoire.*

*MDr4 : Et puis travailler au sein de la maison de santé c'est des choses dont de toute façon nous, sortant de l'internat on avait pas mal entendu parler, qui faisait plutôt partie des projets à venir pour la plupart des médecins jeunes (...).*

#### f) Financière

La notion de motivation financière afin de pouvoir partager les frais au sein des différents membres de la MSP est citée.

*MDr4 : Partager aussi les moyens. Parce qu'on n'a pas les mêmes moyens quand on est 5 que quand on est seul. Secrétariat, enfin tout quoi.*

*FDr3 : Heu bah moi c'est vrai que la façon dont JC et FDr4 nous l'ont présentée, y'avait beaucoup d'avantages, que ce soit financiers (...).*

#### g) Assurer la suite

Pour deux des quatre participants du FG de Béziers, l'une des motivations premières à intégrer cette MSP était le fait d'être plus attractif en se regroupant, pour faire venir des médecins remplaçants ainsi que des collaborateurs afin de pouvoir assurer la suite quand ils partiront à la retraite.

*BDr1 : Une motivation aussi, peut être heu finalement la principale, c'est que comme j'arrive en fin de carrière (...) Je me voyais difficilement partir sans avoir de remplaçant, parce qu'actuellement, un libéral isolé n'a pas de remplaçant, (...) Et... tout laisser tomber comme ça je ne pouvais pas, il fallait mettre tout ça dans un groupe, faire quelque chose de pérenne où je puisse m'en aller en laissant du monde derrière moi et qu'il puisse faire heu le travail, ce rôle social que nous avons.*

*BDr2 : (...) La 2eme chose c'est exactement ce qu'a dit BDr1, c'est que ça permet d'avoir (...) des gens qui suivent un petit peu pour ta patientèle, c'est moins inquiétant (...).*

#### h) Equipement matériel

La possibilité d'avoir dans la MSP de Béziers de l'azote liquide, permis par le fait d'être nombreux, est mise en avant par l'un des médecins de la MSP de Béziers. Ici encore dans le FG de Béziers, les NMR ne sont pas citées directement.

*BDr2 : (...) y'a des choses qu'on peut faire maintenant qu'on ne peut pas faire avant, je donne un exemple : tu prends l'azote liquide, ça fait partie des choses que l'on peut faire parce que on est beaucoup.*

#### i) Reconnaissance

Pour tous les participants du FG de Frontignan, l'une des motivations pour la labellisation MSP était tout simplement la reconnaissance de ce système de soins qu'ils utilisaient déjà, cette « formalisation du travail de l'ombre » qu'ils effectuaient déjà depuis de nombreuses années avec leurs confrères et les autres professionnels de santé de leur ville.

*FDr2 : Oui pareil c'était surtout de formaliser ce que l'on faisait déjà (...) donc en fait la MSP ça donne un cadre à tout ça.*

*FDr1 : Pour formater. Le travail dans l'ombre que l'on fait est reconnu.*

*FDr3 : Sachant qu'on le faisait plus ou moins comme tu le disais hein le travail de l'ombre, de l'officialiser parce que heu c'est vrai que depuis des années les infirmiers ils nous appellent, les kinés c'est pareil donc c'était quelque part le fait d'avoir une reconnaissance sur ce que l'on faisait depuis de nombreuses années.*

*FDr4 : Ils ont bien résumé, c'est vrai que nous finalement ça a été un petit peu un montage à l'envers parce que on fonctionnait déjà plus ou moins comme une MSP, dans ces locaux et aussi avec nos collègues para médicaux et avec nos pharmaciens. Donc en fait on a fait labelliser et officialiser ce qu'on faisait déjà.*

#### j) Par mimétisme

Pour l'instigatrice la MSP de Millau, le fait d'échanger avec des confrères ayant déjà créé leur MSP a été une motivation pour initier la sienne.

*MDr1 : (...) ce projet il s'est monté quand plein de maisons de santé se mettaient en place sur l'Aveyron. Et j'ai été un peu portée par les autres projets qui avaient lieu dans l'Aveyron parce que j'ai eu beaucoup d'échanges avec beaucoup de confrères à travers les différentes réunions départementales, et qui ont été souteneurs et qui nous ont aidés à élaborer le projet.*

## 2. Freins à l'obtention des NMR

Les freins à l'obtention des NMR ont été cités spontanément dans les FG de Frontignan et de Millau.

### a) Temps

Les participants des 3 FG s'accordent et insistent sur le fait que les démarches et obligations pour l'obtention des NMR prennent beaucoup de temps, que ce soit du temps professionnel ou personnel.

*MDr1 : Ça nous prend du temps de soins quand même.*

*MDr4 : Ou personnel. ET personnel.*

*MDr1 : C'est un 2eme métier à côté de notre métier, que c'est chronophage, que c'est prise de tête, (...).*

*FDr1 : Et ça demande de l'investissement personnel.*

*BDr1 : (...) Mais par contre je fais beaucoup d'autres choses finalement, je travaille d'avantages d'heures que ce que je faisais avant (rire).*

L'un des participants du FG de Frontignan signale qu'il va déménager et s'installer en Lozère, où les professionnels de soins s'attendent à ce qu'il monte une MSP.

*FDr3 : (...) Et je le ferais mais voilà j'ai pas envie de couler sous le temps perdu à droite et à gauche parce que c'est ça le problème c'est que quand tu mets le doigt dans l'engrenage c'est un temps et un investissement en temps énorme quoi. Et ça, ça va être le problème. (...)*



## b) Charge de travail

La lourdeur de la charge de travail supplémentaire est citée dans les MSP de Frontignan et de Millau.

*MDr1 : (...) on a peur d'être happés par l'administratif et remplir les dossiers.*

*MD1 : (...) Je trouve qu'effectivement y'a un aspect qui est contraignant, une certaine lourdeur, ça ajoute du travail au travail (...).*

*MDr1 : Oui est ce qu'on n'allait pas se donner plus de contraintes, et d'œil de Moscou que de plaisir.*

*MDr3 : Parce que oui moi je ne sais pas si c'est plus une utilité ou une heu.... C'est un peu le cahier des charges obligatoire pour obtenir un financement hein. (...) c'est des obligations à tenir pour avoir un financement.*

*MDr1 : (...) et d'ailleurs la première année avant de faire la demande on s'est lourdement interrogés sur la pertinence de cette demande et de rentrer dans ce projet.*

*MDr3 : Faut le dire au départ on s'est dit, est ce que ça vaut le coup de se lancer dans ...*

*FDr4 : Et du suivi, une fois par an faut quand même aller à l'ARS, pondre les données, les comparer entre MSP etc.*

*FDr4 : (...) c'est quand même fastidieux.*

## c) Complexité des démarches administratives

La complexité des démarches administratives est également mise en avant par les participants des FG de Millau et de Frontignan.

*MDr1 : (...) on a peur d'être happés par l'administratif et remplir les dossiers faire les évaluations plutôt que ; et à ce moment-là on a l'impression que l'intérêt pour les patients... (...) on a peur que ça se réduise comme peau de chagrin par rapport à la lourdeur administrative et le temps que ça nous prend.*

*FDr4 : Non mais c'est vrai que souvent entre la volonté des professionnels de s'unir en MSP et les accords administratifs, plus on leur donne de papiers plus ils en veulent c'est vrai que c'est quand même fastidieux. (...) parce qu'aller faire les allers-retours à la préfecture déposer les factures les ci les compagnies, il faut quand même être motivés.*

*FDr1 : C'est l'administratif.*

*FDr4 : Avec des formalités administratives plus simples oui mais c'est vrai que ça a été un peu le parcours du combattant...*

#### d) Faible accompagnement des institutions

Le faible accompagnement par les institutions a été un frein important pour la MSP de Millau, que ce soit pour l'obtention des NMR ou leur utilisation.

*MDr1 : (...) même au début la CPAM locale n'était pas du tout soutenance (...) on a dû justifier du fait de s'impliquer de ce projet auprès de la caisse primaire d'assurance maladie qui s'opposait carrément à cette mise en place hein ils trouvaient que c'était de l'argent gâché, jeté à des médecins qui avaient déjà beaucoup trop d'argent.*

*MDr1 : C'est une autre forme de réflexion à laquelle on n'était pas du tout habitués pour laquelle on n'a été pas du tout accompagnés, donc il a fallu inventer (...).*

On retrouve ce problème également cité dans le FG de Frontignan, lors de leur première présentation de leur projet multi sites à l'ARS.

*FDr2 : Ce qui a pas été évident au début hein. Ça leur a posé un gros problème hein je me souviens dans le bureau de JC, ils nous regardaient en mode : mais de quoi ils parlent.*

*FDr4 : D'ailleurs y'a un premier projet qui est tombé à l'eau à cause de ça.*

#### e) Inquiétude sur la pérennité des NMR

Est citée dans le FG de Millau l'inquiétude sur la pérennité des NMR, sur le changement des subventions ou des règles pour les obtenir.

*MDr1 : (...) on est toujours un peu dans l'inquiétude que ces règles changent, que le montant change, (...) on a quand même un stress supplémentaire autour de ça.*

*MDr1 : (...) ce qui est une grosse angoisse c'est la pérennité du système. D'ailleurs quand on a embauché notre coordinatrice pour ce poste, on a quand même insisté sur le fait qu'on ne connaissait pas la pérennité du financement et que donc on ne pouvait pas lui garantir une pérennité de son emploi.*

#### f) Peur de perdre le contrôle de leur MSP

L'instigatrice principale de la MSP de Millau fait part de ses craintes sur le fait que les obligations des NMR puissent leur faire perdre le contrôle ou l'autonomie de leur MSP.

- Via la coordination :

*MDr1 : Au départ quand on a commencé à demander les FIR (Fond d'Intervention Régional), on n'avait pas de coordinatrice (...) on avait très peur de l'introduire quand même dans la MSP. De déléguer des tâches.*

- Via les obligations découlant de la perception des NMR :

*MDr1 : (...) je suis un peu méfiante (...) de la contrepartie qu'on peut nous demander, des contraintes que l'on peut avoir.*

*MDr1 : (...) avait aucune visibilité sur ce qui allait se passer avec cet argent, comment on l'avait touché et quelles allaient être les dépenses obligatoires, donc on avait énormément de stress et on n'est toujours pas tout à fait vidé de ce stress parce que ça reste une inquiétude (...).*

#### g) Des problèmes nouveaux de gestion financière

Deux problèmes par rapport à la perception de cette somme d'argent sont cités dans le FG de Millau : le premier dû au fait qu'aucune consigne n'était donnée sur l'utilisation de ces NMR et le second au niveau de la crainte de futures directives trop contraignantes sur cette même utilisation.

*MDr1 : (...) avait aucune visibilité sur ce qui allait se passer avec cet argent, comment on l'avait touché et quelles allaient être les dépenses obligatoires, donc on avait énormément de stress et on n'est toujours pas tout à fait vidé de ce stress parce que ça reste une inquiétude (...).*

Le second est que cet apport d'argent à partager au sein de la MSP pour son fonctionnement peut engendrer des problèmes entre les différents membres de la MSP.

*MDr4 : Et l'autre truc qu'on dit pas mais quand même qui est revenu plusieurs fois sur le tapis. C'est que ça amène de l'agent au sein de relations humaines de la maison de santé avec toujours la crainte de mettre le ver dans la pomme quoi. De créer un sentiment pas d'injustice mais... (...) faut faire toujours très attention à ce qu'on fait de cet argent et pas créer de discorde ;*

## V. DISCUSSION

### A. Analyse de la méthode et biais

#### 1. Forces de l'étude

##### a) Un sujet original et d'actualité

Les seules études portant jusqu'à présent sur les NMR sont les études de l'IRDES (1,2,16), qui ont déterminé l'intérêt de la poursuite de ces nouveaux modes de rémunérations, que ce soit au niveau de l'efficacité médicale ou en économie de la santé.

Etudier le point de vue des médecins généralistes sur les NMR est une première. S'agissant des principaux concernés, cet angle nous semble primordial. Ils sont en effet les premiers acteurs dans leur mise en place et garants de la bonne évolution de ce système.

Le rôle des NMR est d'être un complément de la médecine à l'acte afin de favoriser le fonctionnement pluriprofessionnel. Il était donc intéressant de faire le point dans ces MSP les percevant depuis plusieurs années, afin de savoir si ces derniers avaient été une motivation à se regrouper.

Il s'agit d'un sujet d'actualité, avec une augmentation croissante des MSP en France, dont beaucoup s'intéressent aux NMR.

En cherchant à faire émerger l'importance des NMR dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une MSP, cette étude a recueilli les aspects positifs comme négatifs de leur entrée dans les NMR de praticiens de trois MSP différentes, permettant d'avoir une bonne représentation des avantages et des inconvénients de ces derniers. Cette étude va pouvoir aider d'autres MSP s'intéressant à ce mode de fonctionnement.

## b) La méthode qualitative

La méthode qualitative était un point fort de cette étude pour répondre à notre objectif principal. Cette méthode a permis d'explorer l'expérience des médecins généralistes lors de leur entrée dans les NMR et d'identifier les ressentis des différents médecins, que ce soit dans l'utilité ou dans les freins qu'ils ont trouvés à ces NMR.

## c) Le focus group

Le choix de la méthode par focus group a permis de faire émerger les différents points de vue et ressentis des participants sur notre sujet, grâce à l'émulation de groupe. Elle permet aussi de mieux comprendre la manière dont les participants ont vécu ce passage au NMR, séparément ou en groupe, et quelles en ont été les motivations. L'ensemble du contenu des focus groups a constitué une riche base de données qualitatives.

## d) L'échantillon

L'âge moyen de nos participants est de 54 ans, ce qui est en accord avec l'âge moyen des médecins en activité régulière en 2018, de 51 ans selon l'ordre des médecins (17). Notre échantillon est donc représentatif de la population actuelle des médecins.

## 2. Faiblesses de l'étude

### a) L'échantillon

Le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes, avec un nombre minimum de 4 personnes indispensable pour assurer une dynamique de groupe. Pour chaque focus group nous avons réussi à avoir uniquement 4 participants, nombre minimum. Des groupes plus importants auraient été préférables afin d'augmenter la validité scientifique de notre étude.

Nous retrouvons également un biais méthodologique : en effet, la participation étant sur la base du volontariat, notre échantillon représente surtout les praticiens motivés et impliqués dans leur MSP.

#### b) Le focus group

Les limites des focus groups résultent des aspects « bloquants » de la discussion de groupe : timidité ou réticence à exprimer des idées personnelles en public. Le sujet du FG n'avait en effet pas été donné initialement, à part au modérateur car la connaissance préalable du thème de la thèse aurait pu influencer les médecins. L'énonciation progressive de ce thème des NMR a pu gêner certains participants, étant réticents à parler de rémunération dans la pratique de la médecine générale.

Nous avons décidé que le modérateur de chaque FG serait le/la coordinateur/trice de chaque MSP. J'ai dû prendre moi-même ce rôle dans le FG de Frontignan, la modératrice ayant eu un empêchement, constituant ainsi un biais dans la réalisation du FG par rapport aux deux précédents.

#### c) Mode de recueil et traitement des informations

Ce travail de thèse a été effectué par une seule personne, novice en matière de recherche qualitative. Être deux dans le cadre du recueil de l'information, la collecte et surtout le traitement de l'information aurait été préférable pour augmenter la validité externe de cette étude.

#### d) Le lieu du FG de Millau

D'après les recommandations du CNGE de Nice (15), les séances doivent avoir lieu dans un endroit neutre, agréable et convivial, dans une atmosphère détendue et peu bruyant, autour d'une table pour stimuler la discussion car les individus doivent se voir les uns les autres et placés sur un pied d'égalité. Le FG de Millau a été réalisé debout dans la salle de pause de la MSP, de

manière un peu informelle. On retrouve d'ailleurs une durée bien inférieure aux autres de 31 minutes.

### 3. Critique de la méthode

Comme énoncé précédemment nous nous sommes retrouvés face à de nombreuses limites des FG. Le principal facteur limitant de notre étude a été l'impossibilité de réunir plus de quatre participants par FG. En effet nous nous sommes retrouvés face à une réelle difficulté pour réunir le nombre suffisant de participants, difficulté à laquelle nous ne nous étions pas attendus, le nombre de MG installés dans les MSP de Béziers et Frontignan étant respectivement de 10 et 17. Les MG sont des personnes très actives avec peu de disponibilités, finissant souvent tard les consultations. Il a donc été très compliqué de premièrement trouver un horaire commun (le soir après 19h30 était souvent le seul horaire disponible) et secondairement d'avoir des participants qui acceptent de nous accorder du temps à l'heure à laquelle ils retrouvent habituellement leur famille. C'est également la raison pour laquelle les FG ont été de courte durée : nous avons parfois commencé après l'heure prévue en raison de retard dans les consultations de certains et finir rapidement, d'autres ayant des obligations personnelles ou professionnelles dans la soirée.

