



HAL
open science

Représentations concernant la relation avec le médecin traitant, ayant accompagné le passage des patients en maison de santé pluriprofessionnelle : étude préliminaire par méthode qualitative au sein des maisons de santé de Targon, Créon et Saint-Caprais

Hélène Capois-Gotchac

► **To cite this version:**

Hélène Capois-Gotchac. Représentations concernant la relation avec le médecin traitant, ayant accompagné le passage des patients en maison de santé pluriprofessionnelle : étude préliminaire par méthode qualitative au sein des maisons de santé de Targon, Créon et Saint-Caprais. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02994579

HAL Id: dumas-02994579

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02994579>

Submitted on 7 Nov 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.

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Hélène CAPOIS GOTCHAC

Née le 20 juin 1989 à Paris (75)

Le 3 septembre 2020

**REPRESENTATIONS CONCERNANT LA RELATION AVEC
LE MEDECIN TRAITANT, AYANT ACCOMPAGNE LE
PASSAGE DES PATIENTS EN MAISON DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELLE**

**Etude préliminaire par méthode qualitative au sein des maisons de santé
de Targon, Créon et Saint Caprais**

Sous la direction de
Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Rapporteur
Monsieur le Professeur William DURIEUX

Membres du jury

Monsieur le Professeur JOSEPH, Jean-Philippe
Monsieur le Professeur DURIEUX, William
Monsieur le Docteur MONTARIOL, Yves
Monsieur le Docteur VEAUX, Philippe

Président
Rapporteur
Examinateur
Examinateur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider le jury. Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et de votre implication. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A monsieur le Professeur William DURIEUX,

Merci d'avoir accepté de rapporter mon travail avec soin et de le juger avec votre regard de médecin généraliste. En souvenir de mon très bon stage de SASPAS à Targon avec les docteurs FEUGA, GOUJON et VANDAMME, merci encore.

A monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,

Vous avez accepté de participer à ce jury et ainsi de juger mon travail. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Philippe VEAUX,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury et de juger mon travail malgré la distance, je t'en remercie infiniment ! Merci d'avoir rendu mon stage de niveau 1 si agréable en me faisant découvrir ce beau bassin d'Arcachon tout en travaillant !

A monsieur le Docteur Baptiste LUACES,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, le partage de ton expérience et ton soutien ont été primordiaux pour l'avancée et l'aboutissement de cette thèse, malgré ton emploi du temps chargé.

A mes proches :

A Julien, mon mari, ton intelligence, ta curiosité, ton perfectionnisme, ton sens de l'organisation, ta sérénité, ta droiture, ta générosité...mais que faisais-tu dans cet internat miteux, aux murs recouverts de tags, au sol crasseux et aux barquettes de blettes braisées rythmant notre quotidien ?!! Peut-être est ce le gouda à la truffe que tu m'avais acheté en faisant tes courses, ou la fois où tu as réparé ma voiture en deux temps trois mouvements (grâce à l'expérience de cette fameuse polo à laquelle tu tiens tellement !), ou encore cette perruque rousse/jupe en cuir qui t'allait si bien, ou les trois à la fois ? On ne saura jamais, mais ça s'est terminé en mariage...un peu comme dans Cendrillon tout compte fait ! Pour finir, je sais bien que tu m'en voudrais de ne pas avoir mentionné ton humour ravageur qui fait mon bonheur au quotidien, sans oublier toutes tes petites attentions qui font de moi la femme la plus gro...heureuse du monde ! Et dire que dans un mois je vais devoir te partager !!

A mon petit bonhomme, j'espère que tu auras la patience d'attendre que je soutienne ma thèse pour pointer le bout de ton nez ! Quelle hâte de te rencontrer ! Coquille ne va peut-être pas être aussi enthousiaste et il va falloir te préparer à lui faire les yeux doux, mais si tu tiens de ton père, ça ne devrait pas poser de problème !