Devant les difficultés de réalisation que nous avons rencontrées, nous nous sommes à posteriori demandés si un recueil par entretiens individuels n'aurait pas été préférable pour rechercher l'avis de personnes aussi actives que des MG. Cependant les focus groups constituent une méthode indispensable pour l'étude d'un thème peu connu ou sur lequel les écrits antérieurs ne sont pas nombreux (18), ce qui s'applique parfaitement à notre sujet. Aurions-nous dû favoriser la facilité d'organisation (par entretien individuel) au détriment de la méthodologie par FG ?

Certes, le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes. Moins de 6 est considéré comme intimidant et limité. Mais seulement un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe, selon les recommandations du CNGE de Nice (15). En pratique de petits groupes peuvent bien fonctionner aussi. Il convient de remarquer que la décision quant à l'effectif nécessaire dans chaque groupe dépendra aussi de la manière dont les personnes de la communauté ont l'habitude de se réunir pour discuter (18).

Ici nos FG ne rassemblent que des personnes habituées à travailler ensemble, en interaction depuis de nombreuses années. On a pu constater que les facteurs tels que la timidité ou l'intimidation n'ont pas été présents, et que ce nombre a été suffisant pour créer la dynamique de groupe attendue dans les FG.

## B. Discussion des principaux résultats

L'objectif principal de notre étude est de faire émerger l'importance des NMR dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une MSP.

### 1. Les NMR, une motivation pour certains

Cinq participants sur les douze reconnaissent les NMR comme ayant été la motivation principale pour créer leur MSP : Les quatre participants du FG de Frontignan ainsi qu'un des participants du FG de Béziers, qui était un des instigateurs de sa MSP. Ces cinq médecins généralistes ont créé leur MSP sachant qu'ils pourraient obtenir ces rémunérations.

Pour les trois autres participants du FG de Béziers et les quatre du FG de Millau, les NMR n'ont jamais été une motivation. La plupart ne connaissant pas leur existence lors de la création ou l'intégration dans la MSP. Leurs motivations à la création ou l'intégration à leur structure étaient essentiellement le regroupement en groupe de médecins et la pluridisciplinarité.

L'importance des NMR dans la motivation des membres du FG de Frontignan à créer leur MSP est exprimée dans deux grandes thématiques : une aide financière et une aide au fonctionnement de la MSP.

L'aide financière évidemment, pour la coordination administrative d'une part, en rémunérant la coordinatrice, et la coordination médicale d'autre part, avec la mise en place de réunions de coordination rémunérées pour chaque participant. Elle a également permis l'acquisition pour tous du logiciel d'information partagé, de tablettes 4G, et les a aidés à agrandir leurs locaux, pour obtenir une salle de réunion.



L'aide au fonctionnement est mise en avant : ils sont reconnus comme une incitation majeure au travail en pluridisciplinarité, surtout dans le travail avec les infirmières, mais aussi avec les pharmaciens, et en moindre mesure avec les kinésithérapeutes. Il s'agit pour eux d'un véritable facilitateur de communication entre professionnels de santé de la MSP grâce au logiciel d'information partagé. Cela entraîne une prise en charge plus globale du patient au sein de la MSP, où « tout le monde sait de quoi on parle » (FDr2). On a ainsi une sécurisation du parcours de soins primaire, avec un patient fléché et cadré tout au long de sa prise en charge. Les notions de transversalité et traçabilité sont citées et appuyées conjointement par les quatre participants du FG, pour décrire cet avantage énorme qu'est le logiciel d'information partagé généralisé, acquis grâce aux NMR.

Dans le FG de Béziers, un seul participant était motivé par les NMR en créant leur MSP. Il met en avant l'aide pour rémunérer le coordinateur, les réunions pluriprofessionnelles (où tous les participants sont rémunérés également), ainsi que pour financer leur salle de réunion et équiper tous les professionnels d'un nouveau parc informatique ainsi que du logiciel d'information partagé.

Notre étude montre ici que la connaissance préalable des NMR et de leur application est une motivation à créer une MSP.

Ces cinq MG, ayant créé leur MSP par motivation des NMR, ont énoncé tous les leviers du passage du mono vers le pluriprofessionnel que sont sensés induire les NMR, comme cités dans le rapport de l'IRDES sur l'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en France de 2014 (16).

Encore une fois il est intéressant de voir qu'une fois tous les avantages induits par les NMR cités (par le participant qui a créé la MSP), les trois autres membres du FG acquiescent sur leur utilité, n'en ayant pas connaissance avant ce moment-là, ou pensant initialement que NMR se rapportaient à gain d'argent pour les praticiens. Leur regard semble différent après avoir compris qu'il ne s'agit en fait pas d'une rémunération du praticien, mais de la SISA, visant ainsi à améliorer l'organisation des soins, développer la collaboration entre professionnels et favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients.

Ceci montre que le manque de connaissances des NMR de certains praticiens est un frein majeur à leur attractivité.

Pour les quatre participants du FG de Millau, les NMR n'ont jamais été une motivation à créer ou intégrer leur MSP, pour la simple raison qu'ils ne connaissaient pas leur existence ou ne pensaient pas pouvoir en bénéficier lors de la création de leur MSP.

Ces deux points rejoignent le travail de thèse de A. Moutoussamy (19), qui constate des lacunes sur les bases fondamentales du fonctionnement d'une MSP chez les jeunes médecins généralistes et conclut que ce manque de connaissance (de la définition de ces structures et leur mode de fonctionnement, la possibilité de délégation des tâches, le mode de financement et les nouveaux modes de rémunérations) est un frein majeur à l'attractivité des MSP.

S'ils n'étaient pas une motivation initialement, les NMR sont quand même reconnus comme une aide financière par les participants du FG de Millau, notamment pour les fonctions de coordination (coordinatrice). Est également mise en avant l'incitation au fonctionnement pluri professionnel, permettant de mener des projets transversaux entre professionnels de santé dans la MSP, en soulignant l'aide non négligeable de leur coordinatrice dans son exercice de coordination. On retrouve également une incitation à une pratique plus axée santé publique, avec des objectifs plus généraux que le simple patient.

Cela s'inscrit parfaitement dans la continuité des conclusions de l'étude qualitative sur l'ENMR réalisée par l'IRDES en 2014, qui met en avant le fait que l'entrée dans l'ENMR favorise le développement en quantité et en variété des actions pluriprofessionnelles (20).

## 2. Des contraintes pour d'autres

Notre étude, comme le point d'étape de juin 2018 de l'IRDES (10), montre que les équipes vivent les contraintes différemment selon leur histoire/trajectoire.

Dans le FG de Millau, les NMR ont été un facteur limitant, presque rédhibitoire. On ressent en effet une défiance vis-à-vis de leur pérennité et vis-à-vis des institutions.

Une défiance vis-à-vis de la pérennité des NMR, avec la peur d'un changement des règles sur leur utilisation ou sur les obligations pour les percevoir. Mais aussi la peur d'une diminution de l'enveloppe allouée, nécessitant par exemple d'arrêter le contrat passé avec la coordinatrice, perturbant ainsi le fonctionnement établi.

Une défiance vis-à-vis des institutions : la crainte que ces NMR ou la coordinatrice dédiée soit une entrée des institutions dans le mode de fonctionnement, jusqu'à présent très indépendant des médecins généralistes.

Un vécu difficile de cette labellisation NMR est clairement exprimé dans le FG de Millau, avec un manque de soutien et d'accompagnement dans leurs démarches, les obligeant à improviser, à inventer tout au long de la labellisation puis de la perception des NMR.

Ces positions se retrouvent chez les MSP qui ont choisi de ne pas demander les NMR, interrogées pendant le programme d'évaluation de l'IRDES, exposée dans le point d'étape en juin 2018 à la Commission Paritaire Nationale des Structures Pluriprofessionnelles (10). Elle est appelée « position de principe », et regroupe les professionnels ne souhaitant pas contractualiser afin de « garder leur liberté » (par idéologie ou contraintes administratives), ou parce qu'ils ne se sentent pas aidés sur leurs difficultés prioritaires.

Les participants du FG de Frontignan évoquent également à plusieurs reprises la complexité des démarches administratives, qui représentent un facteur limitant dans la création de ces MSP. Cet aspect est retrouvé dans de nombreuses thèses portant sur les MSP.

En effet, la thèse de A. Moutoussamy (19) a montré que le frein majeur à l'intégration d'une MSP évoqué était la peur de la gestion administrative très lourde et chronophage de ces

structures de soins. De même dans la thèse de I. Kasmi (21), où il ressort que les subventions représentent un avantage financier mais sont perçues comme un inconvénient organisationnel sur le plan administratif par certains généralistes de son étude.

On retrouve une corrélation entre le vécu difficile de la labellisation NMR et la réponse à la question « Si vous devriez le refaire ? » posée à la fin du guide d'entretien : les participants ne souhaitant pas le refaire sont ceux qui ont été très impliqués dans la certification NMR de leur MSP, qui s'est révélée trop fastidieuse et chronophage.

Parmi les trois FG, seul l'instigateur de la MSP de Béziers dit qu'il le referait sans hésiter : il aidait déjà à la création de MSP en France et à leur labellisation NMR avant de se lancer dans la sienne, expliquant qu'il n'ait pas vécu difficilement les démarches administratives.

### 3. Les motivations à intégrer une MSP

Principalement, les médecins généralistes évoquent tous la recherche d'un exercice en groupe de médecins et le travail en pluridisciplinarité, dans le but d'avoir une meilleure prise en charge du patient. Un très grand nombre d'études ont été réalisées antérieurement sur les motivations des MG à intégrer une MSP (19,21-23), toutes retrouvent ces mêmes éléments.

Avoir un fonctionnement qui se rapproche de l'hôpital, l'aide financière et le fait que ces MSP représentent pour eux une évolution naturelle de la médecine ont également fait partis des motivations importantes pour nos participants. L'assurance d'une continuité des soins lors des congés et des départs à la retraite est également citée. On retrouve des attentes similaires dans le rapport 557 de l'IRDES de septembre 2014, dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé (20), dans le chapitre sur les différents types de motivation à l'origine du regroupement en MSP.

Nos résultats sur les motivations des médecins généralistes confirment et s'inscrivent dans la continuité des études déjà réalisées sur ce point.

## C. Perspectives

### 1. Agir sur l'information

Notre étude montre un manque clair de connaissances de certains praticiens sur les NMR, de leur application à leur mode de fonctionnement : trois participants sur les quatre du FG de Béziers ne les connaissaient pratiquement pas au début du FG. Mais une fois que le quatrième participant leur a énoncé les avantages et buts des NMR, ces derniers se rendent compte de leur utilité. Dans le FG de Millau, les NMR n'ont jamais été une motivation à créer leur MSP car ils ne les connaissaient pas ou ne pensaient pas pouvoir y prétendre à ce moment-là.

Ceci nous montre que le manque de connaissance des NMR les rend moins attractifs. Une information claire sur les NMR en amont en aurait fait une motivation supplémentaire à la création ou intégration de leur MSP.

Une meilleure information des MG les rendrait donc plus attractifs. C. DELEMARLE (22) arrive au même constat chez les jeunes MG dans sa thèse réalisée en 2018 « les MSP : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes ». Nous rejoignons donc ses conclusions et celles de nombreuses thèses récentes portant sur les MSP (19,21,22,24) : une formation sur les MSP et les NMR pendant l'internat des jeunes MG, insistant sur la nécessité d'une coordination des soins et d'une coopération inter professionnelle dans la pratique future de notre médecine générale semble essentielle.

Ce travail d'information doit aussi être réalisé chez les MG déjà installés, au début et tout au long de la vie de la MSP, afin de renforcer leur intégration et leur implication dans son fonctionnement.

## 2. Aider à la mise en place

Nos participants ayant été très impliqués dans la labellisation NMR de leur MSP en gardent pour la majorité un très mauvais souvenir, exprimant ne pas vouloir le refaire, dû à la complexité administrative et à la charge de travail qui en a résulté.

Dans son étude des dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé de 2014 (20), l'IRDES affirme que l'investissement peut parfois mener jusqu'à un réel burn-out. Parmi les trois freins que leur étude signale, nous en retrouvons deux : le montage de la SISA difficile, jugé complexe et chronophage, et l'absence de formation et d'accompagnement systématique et efficace pour préparer les professionnels au travail pluriprofessionnel.

Il est donc essentiel d'accompagner les nouvelles structures de soins primaires et leurs promoteurs dans ce processus de montée en charge programmée.

La mise en place, de « facilitateurs », qu'ils soient médecins ou intervenants extérieurs, formés préalablement afin d'accompagner des projets de pôles ou de MSP, et rémunérés pour ces missions doit être encouragée, afin d'éviter un surinvestissement des praticiens moteurs de ces structures, entraînant une perte temps de travail et parfois un désinvestissement dans ces projets (20). Le développement de cette fonction doit se poursuivre afin que chaque équipe de professionnels ayant un projet de regroupement en zone sous-médicalisée puisse en bénéficier.

## VI. CONCLUSION

On assiste depuis plusieurs années à une modulation du système de soins français avec une nouvelle offre de soins cherchant à s'adapter aux besoins du territoire et aux problèmes démographiques actuels. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont présentées comme une des solutions majeures à la désertification médicale, et les NMR, maintenant ACI, ont pour vocation de soutenir ces MSP dans leurs projets, en valorisant la coordination interprofessionnelle.

Notre étude montre que les NMR n'ont pas une importance majeure dans la motivation des médecins interrogés. Cependant ils ont représenté un réel moteur à la création de leur MSP pour ceux qui les connaissaient initialement.

S'ils ne sont pas une motivation initialement, notre étude confirme que l'objectif des NMR (la valorisation de la coordination pluriprofessionnelle), est atteint dans les trois MSP. Nous démontrons ici que cette forme nouvelle d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplée à ces nouveaux modes de rémunérations constitue un levier puissant pour engager une transformation de l'organisation et des pratiques des médecins généralistes en lien avec celles des professionnels paramédicaux, pour une prise en charge plus globale et maîtrisée des patients.

Il persiste deux axes faisant défaut à la mise en place des NMR : le manque de connaissances des médecins généralistes de ces derniers, et la complexité des démarches pour les obtenir. Une meilleure information des médecins, à commencer dès l'internat aiderait leur développement. Un accompagnement des promoteurs dans toutes les étapes de leur parcours est également à promouvoir.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Julien Mousquès, Yann Bourgueil. 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 [Internet]. IRDES; 2014 déc. Report No.: 559. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
2. Julien Mousquès, Fabien Daniel. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé n211 [Internet]. juill 2015; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
3. Loi de financement de la sécurité sociale. n° 2007-1786 déc 19, 2007.
4. Ministère des affaires sociales et de la santé. Les maisons de santé. 20 juill 2018; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
5. Ministère chargé de la santé. Les chiffres clés de l'offre de soins [Internet]. 2018 févr p. 12. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_cc\\_2018\\_02\\_16\\_a\\_web\\_pages\\_hd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf)
6. Maisons de santé, Code de la santé publique [Internet]. Code de la santé publique, Article L6323-3 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
7. Loi Fourcade portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. LOI n° 2011-940 août 10, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>
8. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité [Internet]. févr 23, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&dateTexte=20180110>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. août 5, 2017 p. 56. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000035374159&oldAction=rechExpTexteJorf](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000035374159&oldAction=rechExpTexteJorf)



10. Assurance Maladie. Commission Paritaire Nationale des Structures PluriProfessionnelles [Internet]. 2018 juin p. 11. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/diaporama-cpn-du-13-06-2018.pdf>
11. Cousin S. MSP : l'enveloppe NMR permet enfin une reconnaissance du travail en équipe. interview de Dr Pascal Gendry président de la FFMPS. Remede.org [Internet]. 9 mars 2018; Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/msp-l-enveloppe-nmr-permet-enfin-une-reconnaissance-du-travail-en-equipe.html>
12. L'ARS Occitanie apporte son soutien à 13 nouveaux projets de maisons de santé et à 4 centres de santé. ARS Occitanie [Internet]. 5 avr 2019; Disponible sur: [https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-04/2019\\_04\\_05\\_CP\\_Nouvelles%20Maisons%20de%20sant%C3%A9.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-04/2019_04_05_CP_Nouvelles%20Maisons%20de%20sant%C3%A9.pdf)
13. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L. et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer la revue française de médecine générale. 84):142–5 2008;
14. Moreau A., Dedianne M.C., Letrillat L. et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien en médecine générale. mars 2004;
15. Dr Pia Touboul Département de Santé Publique. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. CHU de Nice. Disponible sur: [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
16. Mousques J. L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France [Internet]. Paris: IRDES; 2014 déc. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mousques-l-evaluation-des-experimentations-des-nouveaux-modes-de-remuneration-en-france.pdf>
17. Ordre National des Médecins. Chiffres clés Médecins inscrits 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/wbco0l/cnom\\_chiffres\\_cles\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/wbco0l/cnom_chiffres_cles_atlas_2018_0.pdf)
18. Susan Dawson, Lemore Manderson, Veronica L. Tallo. Le Manuel des Groupes Focaux, x, Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales N°1. PNUD/Banque Mondiale/OMS. 1993.
19. Moutoussamy A. Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b1b7cff2-75af-4630-9b8e-d15a5018ffbe>
20. Cécile Fournier, Marie-Odile Frattini, Michel Naiditch. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé [Internet]. IRDES; 2014 sept. Report No.: 557. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

21. Kasmi I. Impact des MSP dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901674/document>
22. Delemarle C. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4ae6a5e5-1301-4992-b26b-a1f23e902bf7>
23. Bouab F. L'intérêt d'un coordinateur dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse: [Internet]. NANCY; 2016. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/these\\_Farid%20Bouab\\_coordinateurs\\_MSP\\_reduit.pdf#page=1&zoom=auto,-178,842](http://www.apima.org/img_bronner/these_Farid%20Bouab_coordinateurs_MSP_reduit.pdf#page=1&zoom=auto,-178,842)
24. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en lorraine ? [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932441/document>

## VIII. ANNEXES

### A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté de participer à ce projet.

Je vais donc être l'animateur de la thèse de Perrine, portant sur les facteurs motivant les professionnels de soins à créer ou s'intégrer dans une MSP, et notamment sur un en particulier. Nous allons réaliser ce soir un focus group. Cela consiste à réunir des participants afin de débattre librement d'un sujet défini et de faire émerger les points de vue différents. Avec votre accord on va enregistrer la conversation.

Vos propos seront entièrement anonymisés.

Pour faciliter la retranscription, quelques règles simples sont à respecter.

Merci de commencer votre intervention en donnant votre prénom et de ne pas couper la parole ou parler à plusieurs en même temps afin qu'aucune phrase ne soit incompréhensible à l'écoute. En tant qu'animateur, je suis garant du cadre ; je m'occupe du respect du temps de parole et des idées de chacun et non-jugement. Si on s'écarte du sujet de la rencontre, je me permettrai de vous couper et de recentrer le débat

#### Question 1 – Connaissez-vous les aides apportés au MSP ?

Si ne parlent que des sources pour le financement (ARS et le fond d'investissement régional, Conseil Régional, Conseil général, conseil départemental ect...), demander s'ils connaissent des sources pour la pérennisation.

S'ils parlent des ROSP, préciser qu'il s'agit d'une rémunération individuelle, demander s'ils connaissent une rémunération collective a la MSP

Si NMR sont abordés, passer à question 2, sinon en parler avec une courte explication : « nous voulions porter votre attention en particulier sur les NMR : La rémunération versée aux structures pluriprofessionnelles type MSP, lorsqu'elles répondent à certains critères fixés par l'ARS.

#### Question 2 – Que représentent ces NMR pour vous ?

Pour ceux qui ne savent pas du tout ce que sont les MRN, résumer : il s'agit d'un forfait, complémentaire du paiement à l'acte, qui peut être accordé à votre maison de santé si vous respectez un certain nombre d'engagements et d'objectifs :

L'accès aux soins : votre MSP doit être ouverte entre 8h et 20h en semaine et le samedi matin (sauf dispositif dérogatoire de permanence de soins), Avec la possibilité de soins non programmés les jours ouvrés.

Assurer une fonction de coordination et d'accueil des patients en travail en équipe pluriprofessionnelle : concertation autour des cas complexes et mettre en place des protocoles.

L'utilisation d'un système d'informations partagé

Question 3 – Quelle utilité trouvez-vous à ces NMR ?

Question 4 – Quelles ont été vos motivations pour intégrer cette MSP ?

Question 5 – Dans quelle mesure ces NMR ont été une motivation à l'intégration en MSP ?

Si vous devriez le refaire ?

B. Annexe 2 : Questionnaire quantitatif

*Age :*

*Sexe :*

*Année d'obtention de la thèse :*

*Installé depuis quelle année :*

*Installé dans votre MSP depuis quelle année :*

*Avant de venir dans cette maison de santé, étiez-vous installé seul ou en cabinet de groupe ?*

### C. Annexe 3 : Verbatim Focus Group Béziers

*Modérateur (M) : Là, ce soir on fait un focus group, y'en a certains d'entre vous qui en ont déjà fait hein : focus group c'est un échange pour faire ressortir des idées et qui va servir à la thèse de Perrine, elle a fait une thèse sur les facteurs favorisant et motivant les professionnels de santé à créer ou intégrer une MSP. Voilà.*

*Donc elle est venue nous voir et va voir sur d'autres MSP pour faire d'autres focus groups. On enregistre la conversation, évidemment, toutes les données après sont anonymisées donc heu voilà. Et puis ce qui est important quand vous parlez c'est de bien donner son nom, parce que qd elle va réécouter la bande il faut qu'elle puisse savoir qui a dit quoi. Donc on ne parle pas tous ensemble, on demande la parole et qd on commence à parler, on dit son nom avant pour que ce soit intelligible sur la bande. Et puis moi je suis juste le modérateur, donc je suis là pour vous orienter lors du débat mais je ne suis pas là pour vous orienter, donc je reste neutre dans la discussion.*

*Déjà en 1er on voulait savoir si vous connaissiez les aides qui étaient apportées aux msp ?*

*BDr2 : Alors je ne pense pas qu'il faut que ce soit Dr4 qui en parle parce que Dr4 connaît tout. Heu nous les aides qu'on nous a présentées qui sont en fait une aide financière, la seule chose c'est que comme tout il y a une contrepartie qui est de remplir certains objectifs, cette aide le montant je ne le connais pas, mais faut reconnaître qu'il est conséquent et il est aussi fonction de ce que nous avons comme patientèle médecin traitant.*

*BDr1 : Moi je sais que l'ARS nous donne certaines aides, notamment pour l'informatisation. Après nous pour Béziers je crois que c'était tout mais j'ai entendu dire qu'en France y'a des mairies qui donnent les bâtiments clef en main et qui mm salarient les médecins. Heu.*

*M : Qd tu parles de l'ARS qui donne des sous pour l'informatisation tu parles de la création de la Maison de santé ? Tu parles de quoi ?*

*BDr1 : D'après ce que j'ai compris c'était pour la création pour faire le réseau informatique et matériel médical, peut être que je me suis trompé, comme je ne suis pas dans la comptabilité, dans ce côté-là, je ne sais pas trop.*

*M : On continue le tour de table on finira par BDr4.*

*BDr3 : Oui bah je n'ajouterai rien de plus par rapport à ce qu'ont dit mes confrères. De mémoire, je pense que les aides il y a celles qu'on nous a données pour faire la création, en particulier pour l'informatisation, et après je sais qu'il y a des aides qui sont pérennes qui retombent chaque année et qui sont chaque année un peu discutée, et qui dépendent aussi de l'activité qu'on a et en particulier de la patientèle. J'ai compris que c'est quelque chose qui allait être revu, plutôt à la baisse qu'à la hausse, ce qui peut nous permettre de chercher d'autres solutions.*

*BDr1 : Je pense qu'il y a aussi des aides qui sont données pour certaines actions de groupes, notamment l'éducation thérapeutique qui nous permet d'être rémunérés modestement mais enfin*

*néanmoins rémunérés qui nous permet d'avoir des travaux d'éducation thérapeutique avec des groupes de patients où eux n'ont rien à régler ce qui est quand même très intéressant.*

*BDr3 : Je reviens sur une chose au sujet des aides que nous alloue la caisse primaire, parce que j'ai cru comprendre que l'année 2018 on a reçu qlq chose pour notre activité. Il me semble que pour le rosp il y a une partie qui est plus faite pour nous au niveau de la msp par rapport à notre activité.*

*M : alors le ROOSP c'est vrmt la rémunération individuelle, on n'est pas sur la rémunération de la maison de santé, des fonds de la MSP. Mais c'est effectivement d'un travail coordonné ça apporte qlq chose au niveau des rosp, ça c'est autre chose.*

*Quand vous parliez de contrepartie, de subventions qu'on pouvait avoir avec des contreparties, qui pouvaient être pérennes, vous savez comment ça s'appelle ?*

*BDr2 : Alors oui, c'est par exemple quand on faisait des études de dossier, les études de cas ou en fait on se réunissait en groupe pluridisciplinaire et chacun apportait son avis sur tel ou tel dossier ce qui était plutôt intéressant dans la mesure où on n'a pas que l'avis médical, on a l'avis médical mais aussi paramédical.*

*M : Mais sur le côté financier, comment ça s'appelle ces aides ?*

*BDr4 : Bon je vais répondre ?*

*BDr2 : Vas-y vas -y comme ça on passe à la question d'après.*

*BDr4 : J'aimerais que l'on précise, à la première question tu as parlé de quelles sont les aides, aides globales ou aides financières ?*

*M : Oui les aides, c'est large.*

*BDr4 : Oui voilà parce qu'il peut y avoir l'aide financière ou autres types d'aides, donc si on parle d'aides financières, ça se sépare en 2 zones : c'est l'aide à la création, c'est en une fois un one shot avec une somme bien définie qui peut varier d'une région à une autre. Ici c'était 50000e, en région, dont une partie vient du FIR donc de l'ars mais aussi de la région, c'est le cas dans bcp de régions. Et puis après il y a aussi le fonctionnement qui est lié effectivement à la patientèle bon voilà, ça ça vient d'une convention d'objectifs et de moyens, pluri annuelle qui est signée entre la msp avec la caisse primaire d'AM et l'ARS et qui est versée par la caisse nationale d'assurance maladie, c'est l'ACI l'accord conventionnel interprofessionnel et donc qui va permettre effectivement de rémunérer les revues de dossiers, qui va permettre de rémunérer le coordinateur, enfin voilà, toutes les actions qu'on peut faire qui ne sont pas de l'action de soi. Qui sont autres que les actions de soi. Et puis après il y a toujours la mm chose c'est le fond d'investissement régional le FIR qui peut là aussi amener des aides à travers l'éducation thérapeutique là c'est le fond de FIR, là c'est l'ARS.*

*Donc en fait y'a on va dire un one shot institutionnel qui peut venir de plusieurs personnes morales dont l'ARS, la région, la commune ou la communauté de communes par exemple et puis après y'a l'ACI qui lui amène des fonds, abonde chaque année en fonction d'un certain nombre d'objectifs et en fonction effectivement de la patientèle couverte par chaque médecin généraliste, ce qui est très*

*limitant au bout du compte, donc, du fond de fonctionnement, plus le fond de fonctionnement régional qui est piloté par l'ARS qui lui peut amener des subsides supplémentaires dans une certaine dimension.*

*Après il y a toutes les aides qui ne sont pas des aides financières, qui sont des aides techniques ou à l'installation des jeunes médecins, tout ça dépend de la zone où se situe la MSP, est ce qu'elle est dans une zone fragile, dans un quartier prioritaire de la ville, ce qui est notre cas, tout c'est très variable en fonction de la situation et de la structure de la MSP.*

*M : Sur l'ACI, on va parler de NMR, nouveau mode de rémunération.*

*BDr2 : Oui c'est ça oui.*

*M : Hein ça a changé de nom un peu entre temps mais on appelle toujours ça un peu les NMR. Vous aviez parlé un peu de contrepartie, de compensation pour toucher ces sous, est ce que vous savez quelles sont les obligations ?*

*BDr2 : Alors là si je me rappelle bien, on avait les obligations de revue de dossier, les obligations d'ouverture à certaines heures, de présence le samedi, je crois mais je ne sais pas s'il y a la participation mais ça semblerait logique, à la permanence des soins. heu, ...*

*M : Du moins, l'accueil de soins non programmé.*

*BDr2 : L'accueil de soins non programmé heu après je ne vois pas quoi d'autre pour le moment comme ça.*

*BDr3 : Au niveau de l'hôpital, heu, peut être des conventions qu'on a faites déjà pour nous pour avoir des facilités pour la programmation des examens radio par exemple et en contrepartie je ne sais pas si c'était lié, on a demandé aussi d'accueillir certaines personnes pour soulager les urgences.*

*BDr2 : Ça c'est des accords locaux mais ce n'est pas des accords liés à toutes les MSP, c'est un accord purement local.*

*M : Dans les autres contraintes vous avez cité donc les horaires, l'accueil des patients.*

*BDr2 : Et puis y'a le coté informatique donc comme y'a une obligation de FSE, y a un pourcentage, je ne sais pas si les autres documents qui doivent être télétransmis sont pas obligatoires.*

*M : Ça c'est plutôt pour le resp.*

*BDr2 : Mais les FSE je crois que c'est pour les accords... Non ?*

*M : Non c'est juste l'informatique.*



*BDr4 : Oui en fait globalement vous avez presque tout dit, y'a les parties qui sont obligatoires, c'est le socle obligatoire : y'a l'informatique, les larges horaires d'ouvertures, et les consultations non programmées et j'en oublie toujours un...*

*M : On n'a pas de fermeture, de jour de fermeture.*

*BDr4 : Oui oui, les consultations non programmées les larges horaires et l'informatique qui doit être donc heu validé par l'AZIP, donc on doit avoir un logiciel qui est valide pour un certain nombre de critères qui seront validés par l'agence nationale pour pouvoir avoir un logiciel de MSP, en fait on ne peut pas prendre n'importe lequel hein. Et puis après t'as tout un tas de critères optionnels, bah qui sont le fonctionnement pluridisciplinarité, l'accueil des étudiants, enfin bon je ne vais pas tous les lister mais...*

*M : Alors dans les obligatoires en a le travail coordonné.*

*BDr4 : Oui voilà le fait qu'il y a un coordinateur est obligatoire. C'est le socle de base quoi : l'informatique commun, le coordinateur, les larges horaires d'ouvertures, et les consultations non programmées, on prend des gens en dehors des rendez-vous quoi, si y'a urgences. Ça c'est le socle de base et après autour c'est des modules optionnels qui vont tourner autour de ceux-là d'ailleurs hein.*

*M : Et quelle utilité trouvez-vous dans ces nouveaux modes de rémunérations ? Qui sont allouées à notre msp ?*

*BDr2 : Bah l'utilité c'est que y'a bcp de choses qu'on n'aurait pas pu faire, alors première chose qu'on n'aurait pas imaginé, par exemple les revues de dossier, après par rapport à un cabinet de groupe heu... c'est des choses en plus mais moi ça n'a pas énormément changé le cours de ma vie si ce n'est que du coup maintenant c'est quand même très confort de travailler en multidisciplinarité, ça vraiment c'est bien. ... Pour moi hein.*

*BDr1 : Je ne sais pas trop en fait... "invitation non verbale à parler du modérateur" .... Moi je suis venu ici parce que ça me paraissait quelque chose de stimulant intellectuellement, ça me paraissait une évolution normale de la médecine, ça me paraissait qlq chose qui pouvait donc aider mon fils et la médecine en générale, et les copains, avec qui je m'entends bien "rire", et je pense que c'est qlq chose qui me plaisait bcp comme ça surtout à cause de ça, je n'ai pas trop regardé le côté financier ou quelque chose comme ça, franchement ce n'était pas ma priorité. Maintenant dans la vie c'était une évolution qui me paraissait naturelle de faire ça.*

*M : Et les motivations justement de manière plus large ?*

*BDr3 : Moi pareil les motivations au départ c'était vraiment l'idée d'être en groupe, moi c'est surtout ça qui m'a.... j'étais déjà en groupe, enfin à 2 avec mon associé donc on voulait s'ouvrir sur qlq chose d'encore plus large donc c'est vrai qu'on restant modestes on est quand même une certaine plateforme sur Béziers, on est connus, reconnus, et c'est vrai que par ces activités là ça nous a ouvert ce que tu disais la relation avec l'hôpital, pour avoir des rdv plus rapides avec la radiologie, heu les revues de dossiers moi j'en ai pas fait donc c'est une rémunération que je n'ai pas touchée, donc si y'a des choses, heu, moi j'ai vraiment aucune idée de la totalité mes nouveaux*

modes de rémunérations, je suis incapable de dire ce qu'il y a vraiment, et puis voilà quoi c'est pas vraiment ça qui m'a attiré en premier.