A mes parents Richard et Béatrice, j'allais dire merci de votre générosité, vous qui m'avez donné la chance de suivre ces longues études dans les meilleures conditions possibles...mais avouez que vous étiez contents de garder votre dernier poussin au chaud si longtemps. Bon, quelques petits coups de stress de rien du tout, un zomigoro de temps en temps maman, mais sinon c'était plutôt sympa 😊 Heureusement qu'elles n'ont pas été plus longues ces études, on aurait fini par m'appeler Tanguy ! Papa, les blagues sur ma thèse (débutées en deuxième année de médecine) allant devenir obsolètes, un nouveau registre est à élaborer d'urgence !

A mes frères et sœurs, Eugénie, Typhaine, Charles, et ma belle-sœur, Clémentine,

j'allais dire assez formellement, merci pour tous ces bons moments partagés ensemble, et merci d'avoir accueilli Julien si chaleureusement, ce qui est vrai.

J'ajouterais pour la touche humoristique que vous avez été mes premiers soutiens, ayant compris assez rapidement l'intérêt d'avoir une sœur en médecine, même si vous vous êtes rendu compte que ça se terminait souvent avec du doliprane :

Allo Hélène, j'ai un bouton derrière l'oreille droite, et l'oreille gauche me gratte ! Allo Hélène, tu veux pas faire un DU de médecine esthétique pour me faire des injections d'acide hyaluronique ? Allo, Hélène, je sais qu'il est 1h du matin, mais ma sœur s'est coupé le doigt avec un boîte de conserve d'ananas, tu veux pas la recoudre s'il te plaît ? Allo Hélène je suis tombée en panne sèche sur l'autoroute parce qu'une cannette de coca cachait ma jauge d'essence ... Ah non pardon, il n'était pas pour moi cet appel !

A mes grands-parents maternels, on ne se voit pas assez souvent, mais je sais toute votre implication dans mes études et dans ma vie. Je sais aussi que vous auriez aimé pouvoir venir. Je vous embrasse très affectueusement, à très vite.

A mes nombreux cousins adorés, toujours fidèles au rendez-vous habituellement, mais pour la soutenance de nos thèses avec Julien, ils ont dû flairer l'arnaque...4h de charabia tout ça pour boire du faux champagne, faut pas pousser !! Notre relation n'a pas de prix pour moi, et j'ai hâte de voir tous nos petits poussins former la même troupe (mais en plus sages) très bientôt.

A ma belle famille, merci d'avoir, chacun à votre manière, contribué à fabriquer chaussure à mon pied de manière si parfaite ! Merci de m'avoir confié ce rôle de messenger auprès de votre enfant prodige que je prends très à cœur, mais sachez, même si ça me fait beaucoup rire, que ça le vexé comme un pou. Plus sérieusement, merci pour votre accueil si chaleureux !

A Anna,

Ton amitié fidèle, ton dynamisme et tes blagues d'une finesse sans pareil me sont très chers ! Pour parfaire le tableau, tu t'es trouvé un petit mari au poil, **Fabien**, nos soirées ensemble sont toujours une franche marrade et j'espère qu'elles seront encore nombreuses !

J'ai hâte que l'on partage nos premières expériences de parentalité...on compte sur vous pour la décompression !

A mon fidèle club des 5...euh non 6 ! **Lucie, Delphine, Claire, Priscie, Clotilde**, rencontrées au Loquidy il y a maintenant 16 ans. Notre « rendez-vous dans 10 ans » au Café Pop n'a jamais eu lieu car nous ne nous sommes jamais vraiment quittées...et que ce bar n'a pas résisté à notre amitié ! Merci pour tous ces fous rires et pour votre soutien sans faille, pourvu que nos retrouvailles régulières résistent à toutes les tempêtes (rides, kilos, enfants etc) !

A **Solène et Juliette**, mes collégiennes préférées, la distance, le temps et la malchance ont souvent espacé nos retrouvailles, mais elles gardent malgré tout une douce saveur à chaque fois !