BDr1 : Une motivation aussi, peut être heu finalement la principale, c'est que comme j'arrive en fin de carrière, heuuu je me voyais difficilement partir sans avoir de remplaçant, parce qu'actuellement, un libéral isolé n'a pas de remplaçant, et c'est des gens que je sens faire partie de ma famille quasiment, hein. Et... tout laisser tomber comme ça je ne pouvais pas, il fallait mettre tout ça dans un groupe, faire quelque chose de pérenne, où je puisse m'en aller en laissant du monde derrière moi et qu'il puisse faire heuuu le travail, ce rôle social que nous avons. Voilà.

M : Sur le ton de la rigolade : rôle social qui dure jusqu'à 21h hein !

Dans les motivations larges, BDr4 toi tu... ? Toi qui as été un peu à l'origine du projet ?

BDr4 : Alors écoute je vais le dire sous forme de boutade et puis je donnerai les motivations après: tout compte fait je suis le seul à l'avoir fait pour l'argent ! Puisque on est venu me chercher pour construire le projet et j'ai dit je veux bien si vous me payez puisque c'est mon boulot de base que de construire des MSP, donc c'est vrai que pour moi la motivation était triple on va dire :

La première c'est que j'ai fait des projets de maison de santé pour des maisons de santé un peu partout en France et que ça c'était jamais produit à Béziers, donc heu le fait que les copains viennent me chercher pour le faire c'était une première motivation hein; réussir à Béziers ce que j'avais pu essayer d'initier dans d'autres endroits hein / la 2eme motivation elle est financière car on me dit bah on te paye pour faire ce boulot donc pour moi il ne pouvait pas y avoir d'échec car c'était avec les copains et on me paye pour faire un truc donc c'était une double motivation. Et puis la 3eme ça rejoint ce que tu disais hein, c'est le sens de l'histoire, on sent bien que les jeunes générations, les patients, heu les collègues qui ne sont pas médecins et qui ont d'autres professions médicales ou paramédicales ont besoin du contact avec le médecin traitant, et que heu ça devient absolument nécessaire de travailler en ambulatoire comme on travaille à l'hôpital avec un groupe professionnel qui réfléchit autour du patient. Ce qu'on voit à l'hôpital où y'a une équipe autour du patient, chez nous ça ne se voyait pas trop, c'était diffus sur le territoire et tout compte fait c'était lié, le fait d'être en équipe était lié à la bonne volonté des acteurs et pas du tout au fait qu'ils travaillaient dans une structure. Là aujourd'hui le fait de mettre une structure ça, ça formalise un petit peu ces habitudes de travailler en groupe et en équipe autour du patient. Moi je sens bien depuis 10-15ans que c'est vers ça qu'il fallait aller, ça se fait de manière très progressive car si on dit qu'il y a bientôt 1000 MSP, ça représente moins de 10% des professionnels de santé quand même donc ça reste qd mm très embryonnaire. Mais pour moi c'est le sens de l'histoire, donc ça c'était quand même une grosse motivation pour moi, parce que, heuuu mon caractère et mes engagements professionnels font que j'avais envie d'être dans le sens de l'histoire.

BDr1 : Une petite chose à faire aussi parce que moi aussi cette action c'était une façon de dire merci à la société qui m'a parachuté une zone franche urbaine dessus, qui m'a permis de mettre des sous de côté, et mettant des sous de coté sur une SCI, dans la zone franche urbaine, c'est peut-être ce qu'attendait l'état, mais je pense que moralement je me devais de le faire. Voilà.

BDr4 : rigole : Bonne remarque !

*BDr2 : Moi c'est d'abord, on a besoin de se faire booster régulièrement. Moi j'ai toujours travaillé je suis le seul à avoir toujours travaillé en groupe et bin régulièrement tous les 10-15 ans on a besoin d'avoir un coup pour sortir de notre routine et ça ça a été vraiment un gros coup. La 2eme chose c'est exactement ce qu'a dit BDr1, c'est que ça permet d'avoir heu bah des gens qui suivent un petit peu pour ta patientèle, c'est moins inquiétant, même si moi j'essaye de le vivre heu c'est compliqué. Heu et puis y'a des choses qu'on peut faire maintenant qu'on ne peut pas faire avant, je donne un exemple : par exemple, tu prends l'azote liquide, ça fait partie des choses que l'on peut faire pk on est beaucoup. Et puis discuter en réseau avec des infirmières quand on fait des réunions de dossiers, c'est un abord différent des choses et donc t'apprends beaucoup. Et on a eu la chance d'avoir bcp de sages-femmes, et ça heu, ça a été le top. Je ne le croyais pas au départ, mais franchement ça a été le top.*

*BDr4 : C'est vrai je trouve que c'est assez emblématique l'apport des sages-femmes, il se trouve qu'elles travaillent au même étage que nous, on partage des lieux, des bureaux, des secrétariats, des paroles comme ça au quotidien. Et je trouve que la vision d'un autre professionnel de santé, professionnel médical pour le coup, pas paramédical pour le coup, avec une vision qui est totalement différente de la nôtre, sur un secteur qui est certes restreint mais tout compte fait beaucoup plus large que ce qu'on imaginait, pour la pédiatrie, heu voilà, ou la prise en charge, la prévention, ou la psychiatrie, heu j'ai trouvé que depuis 4ans maintenant qu'on travaille ensemble, c'est vraiment un plus. Je suis d'accord avec toi. C'est presque dommage qu'on ne puisse pas être tous sur le même plateau et que du coup ça soit étagé du fait de la géographie du lieu mais heu je pense qu'il faut aller plus loin dans l'intégration des discussions pk on voit bien l'apport de ces professionnels là et je suis sûr qu'il y aurait bien plus d'apports avec d'autres types de professionnels, que ce soit les kinés, ou d'autres gens comme ça. Donc heu ça prouve la pertinence de la structure.*

*BDr1: Moi j'ai toujours été très content des relations que j'avais avec les sages-femmes, ça vient de ma formation, j'ai voulu faire gynéco au départ, j'avais été à Paris, à la maternité, pendant 1 an de mon internat j'avais été à la clinique Marc où y'avait les accouchements où j'ai appris à faire les accouchements où j'avais les relations avec les sages-femmes et quand j'ai su qu'il y avait des sages-femmes qui allait venir parmi nous j'ai applaudi des deux mains et je m'entends très bien avec nos sages-femmes, je suis ravi de la collaboration que l'on a avec elles.*

*M : Donc tout ce que vous me dites là, vous me parlez du patient, du plaisir de travailler en groupe, du confort que vous avez de travailler en groupe, heu, finalement le ressort financier ressort assez peu, finalement à à part BDr4, qui avait une position particulière sur la MSP.*

*BDr4 : C'était une boutade hein (en rigolant).*

*M : Mais finalement sur les NMR, euh, ça ressort assez peu dans vos discours, heu, en quoi ces NMR ont pu être un moteur pour vous peut être ?*

*BDr2 : Alors à mon sens c'était quand même un moteur anecdotique parce qu'on a la chance de tous travailler, d'avoir tous suffisamment à manger donc de ne pas courir après ça. Donc c'est un plus qui nous a permis d'avoir d'autres choses, des choses en plus qu'on n'avait pas imaginées au départ. Après voilà moi le côté financier est arrivé par derrière, à la limite comme disait Alain le*

*coté zone franche psychologique est plus important parce que voilà. (Rire) mais le coté motivation de l'argent filé par l'ARS heu voilà, il est après.*

*M : Alors tu parlais avant de ce que ça permet de faire en plus, voilà, si on fait un petit tour de table sur ce que vous savez, sur ce que les MNR apportent en fait concrètement comme dans notre fonctionnement, est ce que vous savez ? Où est-ce que ça ajoute, qu'est-ce que ça finance ?*

*BDr2 : En fait ça va se faire bcp plus progressivement que le reste parce que c'est quelque chose qui n'était pas dans nos habitudes d'avoir des possibilités dans tous les sens, donc il va falloir qu'on le digère. Tu me diras ça fait déjà 4 ans qu'on est installés. Mais heu petit à petit il y a des choses mais par contre là on ne s'est pas trop investis, là à mon sens sur les projets qui l'ont pu avoir à faire avec cet argent qui théoriquement est de l'argent commun, et qui est/doit rester au sein de la MSP. Voilà.*

*M : BDr3 peut être est ce que tu sais ce que ça paye ?*

*BDr3 : Aucune idée !! Je sais que ça sert pour les secrétaires, mais après ce qu'on en fera in fine, heu un peu plus tard, aucune idée...*

*BDr4 : Je vais répondre le dernier hein...*

*M : Oui ça me semble logique !*

*BDr1 : Moi ce qui m'a plu le plus, je ne regarde pas ce que je dois gagner, je ne sais rien. Ce qui m'a plu le plus c'est qu'on puisse offrir à des patients notamment à des diabétiques, puisqu'on fait cette éducation thérapeutique, des consultations diététiques gratuites, des consultations psychologiques gratuites.*

*BDr2 : Oui c'est vrai.*

*BDr3 : Oui c'est vrai.*

*BDr1 : Là on ne pouvait pas les faire nous à moins d'être dans un centre hospitalier, ce que nous ne sommes pas, donc ça c'est un plus extraordinaire.*

*BDr2/BDr3/BDr4 : Oui oui, oui oui.*

*BDr4 : Oui oui donc c'est le plus qu'on a mis du quotidien, c'est à dire on a d'autres choses mais ça c'est le plus du quotidien pour les patients et pour nous. C'est à dire que ça permet de mieux orienter le patient, et ça c'est emblématique de ce que peut faire une maison de santé, c'est à dire heu, permettre un accès meilleur à certains soins. Voilà. On pourrait imaginer de le faire aussi pour des choses qui sont moins dans le soin, qui pourraient être plus dans le bien être, que ce soit le yoga, la sophro, ou des choses comme ça qui ne sont pas forcément accessibles, justement parce qu'on est dans un quartier prioritaire de la ville, et que les gens sont un peu plus précaires et un peu plus en difficultés sur le plan financier. On peut aussi avoir d'autres choses comme un traducteur, des choses comme ça qui nous faciliteraient la tâche, à nous et aux patients, tout cela est emblématique de ce qui peut se faire. Alors qu'est-ce que ça paye d'autre, ça paye Maurine !*

*BDr2 : Oui la comptable, faut le dire hein !*

*BDr4 : Ça paye la DRH en partie, heu ...*

*BDr2 : Oui c'est des choses qu'on n'aurait pas pu faire même si...*

*BDr4 : Ça a payé pendant un petit bout de temps heu l'éducation thérapeutique, là maintenant y'a un budget dédié par l'ARS. Ça paye la salle de réunion, voilà tout un tas de petites choses comme ça qui permettent d'avoir une meilleure vie professionnelle. Ça paye le personnel. Ça paye aussi le coordinateur pour toutes les actions qu'il peut faire au profit de tout le monde, ça paye éventuellement ceux qui s'investissent. C'est à dire si tu participes aux réunions de revue de dossiers tu vas avoir un paiement, qui ne sera pas énorme parce qu'on partage entre tous mais ça permet aussi par exemple à des gens qui ne sont pas des médecins, qui ont des revenus qui sont plus faibles, heu quand ils s'investissent ils ont un retour sur investissement, on leur donne de l'argent pour être venu en réunion, heu notamment pour les revues de dossiers.*

*Donc pour une infirmière ou un kiné, effectivement, de voir que l'argent commun sert aussi à les payer eux et pas uniquement des actions de médecins je pense aussi que c'est un truc fort. Et là aussi ce qui a été très bien ici dans cette MSP c'est qu'on a décidé de payer tout le monde pareil, c'est à dire que soit ton diplôme, quand tu fais une action pour les autres, t'es payé pareil, que tu sois médecin infirmier, sagefemme, sophrologue, tout le monde est payé de la même manière, à l'heure, en fonction du budget disponible. Donc c'est retrouver un certain sens pour moi et retrouver un certain sens du service. Heu, ce qu'on fait on le fait pour les patients, quand on est au travail, notre travail c'est d'être au service des patients, voilà bon aussi pour notre plaisir personnel d'accomplissement personnel, mais d'abord au service des patients et du coup ça remet du sens justement du service au patient de faire ça ... bon après il y a surement des choses que j'oublie dans ce qu'on paye mais en gros c'est ça quoi.*

*M : Vous voyez bien à quoi ça sert quand on fait le listing. Ça vous apparait après coup. Ces sous on les utilise à ça quand on y réfléchit un peu. Mais au départ effectivement ce que je ressens c'est que ce n'était pas, les nouveaux modes de rémunérations, ce n'était pas votre motivation principale heu...*

*BDr2 : Parce qu'on ne les connaissait pas.*

*BDr3 : Oui on ne les connaissait pas.*

*BDr1 : On ne les connaissait pas on ne savait pas que ça existait.*

*BDr3 : On était venu ici sans savoir que y'avait des rémunérations.*

*BDr4 : Y'avait que moi qui savait !*

*BDr2 : Oui oui oui on n'avait pas du tout cette notion-là hein.*

*BDr1 : Pas du tout, non pas du tout.*

*BDr2 : Mais en fait je vais te dire on a fait du tout confort, c'est à dire que tout le côté financier on n'a pas eu à s'en occuper, c'est à dire donc c'était basique donc du coup bah comme tous ces trucs-là tu laisses couler hein.... T'es d'accord avec moi hein ?*

*BDr1 : Oui oui bien sûr.*

*BDr1 : Alors comptabilité, c'est vrai que l'on ne s'en occupe plus. Moi j'ai fait 40ans de comptabilité tout seul (rire) j'ai fait tout seul mes embauches, j'ai fait tout seul mes mises à la retraite, mes arrêts maladie, mes chèques emploi services, je m'y étais mis, donc je n'ai plus à le faire. Mais par contre je fais beaucoup d'autres choses finalement, je travaille d'avantages d'heures que ce que je faisais avant (rire).*

*M : BDr4 toi qui savais qu'il y avait des nouveaux modes de rémunération, t'étais le seul à savoir que ça existait.*

*BDr4 : Oui bah oui, moi j'étais le seul à savoir pour les nouveaux modes de rémunération, d'autant qu'à l'époque où on a commencé le projet, heu ils étaient en expérimentation, donc ce n'était pas l'accord conventionnel interprofessionnel c'était bien des nouveaux modes de rémunérations qui étaient expérimentés... heu et qui nous nous ont été ouverts assez vite. Pour d'autres maisons de santé y'en a qui n'ont pas eu le droit, qui n'étaient pas dans le truc. Nous on a été dedans tout de suite et l'accord conventionnel est venu très très vite après notre ouverture donc ça c'était tout de suite devenu de quelque chose d'expérimental à quelque chose qui a été réglé par la convention. Comme nos honoraires quoi donc c'est devenu qlq chose d'institué, donc pour nous le transit a été assez simple. Mais oui moi j'étais au courant qu'il y aurait des nouveaux modes de rémunération je ne pouvais pas en connaître le montant mais on avait évalué que pour nous c'était probablement autour de 100000e par an et y'a une année où ça a dépassé, ça va peut-être revenir un peu à la baisse, heu voilà que c'était quand mm pas négligeable.*

*BDr2 : Ah bah oui.*

*BDr4 : Ce n'est pas des sommes genre 10000 balles hein, c'est tout de suite des sommes importantes, parce qu'on était nombreux heu voilà, donc c'est ce qui nous permet par exemple de rénover complètement notre parc informatique. Aujourd'hui il va falloir à nouveau investir plusieurs dizaines de milliers d'euros dans le parc informatique et dans un nouveau logiciel, c'est ces nouveaux modes de rémunération qui nous permettent de le faire, donc heu voilà.*

*M : Mais au début le sachant ça a été un moteur pour toi ?*

*BDr4 : Alors ouai c'est un moteur mais pas pour moi personnellement, je ne me suis pas imaginé récupérer de l'argent sur mon compte en banque. C'est plutôt le moteur dans ce que disait Nicolas, c'est à dire la possibilité de faire d'autres choses donc par exemple il citait l'azote liquide bon bah voilà c'est cette image-là, avoir des fonds pour faire des trucs ou si on était tout seul ou même en groupe de 3-4 on ne pourrait pas faire. moi j'en veux pour preuve Pauline S. qui est la sagefemme échographiste, aujourd'hui elle était au début installée avec les cardiologues, aujourd'hui elle prend son envol toute seule elle monte au 2eme étage dans un bureau avec sa propre machine, elle a envie de faire que de l'échographie, de trouver un autre échographiste, et nous on peut lui mettre le curseur un peu là où on veut, c'est à dire de ne pas l'étouffer financièrement avec des*

loyers qui coutent trop cher, ou avec un secrétariat qui lui coûterait trop cher. Donc les nouveaux modes de rémunération vont peut-être nous permettre de faire de l'amortissement pour elle le temps qu'elle vole vraiment bien, on va pouvoir l'amortir avec les nouveaux modes de rémunération, enfin avec l'ACI, cet argent-là qui est là pour pouvoir offrir un service à la fois aux patientes et en même temps à nous. Donc c'est à dire que quand tu vas avoir besoin d'une écho morphologique, tu vas l'avoir au 2eme étage, ça c'est...

M : On revient sur ce que vous avez dit c'est à dire à la fois sur du mieux pour les patients et à la fois pour les professionnels...

BDr2 : Tout le monde est gagnant !

BDr4 : Tout le monde est gagnant ! Nous on sait très bien que quand les patients heu sont suivis correctement et qu'ils ont des possibilités qui sont plus larges d'accès aux soins, ça nous facilite grandement la tâche à nous, parce que c'est facile, maintenant, tu veux un scanner, bim ! Ça part à l'hôpital, ça revient par téléphone, ils ont leur rendez-vous de scanner, y'a des gens ils viennent presque que pour ça maintenant... heu parce qu'ils savent qu'on a cet accès-là. L'échographie c'est pareil, y'a un échographiste ici, y a Pauline en plus. Tout ça, l'éducation thérapeutique, la psychologue et la diététicienne, y a des gens qui se sont insérés dans le circuit alors qu'ils n'étaient pas patients chez nous. On voit bien que tout ça c'est, et c'est vrai que c'est une facilité incroyable de suivi, d'accès aux soins, de retour, heu de meilleur suivi par les personnes. Je crois qu'il manque un petit truc à la MSP, c'est la meilleure réflexion en groupe, on n'a pas réussi encore en 4ans à bien faire ça. Bon moi c'est pareil les revues de dossiers j'ai rarement participé, ça tombe toujours à des horaires où moi c'est impossible quoi. Donc voilà, c'est comme ça souvent c'est le jeudi moi le jeudi je ne vais pas revenir que pour ça heu...

BDr2 : Non c'est le mercredi.

BDr4 : Oui bon ils ont changé un peu bon voilà moi mercredi j'ai l'interne donc je ne peux pas, enfin voilà...

Tous : Ouais ouais (rire).

BDr4 : Avant c'était le mardi, moi le mardi c'est la plus longue journée... là tu vois aujourd'hui.

Tous : rire.

M : D'ailleurs j'en profite pour vous dire que vous avez bientôt atteint la fin. J'en profite pour faire un point final un peu avant que vous puissiez partir à vos autres obligations. Donc si vous deviez le refaire, cette MSP.

BDr2 : Moi la question ne se pose même pas, puisque maintenant j'en sors mais j'en reste. Mais nan mais il est évident pour moi c'est exactement ce qu'en disait T, c'est l'évolution inéluctable de notre système. Parce que je pense que même en groupe ça ne tiendra plus longtemps, il faut qu'on se regroupe dans tous les sens et surtout qu'on ait un état d'esprit, parce que c'est surtout ça la grosse problématique c'est qu'il faut que chacun ait envie de travailler en groupe et ça malheureusement tout le monde n'en a pas envie ou tout le monde n'a pas la possibilité ou voilà

*n'a pas envie et je pense que là c'est le seul endroit ou faut qu'il y ait une sélection, parce que voilà, après c'est trop bien.*

*M : BDr1 ?*

*BDr1 : Si je devais le refaire heu je le ferai plutôt 2 fois qu'une (rire).*

*BDr1 : Sur le plan financier au départ ça ne m'a pas motivé pk je me suis dit bon, on y gagne, on n'y gagne pas, c'est comme les autres moyens de pression, en vous disant on vous augmente, on ne vous augmente pas, donc j'avais peur un petit peu qu'on nous embobine. Mais sur le plan pratique, confraternité, travail en commun, aide au patient, tout ce qu'on a fait... voilà je trouve que c'est très bien.*

*BDr4 : O bah oui moi je recommencerais parce que même comme dit A, plutôt 2 fois qu'une, d'une part parce que ça a permis la rencontre avec d'autres collègues, notamment avec Alain, maintenant on travaille, on a travaillé à distance pendant plusieurs années mais avec des patients en commun puis après quand t'es arrivé (montre le modérateur) ils sont plus restés chez toi que chez moi mais on travaille ensemble avec A depuis longtemps, le vendredi quand il en pouvait plus ça sonnait chez moi et le samedi ça sonnait chez lui. Et on avait essayé plusieurs fois de travailler ensemble ça n'avait pas marché et maintenant on travaille dans des bureaux qui sont contigus donc ça c'est. Rien que pour ça pour moi c'est un plus. Voilà après la plupart des autres sont des copains donc c'est toujours très agréable.*

*Mais au-delà de ça comme disait Dr 3, c'est le sens de l'histoire c'est une meilleure prise en charge des patients, c'est la convivialité avec d'autres professionnels, c'est plein de choses comme ça... Ah oui je le referai, c'est certain.*

*BDr3: Ah oui je le referai, pareil, c'est une aventure que j'avais souhaitée et je suis très heureux de la vivre, heu moi ce qui m'inquiète le plus c'est de me dire "si aujourd'hui on devait démarrer ce qu'on avait commencé il y a 5-6ans même plus", quand je vois les difficultés qu'on a eu un petit peu, je ne sais pas si on arriverait à faire exactement ce qu'on avait fait, parce que je vois à quel point ça ne dépend pas que de nous, je vois quand on a démarré on faisait des réunions le soir, on voyait le projet un petit peu naître, c'était notre petit machin, il est là. Et je vois que maintenant c'est devenu beaucoup plus grand, beaucoup plus tentaculaire, et que ça touche des choses que je ne soupçonnais pas et sur le coup ça peut un peu effrayer et je me dis que si on s'était décidé un tout petit peu plus tard, très franchement je n'ai aucune idée de ce que ça aurait pu donner hein là je pense qu'on a démarré au bon moment. Avec tout un groupe on se connaissait hein, y'en a qui habitait dans un quartier, d'autres dans d'autres on se retrouvait surtout à la maison médicale de garde, et c'est ça qui nous a réunis au départ. Et puis voilà quoi.*

*BDr1 : Moi le bilan pour moi c'est que j'en ai fait partie plus pour aider les autres que moi-même, notamment mon fils, je vais faire 2-3 ans avant la retraite, va faire 4 ans et demi et je me dis je ferai encore peut être 2-3ans avant la retraite.*

*BD4 : Rire.*

*BD1 : Voilà, rire, le bilan il est là.*



*M : Voilà bon bah c'est un bon mot de la fin. Merci.*

## D. Annexe 4 : Verbatim Focus Group Millau

*Modérateur (M) : C'est la thèse de Perrine, qui porte sur les motivations à créer ou s'intégrer en maison de santé. La première question c'est connaissez-vous les aides apportées au MSP pluri professionnelle ?*

*MDr4 : Les aides ?*

*M : Les aides.*

*MDr1 : A bah c'est les ACI (rire).*

*MDr4 : C'est moi qui commence ? rire Alors oui en partie au moins... alors nous on s'est monté en SISA pour pouvoir, vous me coupez si c'est pas bon, pour pouvoir heu toucher les NMR dans un premier temps et l'ACI ensuite, enfin les aides via l'ACI ensuite.... Je crois que je vais passer la parole à MDr1 pour savoir pour les aides à monter le projet... non ?*

*MDr1 : Alors avant les ACI on a eu le droit au FIR.*

*MDr4 : Ah oui les FIR !*

*MDr1 : C'est une aide pour permettre justement d'embaucher les gens nécessaires pour monter une ACI donc avec les NMR et avant avant on peut avoir des aides à la construction si la maison est validée heu des aides régionales, de la commune, des aides diverses si le projet de santé est validé par l'ARS, ce dont nous n'avons pas bénéficié, ou très très très petitement. Puisque c'est une maison de santé privée.*

*M : Est-ce que quelqu'un d'autre veut prendre la parole ?*

*MDr3 : Tout a été très bien résumé.*

*Rire.*

*M : Donc la 2eme question c'est que représentent ces NMR pour vous ?*

*MDr4 : Vas-y Jérôme.*

*Éclats de rire de tous.*

*MDr2 : Rire. Des objectifs... un défi... donc heu ça nous permet de cadrer certains objectifs. De focaliser notre travail peut être... voilà, je ne sais pas quoi dire de plus. Rire.*

*MDr3 : Moi je dirais que c'est une aide au fonctionnement de la maison de santé en général. C'est une aide financière.*

*MDr1 : C'est une aide, pour compléter la phrase de MDr3, c'est une aide au fonctionnement pluri pro. Ça nous a permis de mener des projets heu transversaux avec nos collègues de la maison de santé. Et de financer des choses, de monter des choses tout à fait nouvelles, qui sont très différentes de la médecine à l'acte. Et d'embaucher une exceptionnelle coordinatrice.*

*MDr4 : Moi je dirais que c'est quand même pas mal d'argent. Faut le dire, c'est quand même des budgets qui sont quand même conséquents. Qui d'après moi me permettent de travailler mieux et de faire une meilleure prise en charge du patient, de manière plus globale. Ça a créé quand même du lien ; alors y'avait déjà du lien au départ, mais je pense que ça a permis de créer du lien entre les différents professionnels. Et de monter des projets auxquels on n'aurait même pas pensé si on avait eu ces financements.*

*Hein ?*

*MDr1/2/3 : Oui oui.*

*MDr1 : Avant on n'avait pas pensé, on n'avait pas les moyens.*

*MDr4 : Oui c'est ça.*

*MDr1 : C'est un exercice plus imaginaire et plus diversifié, plus pluri pro.*

*MDr4 : Ouai.*

*MDr1 : Vraiment moi je trouve un complément de la médecine à l'acte.*

*MDr3 : Oui sans parler financement juste basé sur la population quand même, on a plus des objectifs généraux que nos simples patients.*

*MDr1 : Oui de territoires de santé, des groupes de patients.*

*M : Quelqu'un a quelque chose à ajouter ?*

*Blanc.*

*M : Est-ce que vous savez un peu ce que vous devez faire pour les avoir ces NMR ? comment les obtenir ?*

*MDr4 : Ya des choses obligatoires ; c'est au point, donc ya déjà qui participe au projet de santé. Donc les médecins comptent pour des points, les infirmières, chaque professionnel compte pour des points. Y'a la présence d'une coordinatrice qui compte pour des points, y'a le logiciel informatique qui compte pour des points... ça c'est la base...*

*MDr1 : Les horaires d'ouvertures.*

*MDr4 : Ah oui les horaires d'ouvertures avec les affichages... et après y'a les projets... Y'a d'autres choses ?*

*MDr1 : Y'a un trépied socle qui comprend donc ...*

*MDr4. : Coordinatrice, weda.*

*MDr1 : Et les affichages et les amplitudes horaires, et l'accueil de premier recours, l'accueil des soins en urgence.*

*MDr4 : Et ensuite en fonction des missions de santé des protocoles des projets de soins on obtient des points quand ils sont validés.*

*MDr1 : Le premier argument c'est la patientèle, donc la patientèle médecin exclusivement qui rapporte un ensemble global de points assez important. Et euh ensuite y'a des missions et des projets de soins qui sont chacun des protocoles qui sont validés ou pas par l'ars et s'ils sont validés parce qu'ils rentrent dans une certaine liste à ce moment-là ils rapportent des points.*

*M : Messieurs vous étiez au courant de tout ça ou ...*

*MDr2 : Je pense ouai.*

*MDr3 : Rire.*

*M : une autre question, quelle utilité trouvez-vous à ces NMR ?*

*MDr2 : Les NMR nous font un peu plus penser santé publique que santé de la personne premièrement. Et ensuite une source de financement pour des projets auxquels on n'aurait pas pensé. Qu'on n'aurait pas mis en place si on n'avait pas eu ça. C'est l'essentiel.*

*MDr4 : Oui et aussi quand même une qualité de travail parce que justement le fait d'avoir le coordinateur qui réfléchit un peu pour nous. Si on n'avait pas ces financements on n'aurait pas la coordination. Et on se serait même pas posé la question de savoir si oui ou non on allait travailler en pluri pro réellement.*

*MDr1 : Le travail en coordination nous permet, enfin heu avec les réunions que ça impose de décoller un peu la tête du soin quotidien au patient, de prendre un peu de distance avec les choses, moi je le dirais comme ça, de prendre un petit peu de distance. Ce qui veut dire travailler plus en santé publique également ; plutôt que de travailler à l'acte quoi.*

*MDr1 : Après l'utilité des NMR c'est bien, est ce que y'a une question sur les défauts des NMR.*

*MDr3 : Parce que oui moi je ne sais pas si c'est plus une utilité ou une heu.... C'est un peu le cahier des charges obligatoire pour obtenir un financement hein. Je le vois plus comme ça. Parce que c'est des obligations à tenir pour avoir un financement.*

*MDr4 : Donc c'est des contraintes.*

*MDr3 : Donc des contraintes pour avoir le financement... moi je le vois comme ça hein.*

*MDr4 : Oui mais la contrainte c'est l'ACI les NMR c'est les sous non ? Après...*

*MDr1 : C'est la même chose ACI et NMR.*

*M : toi tu parles de contraintes plus le dossier et ce qui en découle.*

*MDr1 : Ceci dit pour avoir les financements c'est normal de les justifier.*

*MDr3 : Oui mais je dis pas que c'est pas à justifier hein, c'est une contrainte.*

*MDr1 : Ça entraîne une contrainte.*

*MDr3 : On ne te donne pas des sous comme ça. C'est t'as des contraintes pour obtenir un financement*

*MDr1 : Donc quand même pour revenir sur les inconvénients des NMR, parce que moi je trouve que y'a pas que la question de l'utilité. Heu... Je trouve que effectivement y'a un aspect qui est contraignant, une certaine lourdeur, ça ajoute du travail au travail, c'est une autre forme de réflexion à laquelle on n'était pas du tout habitués pour laquelle on n'a été pas du tout accompagné, donc il a fallu inventer donc à la fois c'est intéressant. Dont l'ARS a quand même changé les règles en cours de route et certainement ne va pas s'arrêter pour autant. Donc c'est pas toujours facile, c'est un peu prise de tête parfois et y'a des moments où on a peur d'être happé par l'administratif et remplir les dossiers faire les évaluations plutôt que ; et à ce moment-là on a l'impression que l'intérêt pour les patients...on a peur que ça se réduise comme peau de chagrin par rapport à la lourdeur administrative et le temps que ça nous prend. Ça nous prend du temps de soins quand même.*

*MDr4 : Ou personnel. ET personnel.*

*MDr1 : Encore pire*

*Rires généraux.*

*MDr4 : Et l'autre truc qu'on dit pas mais quand même qui est revenu plusieurs fois sur le tapis. C'est que ça amène de l'agent au sein de relations humaines de la maison de santé avec toujours la crainte de mettre le ver dans la pomme quoi. De créer un sentiment pas d'injustice mais...*

*MDr1 : Oui de frustration.*

*MDr4 : Oui c'est ça. Donc faut faire toujours très attention à ce qu'on fait de cet argent et pas créer de discorde.*

*MDr1: Et puis la difficulté aussi ça a été de savoir combien d'argent on allait toucher, qu'est-ce que ça représentait, comment ça se gérait, quels étaient les frais inhérents à la coordination, on n'avait aucune visibilité sur ce qui allait se passer avec cet argent, comment on l'avait touché et quelles allaient être les dépenses obligatoires, donc on avait énormément de stress et on n'est toujours pas tout à fait vidé de ce stress parce que ça reste une inquiétude, d'autant que je le répète*

*l'ars a changé les règles au beau milieu d'un plan quinquennal qu'on avait signé de manière bilatérale donc on est toujours un peu dans l'inquiétude que ces règles changent, que le montant change, que ces règles changent, on a quand même un stress supplémentaire autour de ça. Moi je pense que dans le défaut il faut quand même heu bien le .... Verbaliser.*