A **Camille**, que de fous rires avec **Titouan, Marin, Clément** et **Peggy** en médecine interne à Saint André, où l'on s'est rencontré...Depuis nous ne nous quittons plus et nous allons même travailler ensemble, j'ai hâte !

A **Anne So**, ta spontanéité et ta franchise qui font tout ton charme m'ont tout de suite plu ! Ta motivation sans pareil pour faire la teuf aussi d'ailleurs, vivement qu'on puisse mettre fin à notre abstinence forcée ! Merci de m'avoir accueillie dans ton « groupe de filles » où j'ai pu rencontrer **Isabelle, Alexia, Pauline, Daria, Lise, Gaëlle**...de belles amitiés en devenir !

A **Théo**, mon fidèle soutien dans la rude « bataille » que j'ai dû mener face au vil ennemi ! Je garde de bons souvenirs de nos grands débats bien arrosés du temps de votre colocation avec Julien, qui ont marqué le début de notre amitié. Il faut dire qu'avec ta jovialité, toujours prêt à faire ou à rire à une bonne blague, ça a vite collé ! Et ça tombe bien que vous viviez dans la même ville que nous parce que j'ai encore plein de bonnes vannes à te faire !

A **Philippe et Thomas**, mes colocataires bordelais préférés, dans un mois top chrono on file à la tanière se faire un bon meatoche, ça me manque tellement !

A **Anne-Claire, Marine et Simon, Laura, Hortense**, c'est toujours avec plaisir que je vous retrouve !

A **Caroline**, ma cointerne d'Orthez, il faut absolument que je m'incruste chez toi à Mont-de-Marsan ! A **Michel**, mon cointerne du Bouscat, hâte de rencontrer ton petit bout de chou !

A **Sarah**, merci pour ton efficacité et ta réactivité concernant le double codage de mes entretiens, malgré la naissance récente de ta petite Lucie !

A **Nico**, mon soutien de la première heure, dès Périgueux, puisque tu es le premier de la bande que j'ai rencontré ! Je te dois beaucoup !

A **Olivier**, mon taxeur de clopes préféré, merci pour ton chalet à la montagne et surtout pour ton sauna ! A **Yanis**, la générosité incarnée, merci pour les bonnes bouffes devant GOT. Revenez nous vite et entiers tous les deux, vous allez nous manquer et on va avoir besoin de vous pour le babysitting !

A **Julien**, le grand sentimental, merci pour tes huîtres délicieuses, dans un mois top chrono on débarque à la cabane ! Spéciale casdédi à **Ali** qui a directement contribué à la réalisation de nos thèses grâce à un plein de courses extraordinaire chez Liddl !

A **Helenka, Sandrine, Anatol, Jules, Sarp, Max, et tous les autres**, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre bande, merci pour votre investissement et votre bonne humeur qui ont fait rayonner notre mariage, vous êtes toujours fidèles au poste quand Julien a besoin de vous, vous êtes vraiment des copains en or !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	11
LISTE DES TABLEAUX.....	11
I. INTRODUCTION	13
II. DESCRIPTION DES MAISONS DE SANTE ETUDIEES	17
1. MSP de Targon.....	17
2. MSP de Créon	18
3. MSP de Saint Caprais.....	18
III. MATERIEL ET METHODE	19
1. Equipe de recherche et de réflexion	19
1.1 Caractéristiques personnelles	19
1.2 Relation avec les participants.....	19
2. Conception de l'étude.....	19
2.1 Cadre théorique	19
2.2 Sélection des participants	20
2.3 Contexte	20
2.4 Recueil des données	20
3. Analyse et résultats.....	21
3.1 Analyse des données	21
3.2 Résultats	21
IV. RESULTATS	23
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	23
2. Concordance avec la grille COREQ.....	24
3. Description des données recueillies	25
3.1 Identification du médecin traitant.....	25
3.2 La relation du médecin traitant avec son patient.....	26
3.3 La disponibilité du médecin traitant.....	29
3.4 Le déroulement de la consultation.....	31
3.5 Prise en charge par les autres médecins de la MSP.....	32
3.6 Changement et conséquences.....	34
3.7 L'importance d'avoir un médecin traitant.....	36
3.8 Souhaits des patients	37