*MDr4 : Oui.*

*M : Quelles ont été vos motivations pour intégrer cette maison de santé ?*

*MDr1 : Sur la question précédente je rajoute un petit truc, c'est que quand même au début la CPAM locale n'était pas du tout soutenance donc en plus de toutes les inquiétudes et les soucis qu'on a eu à mettre en place ces NMR à l'époque on a dû justifier du fait de s'impliquer de ce projet auprès de la caisse primaire d'assurance maladie qui s'opposait heu carrément à cette mise en place hein ils trouvaient que c'était de l'argent gâché, jeté à des médecins qui avaient déjà beaucoup trop d'argent.*

*MDr2/3/4 : Rires.*

*M : On fait un tour du coup pour les motivations ?*

*MDr3 : La motivation principale moi c'était le fait de pouvoir travailler en groupe. En groupe avec plusieurs médecins, mais aussi plusieurs catégories autres professionnelles, médicale et paramédicale. Pour échanger. Professionnellement. C'était ça ma motivation.*

*M : MDr5 quelle serait ta motivation à intégrer un MSP.*

*MDr5 : C'est vrai que le fait d'être en groupe, de pouvoir se réunir si y a une question, si y'a un problème, de demander à des médecins qui ont plus d'expérience, c'est quand même intéressant. Et puis après pouvoir interagir avec les infirmières, ça simplifie les relations à ce niveau-là.*

*MDr2 : En toute franchise j'ai pas rejoint une maison de santé j'ai rejoint des associés parce que je travaillais seul avant et donc c'était plutôt voilà ; assez de travailler seul. Mais au départ ce n'était pas intégrer une maison de santé hein j'avais pas compris le projet comme ça hein. Voilà. Maintenant je suis content d'y être hein, mais au départ je ne savais pas ce que c'était.*

*M : Donc les motivations premières étaient d'abord sur le cabinet que sur la maison de santé.*

*MDr4 : Moi je suis arrivée alors que la MSP été montée depuis pas très longtemps. Je crois qu'il était difficilement envisageable pour moi de m'installer de toute façon en dehors d'un groupe. Alors je veux parler d'un groupe de médecins. Et j'étais ravie de savoir que ce groupe faisait partie d'une maison de santé. Pour plein de raisons. Travailler en groupe c'est échanger, ce qui va bien et ce qui ne va pas. C'est partager heu, c'est à dire s'apporter en termes de connaissances, en termes de soutien aussi, parce que c'est pas toujours facile. Partager aussi les moyens. Parce qu'on n'a pas les mêmes moyens quand on est 5 que quand on est seul. Secrétariat, enfin tout quoi.*

*Heu et puis comme je disais, rejoindre un groupe de gens que j'appréciais, que j'avais remplacés avant avec qui ça se passait bien. Et puis travailler au sein de la maison de santé c'est des choses*

*dont de toute façon nous, sortant de l'internat on avait pas mal entendu parler, qui faisait plutôt partie des projets à venir pour la plupart des médecins jeunes et justement dans l'idée de travailler pour une prise en charge globale du patient. En échange direct. Sans forcément avoir des systèmes d'ordonnances, de téléphone ou de mails interposés. Travailler mieux. J'étais persuadée de pouvoir travailler mieux au sein d'une maison de santé, ça faisait moins peur.*

*MDr1 : Moi j'ai été une fervente adepte à l'époque de l'idée que la délégation des tâches allait se mettre en place. Donc j'étais un peu portée par ça et quand on était à la recherche de locaux à plusieurs professionnels c'est vrai que l'idée ; on s'est dit qu'on pouvait la faire ensemble et penser à cette histoire de délégation des tâches en particulier avec les infirmiers. C'est un projet qui s'est monté surtout avec avec eux. La kiné est venue se rajouter mais c'était la notion de délégation des tâches c'était porté par les infirmiers et par moi, moi j'ai toujours travaillé en cabinet médical donc le partage du secrétariat, du matériel en cabinet de groupe ça a toujours été facile. Et c'était vraiment l'idée d'agrandir les échanges pluri pros.*

*En même temps ce projet il s'est monté quand plein de maisons de santé se mettaient en place sur l'Aveyron. Et j'ai été un peu portée par les autres projets qui avaient lieu dans l'Aveyron parce que j'ai eu beaucoup d'échanges avec beaucoup de confrères à travers les différentes réunions départementales, et qui ont été soutenant et qui nous ont aidés à élaborer le projet.*

*Maintenant quand on a ouvert, on avait bien le statut de maison de santé parce que le dossier pour l'ARS avait été fait et validé, mais on n'avait pas vraiment eu d'idée de ce que ça allait donner en pratique parce que c'était très neuf, parce que on n'avait pas beaucoup d'expérience proche de longue haleine parmi nous. Tout le monde était dans des projets nouveaux. Donc c'est vrai que l'idée c'était vraiment la délégation de tâches ; qu'on appelle maintenant le travail pluri pro, y'a eu un petit glissement de sémantique et d'idée derrière. Qui s'est mis en place. Au départ je n'avais même pas l'idée qu'on aurait des financements qui nous permettraient de monter les projets, c'est à dire que c'est venu peu à peu, ça s'est fait au fil du temps. Au fil de l'eau.*

*M : on passe à la question suivante ou quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Dans quelle mesure ces NMR ont été une motivation à l'intégration à la MSP ?*

*MDr2 : Pas du tout. On ne savait pas du tout que ça existait. Je pense que ça n'existait pas quand on l'a créée.*

*MDr1 : Ça existait mais c'était très sporadique en France.*

*MDr2 : Donc ça n'a pas été ça la motivation. Pour moi.*

*MDr3 : On ne savait pas que ça existait*

*MDr1 : On ne savait pas qu'on pouvait y prétendre. Même moi qui était très impliqué dans le projet on était porté par la ... je savais que ça existait dans certains coins de France. Je ne pensais pas qu'on allait rentrer dans cette démarche, et d'ailleurs quand on a ouvert on n'était pas du tout rentrés on n'avait pas fait la demande des FIR, et d'ailleurs la première année avant de faire la demande on s'est lourdement interrogés sur la pertinence de cette demande et de rentrer dans ce projet. Donc même en ayant ouvert en MSP, même en ayant fait la délégation des tâches, le fait*

*de s'intégrer dans un projet financé par l'ars avec tout ce dont on a parlé tout à l'heure : les protocoles, les dossiers à remplir, embaucher une coordinatrice...*

*Rires généraux.*

*MDr3 : Faut le dire au départ on s'est dit, est ce que ça vaut le coup de se lancer dans ...*

*MDr1 : Oui est ce qu'on n'allait pas se donner plus de contraintes, et d'œil de Moscou que de plaisir. Je pense que maintenant on validerait sans hésiter le projet d'ailleurs on le présente souvent à d'autres maisons de santé. Donc on est assez convaincus de l'intérêt. On ne minimise pas le fait que c'est un 2eme métier à côté de notre métier, que c'est chronophage, que c'est prise de tête, qu'il y a des points compliqués comme la gestion d'argent, enfin voilà. On ne sait pas les fragilités que ça peut avoir ; et quand l'ars a changé les règles et que des NMR c'est passé à l'ACI personnellement j'ai vraiment reposé la question : vraiment est ce qu'on veut résigner ? parce que quand même à chaque fois heu je suis un peu méfiante de la lourdeur, de la contrepartie qu'on peut nous demander, des contraintes que l'on peut avoir.*

*M : Donc au final aucun d'entre vous n'est entré dans cette maison de santé pour une histoire d'aide financière.*

*MDr1 : Oui voilà ça n'a jamais été cet argument-là. L'argument ça a été le pluriprofessionnel, ça a été l'échange. Mais le NMR lui-même pour nous ça n'a pas été un moteur.*

*M : Et si vous devriez le refaire ?*

*MDr4 : La demande de NMR ?*

*MDr1 : C'est une belle aventure mais je ne la vivrai qu'une fois dans ma vie.*

*MDr2 : Je referai pareil, vu qu'on l'a fait.*

*MDr4 : Oui mais c'est quand même bien. C'est lourd mais c'est bien.*

*MDr2 : Oui maintenant que c'est en place.*

*MDr3 : C'est vrai qu'au départ on a vraiment hésité on se disait est ce que.... Maintenant que c'est en place et que ça roule relativement bien c'est bien.*

*MDr2 : Mais ça peut changer.*

*MDr1 : Oui je reste très méfiante. Ils ont changé les règles ils peuvent les rechanger.*

*MDr3 : De toute façon si à un moment on supprime le fonctionnement on supprime heu...*

*MDr1 : Je dirais même que ce qui est une grosse angoisse c'est la pérennité du système. D'ailleurs quand on a embauché notre coordinatrice pour ce poste, on a quand même insisté sur le fait qu'on ne connaissait pas la pérennité du financement et que donc on ne pouvait pas lui garantir une*



*pérennité de son emploi. On a beaucoup insisté là-dessus. Je reste très méfiante sur le fait que ce système demeure en l'état et nous permette de poursuivre de cette façon. On peut imaginer des évolutions qui nous découragent complètement avec une restriction des objectifs de façon très contrainte et très restreinte, un financement moindre, une lourdeur administrative beaucoup plus importante, une façon de travailler plus chronophage. Au départ quand on a commencé à demander les FIR, on n'avait pas de coordinatrice on n'était pas absolument certains qu'il devrait en avoir et on avait très peur de l'introduire quand même dans la MSP. De déléguer des tâches. Et en même temps on se rendait bien compte qu'on ne savait pas faire quand même.*

*MDr2 : Et que ça prenait trop de temps.*

*MDr1 : Et notre coordinatrice elle est impeccable mais elle doit se former en permanence parce que c'est un métier nouveau, avec de nouveaux horizons, donc c'est vrai qu'on a toujours quand même un peu, moi personnellement on a toujours un peu une angoisse du devenir.*

*M : Bon très bien merci à tous.*

## E. Annexe 5 : Verbatim Focus Group Frontignan

*Modérateur (M) : On va commencer. Je m'appelle Perrine, je vous ai contacté par mail pour m'aider à réaliser ma thèse, portant sur les MSP. Donc on va faire un Focus Group : je vais vous poser une série de questions, le but étant d'avoir l'avis de chacun et discuter autour. Le tout sera anonymisé quand je retranscrirai le verbatim.*

*Premièrement, est-ce que vous connaissez les aides qui sont apportées aux MSP ?*

*FDr1 : Je sais qu'il y a des aides mais quantitativement ou qualitativement pas vraiment.*

*M : D'accord, c'est déjà ça.*

*FDr2 : Idem, je suis entre deux...*

*M : Aucune idée sur les différents types d'aides... ?*

*FDr2 : Je sais que l'on touche de l'argent de l'ARS et de la sécurité sociale.*

*FDr4 : Enfin l'ARS ça avait été au début mais plus maintenant.*

*FDr2 : Enfin l'ARS elle était au début mais plus maintenant, maintenant c'est la sécu, oui maintenant c'est la sécurité sociale. Heu qui finance a partie de ... sur des critères.*

*FDr3 : Heu. Ben voilà ... FDr2 l'a dit avant moi, c'est tout ce que je sais.*

*M : Bon c'est pour ça que je fais passer FDr4 en dernier*

*Rires généraux*

*FDr1 : Oui il est plus au courant*

*FDr3 : Normal c'est le président*

*FDr4 : Moi je connais même bien, enfin de tête peut-être pas mais après on reprendra les documents parce que ouais j'ai été du coup un des, avec JC notre associé, un des éléments moteurs pour créer la MSP. Heu avec du coup on a pu bénéficier des aides comme on a parlé tout à l'heure qu'on eût porté différemment en fonction du temps et puis qu'on a fait tous les documents, alors au début on est allé à l'ARS pour créer la MSP du coup c'est très très compliqué au niveau administratif. Je sais plus si t'y étais à l'époque FDr2 toi ?*

*FDr2 : Ouais.*

*FDr4 : Et en fait y'a tout un tas de critères à répondre et en particulier du coup le gros truc c'est la patientèle médecin traitant global de tous les médecins qui font partie de la MSP du coup si on répond à tous les critères on a des points qui à une valeur qui amènent chacun à des rémunérations.*

*Donc on avait au début un versement initial de l'ARS de 50000e qu'on avait eu pour monter le projet. Et puis après du coup les systèmes de rémunération par points ça c'est la CPAM c'est un truc conventionnel via l'ACI qui nous est versé chaque année pour faire tourner la MSP. Avec des budgets de fonctionnement qui commencent à devenir conséquents.*

*M : On va appeler ça les nouveaux modes de rémunération, je ne sais pas si vous en aviez entendu parler.*

*FDr4 : Alors ça c'était vraiment au tout début le but c'était de faire comprendre aux médecins qu'il y avait des nouveaux modes de rémunération en plus du paiement à l'acte.*

*M : Oui en effet.*

*FDr4 : Ça a changé de nom 3 fois entretemps. Enfin voilà le but c'était de rémunérer les médecins en plus de leurs actes pour avoir une activité coordonnée.*

*M : Voilà c'est une rémunération pluriprofessionnelle à la maison de santé lorsqu'elle répond à plusieurs critères fixés par l'ARS. Donc y'a des critères fixés par l'ARS. On va commencer par ceux qui connaissent à priori moins : est-ce que vous avez quand même une idée de ces contraintes, de ces critères fixés par l'ARS pour percevoir ces NMR ?*

*FDr1 : Alors bon il faut être une maison de santé avec des activités médicales, paramédicales, infirmiers heu au niveau des médecins je crois qu'il faut être maitres de stage obligatoirement.*

*FDr4 : Non pas besoin ce n'est pas obligatoire, ça apporte des points en plus.*

*FDr1 : Il faut être au moins 5.*

*FDr4 : Non même pas, juste 3 c'est ce qu'on appelle une ESP, une équipe de soins primaire, c'est la base.*

*M : Il nous manque d'autres contraintes ?*

*FDr1 : De travailler en réseau avec un système informatique commun.*

*FDr4 : Ça c'est un socle voilà.*

*FDr1 : La mise en commun des données.*

*FDr2 : La coordination.*

*FDr1 : De faire les réunions de coordination.*

*FDr2 : Les horaires d'ouverture.*

*FDr3 : Les cabinets de groupe en fait heu c'est si elle est en mono site parce qu'elle peut être en multisites la MSP quand les médecins ne travaillent pas forcément sur le même lieu géographique.*

*M : Oui en effet*

*FDr2 : Ce qui a pas été évident au début hein. Ça leur a posé un gros problème hein je me souviens dans le bureau de JC, ils nous regardaient en mode "mais de quoi ils parlent."*

*FDr4 : Alors que c'est eux qui parlaient de multisites mais heu le jour où on leur a proposé un projet tant que c'était pas entre 4 murs et qu'il n'y ait pas une adresse fixe ils ont eu du mal à l'accepter.*

*FDr3 : Les gens de la sécu ont ouais ?*

*FDr2 : Ils nous regardaient bizarrement parce que on leur parlait de multisites, on disait parce que y'a des médecins dans d'autres cabinets, moi par exemple je suis à la Peyrade, je fais quand même parti de la MSP puisque je m'engage sur le même logiciel, sur les mêmes coordinations, sur tout ça.*

*FDr3 : Ouais dans les têtes c'était ancré sur un seul site.*

*FDr2 : Ça a retardé d'ailleurs la validation de la MSP parce qu'ils coïnciaient sur le truc de multisites.*

*FDr4 : D'ailleurs y'a un premier projet qui est tombé à l'eau à cause de ça.*

*FDr2 : Oui c'est ça*

*FDr3 : Moi je vais partir dans le nord de la Lozère m'installer, là-bas c'est le contraire, heu là-bas ils sont tous quasiment isolés les médecins et l'ARS avec la sécu et la MSA, depuis des années, ça fait 3 ans qu'ils essayent de mettre en place une MSP multi sites et c'est les médecins qui sont réticents. Mais là-bas au contraire c'est pas envisageable de faire une maison de santé. Heu y'en n'a pas... 9 médecins généralistes associés ça fait déjà le sixième des médecins généralistes de la Lozère donc heu.*

*FDr4 : Et puis du coup parmi les autres critères je ne sais pas si on a fait le tour ou pas ?*

*M : Non*

*FDr4 : Y'a les critères socles qui sont obligatoires pour du coup le fonctionnement de la MSP et des critères optionnels.*

*FDr3 : Y'a 2 ans quand on a créé la MSP y'en avait que 2 logiciels qui étaient agréés donc y'avait Weda, le nôtre ça tombait bien il a fallu motiver les autres médecins et les infirmières, les kinés etc à s'y mettre. Mais voilà c'est bien car il m'arrive de voir des patients de Jean Philippe et à l'inverse lui voit les miens et on voit l'observation oui ça c'est bien. Et là je sais pas si c'est toujours que 2 logiciels.*