V. DISCUSSION	39
1. Discussion de la méthode	39
1.1 Equipe de recherche et de réflexion	39
1.2 Conception de l'étude.....	39
1.3 Analyse et résultats.....	41
2. Discussion des résultats.....	42
2.1 Identification du médecin traitant.....	42
2.2 La relation du médecin traitant avec son patient.....	44
2.3 La disponibilité du médecin traitant.....	46
2.4 Le déroulement de la consultation.....	48
2.5 Prise en charge par d'autres médecins de la MSP.....	49
2.6 Changement et conséquences.....	50
2.7 L'importance d'avoir un médecin traitant.....	52
2.8 Souhaits des patients	53
2.9 Théorie ancrée	55
3. Perspectives	55
3.1 Un nouveau concept du médecin traitant pris en compte par la Sécurité Sociale.....	55
3.2 Optimisation de la relation médecin-patient	55
3.3 La réponse du gouvernement, suscitant des avis partagés	56
VI. CONCLUSION	59
Références bibliographiques	61
Annexes	65
Annexe 1 : grille d'entretien.....	65
Annexe 2 : fiche d'information	67
Annexe 3 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ.....	69
Serment d'Hippocrate.....	73

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
ECR	Essais Cliniques Randomisés
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FMF	Fédération des Médecins de France
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage des Universités
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SCM	Société Civile de Moyen
SCP	Société Civile Professionnelle
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Family Doctors

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques des patients interrogés	23
------------------------------------------------------------	----

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'accessibilité aux médecins généralistes en matière de disponibilité et d'accessibilité spatiale se dégrade et continuera de le faire. Le nombre d'équivalents temps plein de médecins libéraux rapporté à la population baisserait de 18% entre 2016 et 2040 (Bachelet et Anguis, 2017)(1). Parallèlement, il existe une augmentation de la demande de soins primaires sous les effets conjugués du vieillissement de la population, de l'évolution des attentes des usagers, et de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques (2,3). Pour y faire face, depuis 2005, la définition de zones déficitaires par les pouvoirs publics sert de cadre au déploiement de dispositifs visant à attirer et maintenir des médecins généralistes dans ces zones via des incitations financières individuelles et, plus récemment, via **l'amélioration des conditions d'exercice, notamment sous la forme de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** (1).

Elles sont récentes dans le système de soin français, mais elles se sont développées très vite et sont aujourd'hui en plein essor. Elles se sont d'abord implantées en zones rurales alors que les plus récentes sont de plus en plus urbaines. Selon une étude publiée en 2020 par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDS) sur l'attrait des MSP pour les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins, il existe **1332 MSP ouvertes au 1^{er} janvier 2020 en France** contre moins de 20 en 2008. Première fois définies en 2007, l'actualisation la plus récente de la définition des MSP est celle de la loi Fourcade du 10 août 2011(4). Concrètement, elles regroupent plusieurs professionnels de santé de premier recours exerçant à titre libéral, elles comptent au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé paramédical et leurs membres sont unis par un projet commun établi à partir d'un diagnostic de territoire. Des aides financières au fonctionnement sont prévues dans le cadre d'un **Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)** de proximité, signé entre l'Assurance Maladie et les syndicats des professionnels de santé libéraux de premiers recours. Elles sont versées en contrepartie de l'atteinte d'objectifs visant à améliorer l'accessibilité aux soins, la coordination interprofessionnelle et les systèmes d'information.

Elles permettent aux médecins de réduire leur temps de travail grâce à une **mise en commun de la patientèle**. Elles ont prouvé leur efficacité en termes d'offre et d'accès aux soins primaires, mais également en termes de confort (5–7), de sécurité et d'efficience (8) pour les médecins généralistes (9). D'après nos recherches bibliographiques, les patients sont satisfaits du fonctionnement global de ces MSP (10–13). Il est aussi rapporté que les patients accordent plus d'importance aux qualités relationnelles du médecin qu'à la structure (10,12,13), les qualités techniques de soins étant rarement l'objet de jugement.

Nous savons que la relation de confiance facilite et motive l'accès aux soins. A l'inverse, l'absence de confiance apparaît comme un frein majeur entraînant parfois un changement d'orientation dans le parcours de soin (14), et même dans certains cas, un renoncement aux soins. **Autrement dit, ce qui se passe entre un malade et son médecin traitant est considéré par tout le monde comme un élément déterminant dans la qualité et dans l'efficacité des soins** (15–18). Dans cette logique, depuis 2004, la sécurité sociale impose un seul médecin traitant pour un meilleur suivi (19). La relation médecin-patient est ainsi formalisée dans la durée, ce qui est l'une des caractéristiques de la médecine générale selon la définition donnée par la WONCA, l'organisation mondiale des médecins généralistes :

« La médecine générale a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique »(20).

L'irruption d'intervenants multiples dans une relation traditionnellement duelle, qui peut avoir lieu au sein des maisons de santé, nous a amené à la question de recherche suivante :

Quelles représentations concernant la relation avec le médecin traitant, ont accompagné le passage des patients en maison de santé ?

A l'aide d'une étude qualitative, l'objectif était d'évaluer les représentations des patients sur leur relation avec le médecin traitant ayant accompagné leur passage dans les MPS de Targon, Saint Caprais et Créon. Secondairement, il s'agissait d'évaluer l'importance pour les patients d'avoir un médecin traitant et de rechercher des voies d'amélioration selon les désirs exprimés par les patients.

Nous détaillerons, dans un premier temps, les particularités des trois MSP étudiées.

Nous décrirons ensuite la méthodologie de notre étude et ses résultats, et enfin nous analyserons ces résultats en les confrontant aux données de la littérature.

Loin d'être spécifiques à la France, ces évolutions s'inscrivent dans un contexte international qui accorde une attention croissante au point de vue des usagers dans l'organisation du système de santé (2).

II. DESCRIPTION DES MAISONS DE SANTE ETUDIEES

1. MSP de Targon

- Localisation : Targon, commune d'environ 2100 habitants, située en zone rurale dans le département de la Gironde.
- MSP multisite (cabinet de kinésithérapie délocalisé)
- Statut juridique : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) depuis le 3 avril 2014, la première de Gironde.
- Composition : 6 médecins (6 Maîtres de Stage des Universités (MSU)) + **3 internes de médecine générale**, 2 dentistes, 3 cabinets infirmiers avec protocole Asalée*, 4 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 1 sage-femme.
- Fonctionnement général : ouverte du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h, sur rendez-vous. **Un médecin dit de « U » désigné chaque jour, prend prioritairement les urgences et garde la ligne jusqu'à 20h.** Un médecin assure le samedi matin à tour de rôle. Réunion de coordination des médecins une fois par semaine.
- Fonctionnement concernant le médecin traitant : tous les nouveaux patients sont affectés au dernier médecin arrivé dans la MSP, qui fait la déclaration de médecin traitant, sans obligation pour le patient d'être suivi par ce dernier si le contact n'est pas bon.

*Protocole Asalée : sur proposition du médecin, l'infirmière de santé publique Asalée assure des consultations d'éducation thérapeutique pour les diabétiques de type II, pour les patients qui représentent des risques cardiovasculaires, de bronchite chronique obstructive et/ou des troubles de la mémoire.

2. MSP de Créon

- Localisation : Créon, commune semi-rurale d'environ 4500 habitants, dans le département de la Gironde.
- MSP monosite.
- Statut juridique : SISA pour tous les médecins.
- Composition : 4 médecins (dont 1 MSU), **1 interne de SASPAS**, 6 kinésithérapeutes, 3 IDE, 2 orthophonistes, 1 psychomotricienne, 1 psychologue.
- Fonctionnement général : du lundi au vendredi, consultations de 8h à 20h avec, **pour chacun des médecins, créneaux disponibles pour « pathologies du jour » prenables uniquement le jour même**. Le samedi, consultations de 8h30 à 12h.
- Fonctionnement concernant le médecin traitant : comme dans un cabinet de groupe classique.