*FDr4 : Maintenant y'en a plus, mais du coup c'est très très compliqué parce que y'en a certains qui étaient agréés, y'en a qui ont perdu leur agrément, qui l'ont retrouvé après. Donc en*

*particulier quand on était à Dijon on a rencontré une MSP en corse, qui a failli mettre la clef sous la porte parce que leur système du jour au lendemain*

*Tous : Ouffff*

*FDr3 : Ah là tu es mal hein.*

*FDr4 : Oui ils avaient investi pas mal donc il avait fallu qu'ils cherchent un nouveau logiciel, qu'ils fassent le transfert des données qui a coûté très cher, pour 6 mois après on leur dit à bah c'est bon votre logiciel il est à nouveau ré agréé. Donc ça c'est un peu... le système d'information c'est la pierre angulaire. Donc c'est très compliqué finalement y'a aucun logiciel heu parfait. Celui qu'on a c'est un des moins pire parce qu'à la base c'est des logiciels médicaux c'est pas des logiciels multi pro. On s'en sert pour nous les médecins du coup c'est bien mais un infirmier ou un kiné qui utilise Weda, à part pour la coordination il en voit peu l'intérêt. Et ça c'est vraiment un gros problème quoi.*

*M : On va revenir sur les nouveaux modes de rémunérations, quelles sont les obligations : vous l'avez dit l'activité coordonnée par un coordinateur ou une coordinatrice ici. Y'a le système informatique, le fait qu'il y ait un ESP, y'a les horaires d'ouverture, normalement de 8h à 20h.*

*FDr2 : Alors c'est pas une obligation, ils sont devenus plus souples, c'est des points en plus.*

*FDr4 : Oui initialement c'était obligatoire.*

*FDr2 : Il y a une ambiguïté entre disponibilité et ouverture. Voilà c'est ça le problème, l'ambiguïté elle est là parce que faut pas confondre ouverture et disponibilité et .... Ça passe pas*

*FDr4 : Oui on en avait discuté parce que en tant que maison de santé multisites qui contient des professionnels de santé para médicaux, on avait argumenté en disant que parmi les partenaires de la MSP y'a des infirmières qui commencent à 5h du mat, d'autres qui finissent à 21h donc y'avait quand même une réponse aux soins même si elle n'était pas médicale mais paramédicale, largement au-delà des amplitudes qui étaient demandées.*

*M : Est-ce que vous connaissez l'utilité des nouveaux modes de rémunérations ? A quoi ils servent? Parce que là ils s'élèvent à combien actuellement ?*

*FDr4 : 172000e on a reçu là...*

*FDr1 : La secrétaire, enfin la coordinatrice qui prend en charge la coordination de tous les professionnels de santé. A financer le logiciel pour ceux qui ne l'ont pas.*

*FDr4 : Même pour ceux qui l'ont*

*FDr1 : Financer peut-être des locaux communs pour avoir des salles de réunion et la coordinatrice. Après pour les autres professions... infirmières kiné .... Pour qu'ils aient les iPads pour les visites à domicile pour pouvoir transmettre les données. Après heu...*

*FDr4 : C'est les principaux trucs.*

*FDr2 : Les réseaux de coordination sont rémunérés*

*FDr1 : Ouais, tout ça, réunions de coordination. Juste question intermédiaire les réunions de coordination elles se sont juste avec les infirmières ou aussi avec les kinés ?*

*FDr4 : Ah non ça peut être heu...*

*FDr1 : Je n'en ai jamais fait avec les kinés. T'en a déjà fait avec les kinés ?*

*FDr2 : Heu oui*

*FDr1 : Parce que moi le kiné on discute au téléphone ou alors ils me laissent des petits mots et je réponds mais je fais pas une réunion de coordination.*

*FDr4 : En fait chaque MSP peut avoir des modes de fonctionnement différents, après ça dépend des statuts qui ont été créés, nous on a décidé que quel que soit la profession c'est le même tarif, la même rémunération. Ici c'est une fois par an, c'est 50e par professionnel qui participe à la réunion.*

*FDr3 : Désolé j'ai dû m'absenter pour parler avec A. Y'a un truc dont on n'a pas parlé, peut être que vous en avez parlé pendant mon absence c'est les protocoles. Ça ça fait partie des éléments socle. Parce que là vous parlez des kinés là et ce qui me fait penser là c'est qu'on a fait des protocoles pour les INR mais c'est encore tendu quand même, les infirmières elles appellent souvent !*

*Rires généraux.*

*M : Est-ce que vous savez dans quels protocoles sont utilisés ces nouveaux modes de rémunération ?*

*FDr4 : C'est vrai qu'on avait le choix on avait tout un tas de sujets qui étaient possibles. Après entre nous on a décidé il fallait en faire au moins 8.*

*FDr2 : 10*

*FDr4 : Je crois qu'on a fait 10 mais il en fallait au moins 8, on s'est dit tu te rappelles on était sur la lancée...*

*M : Est ce qu'ils sont utiles ?*

*FDr4 : En pratique les protocoles on les a faits parce que ça faisait partie du dossier administratif à fournir. Il faut qu'ils soient réactualisés tous les ans mais après en pratique réelle c'est...*

*FDr2 : On a fait des protocoles au-delà de ce que demandait la sécurité sociale. On en a fait plus et ils étaient beaucoup plus fournis que ce qu'on attendait*

*FDr4 : Ha ils étaient béton hein ! Ils ont quand même tous été acceptés. Ce qu'il faut savoir c'est que y'a certaines maisons en Occitanie où les protocoles n'ont pas été acceptés donc ça a été source de conflit.*

*FDr1 : Ça serait intéressant de les avoir ces protocoles. Ceux que vous avez élaborés.*

*FDr4 : Ah oui faut demander à la coordinatrice, elle les a tous.*

*FDr3 : Mais est ce qu'il serait pas possible de les mettre dans Weda et que chaque professionnel de santé y ait accès.*

*FDr4 : Alors on peut les avoir comme ça sur fichier mais après les de les adapter du coup le questionnaire Weda pour certains.*

*FDr3 : Non mais souviens toi quand on était en réunion avec heu tout le monde c'est ce qu'on avait dit, on n'a pas fait suivre l'idée mais c'est ce qu'on avait dit.*

*FDr2 : Alors heu la réponse c'est que c'est très compliqué. Un informaticien quand il te dit que c'est très compliqué, ça veut dire que t'en verras pas la couleur*

*FDr3 : C'est ce que nous avait dit l'informaticien de Weda oui tu as raison.*

*FDr4 : Après y'a un des protocoles pour les INR qu'on a du coup mis dans interrogatoire dans Weda où on coche et décoche des petites cases et ça s'est inspiré du protocole qu'on avait fait. Y'a certaines infirmières qui l'utilisent et qui mettent selon le protocole ont adapté elle-même la dose d'anticoagulant et sont couvertes sans même appeler le médecin.*

*M : J'ai un peu l'impression que du coup outre toi FDr4 qui es bien au courant de ces nouveaux modes de rémunération, les autres vous n'aviez pas d'idées de leur perception ou ce à quoi ils servaient ?*

*FDr4 : Tant qu'on ne l'a pas vécu de l'intérieur, l'ARS, les réunions et ci et ça s'est super compliqué à comprendre quand on y va régulièrement alors.*

*FDr3 : On avait fait une soirée où vous aviez JC et toi amené un rétroprojecteur, c'était hyper complet mais y'avait tellement... et ça date d'il y a 2ans, 2ans et demi pfff f c'est franchement on a tellement de choses en tête que moi j'ai complètement oublié 90% des choses. Mais le topo que vous aviez fait il était super complet.*

*FDr1 : On l'avait fait ici*

*FDr2 : On en avait fait un sur la nomenclature aussi.*

*FDr4 : Non mais c'est vrai que souvent entre la volonté des professionnels de s'unir en MSP et les accords administratifs, plus on leur donne de papiers plus ils en veulent c'est vrai que c'est quand même fastidieux. Heureusement qu'on a eu des éléments qui nous ont entourés, infirmières,*

*collègues, qui étaient investis parce qu'aller faire les allers-retours à la préfecture déposer les factures les ci les compagnies, il faut quand même être motivés*

*FDr3 : Disons que quand même je sais pas si tu vas nous en parler mais en pratique on a eu toutes ces réunions théoriques etc mais en pratique pour moi mais je pense que pour vous c'est un peu la même chose, ce qui est important, 2 choses, c'est le logiciel avec lequel on peut partager les dossiers patients, enfin revoir les consultations avec d'autres médecins, qui sont dans la MSP. Et l'autre chose c'est quand même pas négligeable c'est quand même le financement du logiciel par heu médecin ça fait 1200e par an c'est pas négligeable. Après y'a d'autres choses qui ont été faites mais dans la pratique c'est déjà 2 choses qui sont intéressantes. Et d'un côté patient pour le partage des infos entre médecins et d'un côté financier pour nous.*

*FDr4 : C'est vrai que pour monter les MSP maintenant y'a quand même des éléments facilitateurs dans la région midi Pyrénées y a des personnels de l'ARS qui vont voir des médecins qui sont motivés pour créer des MSP et en fait qui leur mâchent toutes les obligations administratives. Et ici à Montpellier l'URPS fait un petit peu pareil pour les MSP, en fait de fichier pour tous les trucs tu consultes la recette, pareil pour les CPTS c'est des éléments qui sont bien bien facilitateurs qui n'existaient pas il y a quelques années.*

*M : Une maison santé me disait qu'en fait les NMR leur ajoutait du travail en plus...*

*FDr4 : C'est vrai que l'ARS des fois ils ont du mal à comprendre, on aurait bien aimé les rencontrer quand on a fini après nos consultations à 21h, mais eux c'est que le mercredi à 15h et voilà.*

*FDr3 : Nous, enfin personnellement on n'a pas fait grand-chose à part les réunions pour les protocoles, mais FDr4 ou JC ils ont beaucoup bossé, c'est énorme ce qu'ils ont fait.*

*FDr1 : Et vous nous avez bien présenté les choses*

*M : On va revenir sur le guide d'entretien avec une question plus large : Quelles ont été vos motivations pour intégrer cette MSP ?*

*FDr1 : C'est l'intérêt d'être en groupe et de continuer à travailler en groupe et d'avoir un souci des patients en commun, pour être le plus efficace possible pour le patient.*

*FDr2 : Oui pareil c'était surtout de formaliser ce que l'on faisait déjà avec les infirmières essentiellement et avec certains kinés où régulièrement on se téléphonait pour en discuter et mettre en place des choses et compagnie, donc en fait la MSP ça donne un cadre à tout ça.*

*FDr1 : Pour formater. Le travail dans l'ombre que l'on fait est reconnu.*

*FDr3 : Heu bah moi c'est vrai que la façon dont JC et FDr4 nous l'ont présentée, y'avait beaucoup d'avantages, que ce soit financiers ou heu vis à vis du patient, le partage des données à travers le logiciel, ça voilà c'était effectivement, nous on travaillait en groupe depuis 15ans on était déjà avant mais un petit groupe avec P et C. Là on est 9 et c'était l'occasion d'étendre nos infos, notre façon de travailler sur une bonne partie des médecins et des infirmiers, des kinés de Frontignan. Sachant qu'on le faisait plus ou moins comme tu le disais hein le travail de l'ombre, de l'officialiser*



*parce que heu c'est vrai que depuis des années les infirmiers ils nous appellent, les kinés c'est pareil donc c'était quelque part le fait d'avoir une reconnaissance sur ce que l'on faisait depuis de nombreuses années.*

*FDr4 : Oui*

*M : Donc de formaliser.*

*FDr4 : Ils ont bien résumé, c'est vrai que nous finalement ça a été un petit peu un montage à l'envers parce que on fonctionnait déjà plus ou moins comme une MSP, dans ces locaux et aussi avec nos collègues para médicaux et avec nos pharmaciens. Donc en fait on a fait labelliser et officialiser ce qu'on faisait déjà. Et puis comme je le dis souvent l'exercice libéral de médecin généraliste comme je l'ai connu avant pendant mes remplacements, qui travaillait tout seul, sans secrétaire sans personne, heu c'est quand même assez fatigant et puis c'est vrai qu'on a fait 9 ans d'études à l'hôpital où on est habitué à travailler en équipe là du coup finalement on retrouve un petit peu le travail en équipe qu'on avait à l'hôpital. C'est agréable parce que finalement ça permet d'utiliser les compétences de chacun, de tous les professionnels de santé, ça nous donne des infos qui sont parfois capitales sur des patients, que nous on n'a pas forcément attaché d'importance et voilà, sur tout le parcours du soin primaire. C'est à dire le parcours de soin primaire libéral, c'est que le patient soit vu par tel ou tel professionnel en fait il est fléché et cadré et y compris avec les pharmaciens, c'est vrai que c'était quelques chose de récurrent avant, où ils nous appelaient en nous disant "je comprends pas sur l'ordonnance, vous avez oublié quelque chose", maintenant on marque on dit "arrêt de tel traitement pour telle raison" et si il veut voir il se connecte et on n'est pas obligé d'être dérangé en consultation pour dire "j'ai arrêté tel sartan parce que la tension était voilà". Et les pharmaciens dans notre commune ont été assez moteurs et assez motivés. Ils y sont tous sauf une qui tarde un peu.*

*M : Et les pharmacies ont ce logiciel depuis la labellisation ?*

*FDr4 : Oui ils l'utilisent comme ce que font les kinés et les infirmières, ils l'utilisent en double, c'est à dire que s'ils veulent avoir l'information ils se connectent au logiciel, qui n'est pas leur logiciel métier à eux.*

*M : Donc ça au final c'est grâce à la labellisation et à l'obligation du système d'information partagée des NMR.*

*FDr4 : Oui voilà c'était une de nos propositions. On leur a dit au début c'est pris en charge, si on leur avait dit "il faut prendre notre logiciel ça coute tant", là ils auraient peut-être fait la grimace. Là c'est pris en charge donc ils se sont dit c'est encore mieux*

*FDr3 : Y'a une chose aussi sans laquelle c'est intéressant mine de rien parce que moi mine de rien je faisais des efforts pour tenir les dossiers des patients sur le plan informatique. Mais là vu que l'ARS a fait des stats etc, on est vraiment obligés d'être carré sur ce qui est antécédents, motifs de consult, etc etc, donc bah voilà. Avant j'avais tendance à passer vite si j'étais à la bourre et maintenant je prends plus de temps. Alors c'est vrai qu'on perd du temps quand même à taper. Voilà alors quand on a un interne ou un étudiant on jongle avec les examens et puis ça. Mais c'est vrai que ce n'est pas une mauvaise chose non plus voilà, la bonne tenue du dossier médical.*

*FDr4 : Savoir que du coup le dossier médical peut être consulté par un autre professionnel.*

*Tous : Oui Bien sûr.*

*FDr3 : La transversalité*

*FDr1 : La traçabilité*

*FDr4 : Ouais les 2, transversalité et traçabilité.*

*FDr2 : Banco*

*M : Je pose une question qui n'est pas dans mon guide d'entretien mais qui est ressorti dans une autre MSP, où ils ont un peu peur comme ils ont dit de faire rentrer l'œil de Moscou dans leur MSP, vis à vis de l'ARS. En donnant des fonds, avec cette peur d'avoir des comptes à rendre.*

*FDr4 : Souvent ça on l'a évoqué. On a des comptes à rendre sur l'argent qu'ils nous versent. Après du coup voilà si du jour au lendemain ça nous allait plus on se déconventionne et voilà.*

*FDr2 : Le problème c'est que l'œil de Moscou c'est la sécu. La sécu vient nous voir régulièrement pour nous dire ce que l'on fait dans tel ou tel domaine de prescription de machin de bidule. Ça on l'a déjà l'œil de Moscou. Après ils ne vont pas venir nous embêter parce qu'on a vu plus de rhinopharyngites que le voisin de palier. Je crois qu'il faut un peu remettre les choses à leur place, les données sont informatisées depuis longtemps à la sécu. Et ils savent très bien s'en servir. Mais à partir du moment où on est conventionné la sécu voit ce que l'on fait sur beaucoup de critères, et sur plus en plus de critères. Là après lorsqu'on a codé les antécédents, à partir du moment où l'ARS ne refourgue pas ces données aux assurances privées voilà.*