3. MSP de Saint Caprais

- Localisation : Saint Caprais, commune d'environ 3200 habitants, située en zone rurale dans le département de la Gironde.
- MSP monosite.
- Statut juridique : **société civile professionnelle (SCP) pour les médecins donc partage des honoraires**, SISA pour l'équipe, « hors SISA » pour les psychologues et les ostéopathes.
- Composition : 5 médecins généralistes (dont 2 MSU) + **1 interne de premier niveau**, 4 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), 1 infirmière Asalée, 2 orthophonistes, 2 psychologues, 1 ostéopathe, 3 accueillantes.
- Fonctionnement général : du lundi au vendredi, consultations de 9h à 18h avec environ la moitié des créneaux prenables à l'avance **et la moitié en « pathologie du jour » prenables uniquement le jour même. Un médecin assure chaque soir une consultation sans rendez-vous et garde la ligne jusqu'à 20h**. Un médecin assure le samedi matin à tour de rôle.
- Fonctionnement concernant le médecin traitant : au vu du fonctionnement en SCP, peu importe le médecin qui fait la déclaration de médecin traitant, il ne sera pas forcément le médecin suivi.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Equipe de recherche et de réflexion

1.1 Caractéristiques personnelles

L'enquêtrice était médecin généraliste remplaçante lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés. Elle était novice dans la pratique de la recherche qualitative.

1.2 Relation avec les participants

L'enquêtrice était inconnue des patients. Dès le début de la rencontre, le patient devait être informé de la profession de l'enquêtrice, de l'objet et de la finalité de l'étude, de l'anonymat et du caractère confidentiel des réponses données, et de l'enregistrement audio de l'entretien. Une demande a été réalisée auprès de la CNIL. Une note d'information récapitulative devait être remise au patient ainsi que le consentement par écrit, qu'ils me rendaient signé en main propre avant de débiter l'entretien.

2. Conception de l'étude

2.1 Cadre théorique

Le choix s'est porté sur une étude qualitative par analyse d'entretiens individuels semi-dirigés. L'approche théorique utilisée pour l'analyse des données s'est portée sur la « grounded theory », dans laquelle le codage est ouvert, centré sur la question de recherche. A la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger des thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données.

2.2 Sélection des participants

L'étude a été réalisée au sein des maisons de santé de Targon, Créon et Saint Caprais.

Elles ont toutes trois, été contactées par mail afin de leur présenter le projet, les objectifs et la méthode envisagée. L'échantillonnage raisonné l'a été en considérant les éléments suivants : l'âge, le sexe, la présence ou l'absence de maladie chronique et le lieu de suivi. Les patients mineurs ont été exclus. Les patients devaient être recrutés dans la salle d'attente sur ces critères, et interrogés à la sortie de leur consultation. Un premier contact téléphonique était établi afin de présenter à nouveau le projet et fixer un rendez-vous. Les patients avaient la possibilité de refuser de participer. Nous avons cherché à obtenir saturation des données et de déterminer ainsi le nombre de patients sélectionnés.

2.3 Contexte

Les entretiens devaient être réalisés sur place, dans un bureau fermé de la maison de santé. Il n'y avait pas d'autres participants que l'enquêteur et le patient. Le recrutement des patients se faisait dans la salle d'attente.

2.4 Recueil des données

Les premières questions avaient pour but de qualifier l'échantillon. Quatre questions ouvertes suivaient : L'état du suivi précédent, l'état du suivi actuel, l'importance d'avoir un médecin traitant, et les modifications éventuelles à apporter pour l'amélioration du suivi en maison de santé pluri professionnelle. Des questions de relance permettaient de recentrer le discours en cas de dérive ou si les patients n'apportaient pas spontanément leur point de vue sur les principaux thèmes, elles n'étaient pas obligatoirement posées. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un dictaphone numérique. Les entretiens ont été intégralement retranscrits mot pour mot via Microsoft Word, y compris les données non verbales.

3. Analyse et résultats

3.1 Analyse des données

Le codage des verbatim a été effectué à l'aide d'un logiciel d'analyse des données qualitatives nommé Taguette sur Mac. Il permettait de faciliter la collecte, l'organisation ainsi que l'analyse des données.

Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : madame Sarah HUSSER, médecin généraliste, et moi-même. Les résultats de ces codages ont été mis en commun afin de réaliser une triangulation des données.

3.2 Résultats

La validité interne de notre travail a été vérifiée en suivant la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui permet d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative grâce à ses 32 items regroupés en 3 domaines(21). Les discordances entre la grille et notre étude apparaissent dans la partie « Résultats ».

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les principales caractéristiques des patients interrogés sont résumées dans le tableau I.

Tableau I – Caractéristiques des patients interrogés

Patient	Sexe	Age	Situation sociale	Activité professionnelle	Antécédents
Patient 1	femme	56	mariée, 2 enfants	secrétaire	Aucun
Patient 2	femme	52	mariée, 2 enfants	ingénieure	sclérose en plaque, hypothyroïdie
Patient 3	femme	26	pacsée, 1 enfants	sans emploi	aucun
Patient 4	femme	77	mariée, 3 enfants	retraîtée	diabète de type 2, HTA
Patient 5	femme	47	mariée, 2 enfants	viticultrice	aucun
Patient 6	femme	44	divorcée, 1 enfant	conductrice de bus	aucun
Patient 7	homme	63	divorcé, 0 enfant	ébéniste	sevrage tabac en cours
Patient 8	homme	70	marié, 1 enfant	retraité	diabète de type 2
Patient 9	homme	42	en couple, 2 enfants	imprimeur	aucun
Patient 10	femme	52	mariée, 3 enfants	assistante maternelle	tendinopathies, lombalgie chronique
Patient 11	homme	86	marié, 2 enfants	retraité	AVC, HTA, dépression chronique
Patient 12	homme	42	célibataire	sans emploi	RGO, canal carpien, trouble anxio-dépressif
Patient 13	homme	78	marié, 0 enfant	retraité	insuffisance cardiaque, HTA, névralgies faciale

2. Concordance avec la grille COREQ

Suite à notre travail, nous avons évalué la concordance avec la grille COREQ. L'ensemble de la grille complétée se trouve en annexe 3.

Par rapport à la méthode initialement décrite, certains items n'ont pas été respectés :

- Le recrutement des trois derniers patients a été réalisé par le biais de leur médecin traitant en consultation au lieu du face à face avec l'enquêtrice dans la salle d'attente,
- Les entretiens de ces trois patients se sont déroulés par téléphone, avec vidéo pour deux d'entre eux, pour les mêmes raisons, et leurs consentements ont été remis par courriel.

Par ailleurs, concernant la grille COREQ :

- L'inclusion de nouveaux patients a cessé lorsqu'il n'apparaissait plus aucune donnée pertinente. **La saturation des données a été atteinte au douzième entretien, confirmée par la réalisation du treizième entretien.**
- **Treize entretiens semi-directifs se sont donc déroulés du 7 février au 8 juin 2020. Leur durée était de 7 à 47 minutes avec une médiane de 19 minutes.**

Trois patients ont refusé l'entretien faute de temps, treize patients ont été interrogés au total.

- Notre échantillon contenait à peu près autant d'hommes que de femmes, presque autant de patients avec une pathologie chronique que sans, et la médiane d'âge était de 52 ans. De plus, ils étaient répartis de manière relativement homogène selon les maisons de santé.
- Un entretien test a été effectué au début de l'étude, inclus dans les résultats de l'étude, permettant à l'enquêtrice de se familiariser avec la technique d'entretien semi-dirigé.