*FDr4 : Oui c'est ça.*

*FDr2 : L'ARS c'est une autre question où là on ne peut pas répondre. Mais si jamais j'avais un doute là j'arrêtera.*

*FDr4 : C'est vrai que c'est un des gros boulots de la coordinatrice en dehors de son boulot de coordination sur le terrain c'est chaque année donner l'état d'activité de la MSP, les statistiques, le nombre de réunions qui ont été faites, les pourcentages il faut qu'on soit dans les clous pour tout un tas de critères. C'est vrai que ça la majeure partie de nos confrères paramédicaux sont pas trop conscients. D'ailleurs c'est souvent ce que me demandent même nos secrétaires du cabinet elles se demandent " mais qu'est-ce qu'elle a à faire la coordinatrice ?" mais si elles voyaient je pense que pffffiiii ça les refroidirait un peu. Parce que les données administratives comptables et statistiques heu la pauvre C, elle est un peu envahie. Je me pose même la question si à un moment donné, je lui ai même un peu demandé, de lui prendre une secrétaire de la coordinatrice parce qu'à un moment elle pourra tout faire.*

*FDr2 : Justement ce qui est intéressant vu que justement vous avez vu d'autres maisons médicales. En termes de taille. On est combien nous ?*

*FDr4 : 9 au niveau de ce local mais je crois qu'on est une 15aine de médecins.*

*FDr3 : 90 % des médecins généralistes de Frontignan*

*FDr4 : A Frontignan on est 20 donc à la maison on est 15 donc les trois quarts.*

*M : Et au total avec les autres ?*

*FDr2 : 170 professionnels de santé. Les infirmières sont très nombreuses.*

*M : A Millau ils sont 5 médecins dans la maison de santé. Mais à Béziers ils sont 10, avec près de 90 professionnels de santé.*

*FDr3 : Ouais mais Béziers c'est 75000 habitants*

*FDr2 : Oui y'a cent et quelques médecins généralistes là-bas*

*FDr3 : En fait nous ce qui a facilité ça c'est que bon FDr4, JC ou même moi, FDr2, on connaissait quasiment tous les infirmiers libéraux de Frontignan, on connaissait quasiment tous les kinés, les pharmaciens c'est pareil. On a des très bonnes relations. Donc ça n'a pas été très compliqué pour les persuader. C'est sûr que si les 4 médecins généralistes ils travaillent chacun de leur côté et ils se regroupent, si en plus ils doivent aller parler à tout le monde ça fait un peu compliqué. Nous ça fait quand même. Moi enfin 20ans, JP ça fait 25ans, JC ça fait 30ans.*

*FDr4 : Au 1er juillet ça fera 15ans qu'on est installés ici. Du coup y'a quand même pas mal de médecins de la MSP qui ont quand même une grosse patientèle. Finalement c'est sur ça qu'est basée la rémunération. Ça c'est discutable mais c'est comme ça à l'heure actuelle.*

*FDr2 : Y'a une certaine logique.*

*FDr3 : Mon épouse est infirmière libérale. Et elles s'entendent bien et elles ont une association. Avant d'en décider elle se sont réunies et en ont pas mal parlé entre elles. On a des bonnes relations entre nous donc ça a été relativement simple. On n'a pas eu à batailler pour les motiver.*

*FDr2 : On avait une infirmière, qui est très investie dans la création et faire fonctionner qui même au niveau de l'association est un élément moteur depuis très longtemps. Donc bon elle s'est emparée du projet et a motivé les autres. Elle a prêché.*

*Tous : Oui c'est ça.*

*FDr4 : Juste une petite remarque c'est que finalement on a réussi à comme disait D, comme on s'entendait tous à peu près bien y'a certains professionnels de santé entre eux y'a des petites tensions, là où ça a été un peu tendu par rapport à la concurrence commerciale ça a été les pharmaciens, avant la création de cette structure. Finalement depuis qu'ils ont compris qu'on était tous dans le même bateau les relations se sont bien apaisées, maintenant tous les pharmaciens de la ville s'entendent bien entre eux alors que...*

*FDr2 : Bah ce n'est pas compliqué quand on est arrivé avec JC, c'était le conseil de l'ordre des pharmaciens qui leur faisait leur tour de garde parce qu'ils n'arrivaient pas à se mettre autour d'une table.*

*FDr4 : Entre temps les pharmacies ont été rachetées, ça a un petit peu été rajeuni y'a eu des rachats. Mais maintenant y'a quoi 6 ou 7 pharmacies à Frontignan, c'est vrai que l'entente est bien bien plus cordiale.*

*M : Depuis qu'il y a cette SISA ?*

*FDr4 : Oui depuis qu'il y a les réunions, que porte notre association de MSP, c'est vrai que les pharmaciens y sont tous, 100% des pharmaciens qui viennent en réunion. Ceux qui voient le moins d'intérêt, c'est les kinés. On s'était posé des questions, est ce qu'ils n'avaient pas trop envie qu'on regarde ce qu'ils faisaient, est ce qu'ils n'avaient pas envie de faire des papiers en plus....*

*FDr3 : Je crois que le plus lourd pour eux, enfin je me mets un peu à leur place, c'est l'informatisation. Ils ne travaillent jamais sur l'ordi les kinés. Les infirmières libérales, elles, c'est peut-être un peu moins lourd parce qu'avant qu'on ait créé la MSP, une des infirmières souvent elle m'envoyait des photos des escarres, ces ci, des mi. Les photos, tu branches l'appareil sur l'ordinateur et pouf tu les balances directement dans le dossier du patient. Donc ça ça ne leur a pas forcément alourdi. Les kinés heu.*

*FDr2 : C'est que les infirmières leur évolution en 30 ans, c'est qu'avant elles travaillaient seules, 7jours sur 7 et que à un moment y'a une nouvelle génération qui est arrivée qui a dit c'est bien, mais peut mieux faire. Elles ont commencé à travailler à 2 puis à 3, ce qui fait qu'elles ont l'habitude de travailler en équipe. Puisqu'elles se font des relève etc. Les kinés non. Ils gèrent leur clientèle en fonction des horaires des machins et bidule, mais ils sont encore sur le principe de la clientèle d'un individu. Parce que moi y'a de ça quelques années, j'en avais parlé avec ceux du quartier de la Peyrade là, ils étaient 3. D'envisager de faire une fédération de kinés, avec des kinés qui se spécialiseraient un petit peu plus sur le membre inférieur, le membre supérieur, le rachis etc.*

*Tous : Oui c'était bien*

*FDr2 : Heu ils m'ont dit : "non mais nous tu comprends on a notre clientèle". Voilà se retrouver tous les 3 dans un local ils ne voyaient pas trop l'intérêt et puis se former pour machin bidule et puis à ce moment-là nous médecins on a un patient avec un problème on se dit : c'est pour un tel. Tout le monde va bosser je veux dire ça empêchera pas de faire de la kiné générale en plus. Ils sont toujours dans ce truc-là. Quand ils arrivent à saturation de rdv, c'est là qu'ils envisagent de prendre quelqu'un où de s'associer avec quelqu'un. Mais penser en groupe en disant voilà. L'avantage de l'informatique c'est de pouvoir dire voilà moi sur les 3 dernières années, des prescriptions de post opératoire sur le genou j'en ai eu tant. Etc. Voilà ils ont pas ça. Ou alors si ils peuvent le faire avec leur logiciel métier je vais me renseigner. Mais ils sont encore dans leur système de clientèle et de réduire les frais, et d'avoir plus de temps libre.*

*FDr3 : Ils travaillent complément différemment des infirmières. Et ils sont un peu comme les médecins y'a 40ans ou 50ans. Les infirmières quand elles prennent en charge un patient à domicile*

*qui décline, le kiné quand il va passer alors c'est une fois sur 10 que c'est le kiné qui va t'appeler. 99% du temps c'est les infirmiers qui appellent.*

*FDr1 : Oui le kiné va leur dire, vous êtes fatigué je passe pas.*

*FDr3 : Oui voilà alors qu'il est tout à fait habilité à voilà...*

*FDr4 : Les infirmières y ont trouvé un intérêt scientifique et intellectuel parce que finalement, jusqu'à maintenant elles avaient des ordonnances pour surveiller la tension, ou administrer de la Rocéphine et tout ça. Et elle faisait les trucs elle demandait au patient, si elle voulait elle téléphonait au médecin mais c'était pas toujours le cas. Et en fait on s'est rendu compte qu'elles étaient que très rarement au courant des antécédents du patients donc du coup c'est quand même bcp plus intéressant pour elle d'avoir sous les yeux le compte rendu de la consultation ou de l'opération et de tous les antécédents du malade. Heu quand elle est à domicile.*

*FDr3 : A nous de bien tenir le dossier. Je pense à un des médecins qui travaillent avec nous, qui a des problèmes pour tenir ça. Et l'obligation d'avoir des jeunes, enfin le fait d'être maitre de stage. Ça pour elle ça a été quelque chose de super parce que les jeunes vous avec l'ordinateur vous avez grandi avec ça. Et elle qui avait du mal avec ça à t'intégrer les antécédents, c'était... elle elle savait tout de tête mais quand tu voyais un de ses patients...*

*FDr1 : C'était "Ah mais vous ne savez pas mais j'ai un cancer"... ha.*

*Rires généraux*

*FDr3 : Oui voilà, plus ça va plus ses patients sont nickel avec ses antécédents. Pourquoi parce que les jeunes qui arrivent vous avez été formatés à ça, vous voulez avoir tout. Alors moi souvent on s'est partagés des étudiants et tu les vois ils te disent, oui, je lui ai mis tous ses dossiers à jour, et ça c'était bénéfique. Donc tu vois on parlait tout à l'heure de l'obligation ou non d'être maitre de stage et bin ça c'est intéressant.*

*M : Donc finalement le but était de voir si vous trouviez des utilités à ces nouveaux modes de rémunération.*

*FDr4 : Y'en a quand même pas mal.*

*FDr2 : Indépendamment du mode de rémunération, le fait qu'on soit très nombreux à travailler avec le même logiciel, heu que on avait déjà les liens avec les infirmières et tout, mais qu'on puisse le formaliser, que ça profite à tout le monde, que les infirmiers puissent accéder à un dossier pour avoir les antécédents, les traitements, c'est du temps de gagné et c'est de la sécurité en plus et c'est bcp plus confortable parce que quand on les a au téléphone tout le monde sait de quoi on parle. Voilà.*

*FDr4 : Le but à la base c'était ça, c'est à dire la sécurisation du parcours de soins primaires et à terme heu dans la tête des ministres qui ont pondu ce truc c'était faire des économies globales du système de santé. Parce que mieux organiser les soins primaires ça veut dire moins de malades à l'hôpital et donc des couts plus intéressants.*

*Et d'ailleurs les autres pays européens qui ont réussi à organiser mieux leurs soins primaires heu y'a quelques années en arrière du coup ils s'en sont retrouvés. Que l'hôpital dans certains pays ça reste vraiment le truc de dernier recours soit pour de l'aigu ou du chirurgical. En France petit à petit on y arrive mais avec une petite note de retard.*

*FDr2 : C'est vrai que quand on a parlé de l'informatisation de la santé c'était au début des années 90, la sécurité sociale a raté l'informatisation, ça a été une catastrophe. Parce que là du coup, business oblige, y'a eu une émergence de logiciels mais alors y'ne avait des wagons en 95, 25 ou 30, combien il en reste actuellement.*

*FDr3 : Y'en a encore pas mal.*

*FDr2 : Oui mais ils appartiennent tous au même et puis après y'a des contrats ils ont été obligés de garder certains logiciels pour faire des mises à jour pour réussir à les intégrer à un seul. Mais la sécu aurait créé son propre système informatique en réseau, comme les banques comme les assurances, ça aurait été beaucoup plus simple beaucoup moins onéreux.*

*FDr4 : C'est le cas au pays bas ou toutes les MSP du pays ont le même système informatique.*

*FDr2 : En Angleterre aussi*

*M : Dernière question, qui ne va pas trop vu que votre MSP était déjà physiquement créée depuis longtemps, c'était dans quelle mesure les NMR ont été une motivation à la création d'une MSP.*

*FDr4 : Nous y'a eu quand même l'extension multi sites du coup et puis après voilà...le fait d'avoir des rémunérations ça a permis d'avoir tout ce qu'on a dit, le logiciel commun, là on a distribué 30 tablettes 4G aux infirmiers, qui peuvent l'utiliser au domicile, ça aussi c'est un truc dont on n'a pas parlé.*

*FDr1 : La création d'un nouveau local aussi qui va arriver !*

*FDr4 : Oui aussi. Oui aussi on n'en a pas parlé mais notre logiciel est en ligne donc aussi bien pour nous que pour les infirmiers ou les kinés on peut consulter sur notre tablette ou smartphone les données du patient et on peut les agréments. Donc l'infirmière elle est au lit du malade elle peut la prendre en photo, et instantanément ça rentre dans le logiciel, nous on peut être chez un autre malade ou en consultation et on peut le regarder directement. Ça a quand même facilité les choses.*

*FDr2 : Ça a permis de valoriser et formaliser tout ce travail de l'ombre et de la valoriser en payant des outils qui rendent les choses beaucoup plus faciles.*

*M : Si vous devriez le refaire ?*

*FDr1 : Non c'est fait c'est fait.*

*FDr1 : C'est l'administratif*

*FDr4 : Avec des formalités administratives plus simples oui mais c'est vrai que ça a été un peu le parcours du combattant...*

*FDr1 : Et ça demande de l'investissement personnel.*

*FDr4 : Et du suivi, une fois par an faut quand même aller à l'ARS, pondre les données, les comparer entre MSP etc*

*FDr3 : Moi là-haut (en Lozère). S'il faut que j'aille voir les médecins, les motiver etc, les infirmières elles sont beaucoup plus organisées, motivées que les médecins. Et je le ferais mais voilà j'ai pas envie de crouler sous le temps perdu à droite et à gauche parce que c'est ça le problème c'est que quand tu mets le doigt dans l'engrenage c'est un temps et un investissement en temps énorme quoi. Et ça ça va être le problème. Parce que les infirmières là-bas elles savent qu'ici on est une MSP, une grosse MSP. Et là-haut on s'est déjà réunis pour ça, elles attendent de moi que j'aille motiver les médecins et que je sois un moteur. Mais moi j'ai pas envie de faire ce que JC et B on fait parce que c'est hyper lourd quoi. C'est ça le problème.*

*FDr4 : Ce qu'il faut savoir c'est que maintenant il y a des rémunérations pour ça. Là c'est le cas pour les CPTS et aussi pour les MSP ou justement le fond FIR qui est versé par l'ARS ça permettra de financer le temps perdu en réunion.*

*FDr3 : Y'a ça et la MSA et l'ARS que j'ai eues pour moi perso m'ont dit qu'il y a des facilitateurs là maintenant. Des gens qui sont payés pour ça pour faire les réunions pour monter les dossiers et cætera...*

*FDr4 : oui c'est vrai.*

*M : Ok très bien on va arrêter là, merci beaucoup pour votre participation.*

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*



# RESUME

**Introduction :** Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ont été conçus pour compléter le paiement à l'acte dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Ils visent à moderniser l'organisation des soins primaires en développant de nouvelles tâches et en valorisant la coordination pluriprofessionnelle. Notre travail s'est attaché à faire émerger l'importance des NMR dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une MSP.

**Matériel et méthode :** L'étude qualitative, en focus group, incluait des médecins généralistes installés exerçant en MSP. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement puis analysés thématiquement de façon longitudinale puis transversale.

**Résultats :** Trois focus groups ont été réalisés entre mars et mai 2019. 12 médecins ont été interrogés dans 3 entretiens. Les NMR n'ont pas eu d'importance dans la motivation à intégrer leur MSP pour une majorité des participants, souvent méconnus lors de sa création. Cependant pour ceux qui les connaissaient initialement, ils ont représenté un réel moteur à la création de leur MSP. Ils apportent une aide financière et fonctionnelle, et ont favorisé le développement en quantité et en variété des actions pluriprofessionnelles. Des aspects négatifs restent présents, notamment des démarches jugées trop complexes et chronophages.

**Conclusion :** Le manque de connaissances des NMR et la complexité des démarches pour les obtenir sont les deux points majeurs à améliorer pour les rendre plus attractifs auprès des médecins généralistes. Cela doit être encouragé, car ils représentent un levier puissant pour engager une transformation de l'organisation et des pratiques, pour une prise en charge plus globale et maîtrisée des patients.

**Mots clés :** nouveaux modes de rémunération / médecin généraliste / maison de santé pluriprofessionnelle / motivation / focus group