La grille d'entretien a été légèrement modifiée au fil de la réalisation des entretiens et de l'analyse afin d'être plus pertinente par rapport aux objectifs de l'étude (version finale en annexe 1).

- Les entretiens n'étaient pas répétés, et les retranscriptions des entretiens n'ont pas été retournées aux patients. Il n'y a donc pas eu de retour des participants sur les résultats.
- L'enquêtrice n'a pas pris de notes de terrain pendant les entretiens.
- Les résultats ont permis de faire émerger des thèmes et sous thèmes, non préétablis. Ils ont été illustrés par des citations de patients, identifiés par des numéros.
- Les thèmes principaux ainsi que les thèmes secondaires ont été clairement exposés dans les résultats. Les cas particuliers ont également été décrits.

3. Description des données recueillies

L'analyse des entretiens a permis de dégager plusieurs thèmes développés ci-dessous.

- L'**identification** ou non d'un médecin traitant dans leur suivi,
- La nature de leur **relation**,
- Sa **disponibilité** : disponibilité téléphonique, fréquence des rendez-vous, temps de consultation, visites à domicile
- Le **déroulement de la consultation**,
- La fréquence, et leurs sentiments, vis à vis de la **prise en charge par les autres médecins** de la MSP
- La présence d'un **changement** par rapport au suivi précédent, et ses conséquences
- L'**importance** du médecin traitant dans le suivi du patient
- Leurs **souhaits** pour améliorer leur suivi.

3.1 Identification du médecin traitant

Un ou des médecins traitants

Les patients identifiaient spontanément et rapidement un médecin comme étant leur médecin traitant. Mais pour certains patients, même parmi ceux qui identifiaient de prime abord un médecin traitant, les choses s'avéraient plus floues.

A **Créon**, un patient avait deux médecins qui le suivaient au même titre, un autre identifiait la maison de santé comme étant le médecin traitant.

P10 : « Comme je les vois tous, je m'entends enfin...je vois madame X, le courant passe bien, avec le Dr X aussi, bon avec le Dr X aussi. »

A **Targon**, pour deux des patients, on parlait plutôt de médecins traitants au pluriel.

P5 : « Je sais qu'ils se concertent, mais moi ça me gêne, j'aime bien quand même que ça soit un des trois. »

P8 : « Parce que les autres médecins, je les connais depuis très très longtemps aussi, donc je me sens aussi bien pris en charge. »

A **Saint Caprais**, un patient, même s'il identifiait bien un médecin traitant initialement, semblait également suivi au même titre par deux médecins.

P11 : « C'est l'un ou l'autre, je m'entends aussi bien avec les deux, les relations sont parfaites. »

Préférence pour un médecin consulté unique, notamment pour motifs particuliers

Les patients préféraient voir un seul médecin. C'était notamment en cas de motifs particuliers (pathologie grave, deuil, fin de vie, dossier médical complexe, motif « personnel », etc.).

P5 : « Si j'avais une pathologie grave, mais après je pense qu'il ferait en sorte aussi, j'aimerais avoir une certaine proximité. »

P9 : « Parce que en fait en ce moment moi je suis en arrêt parce que c'est compliqué à mon travail, et c'est vrai que c'est compliqué de pas voir la même personne à chaque fois. »

La facilité de communication a été évoquée pour justifier cette préférence.

3.2 La relation du médecin traitant avec son patient

Une relation dépendante de la durée du suivi, de la personnalité du médecin et de son âge

L'affinité des patients avec leur médecin traitant semblait proportionnelle à la durée de leur suivi. **L'ancienneté de la relation était alors considérée comme un avantage.**

En revanche, un **manque d'objectivité en lien avec la routine** était clairement décrit. Il s'agissait souvent de leur suivi précédent, mais pas systématiquement.

P7 : « C'est malheureux, mais... c'est le propre de l'homme. Il s'installe une certaine routine. Moi je m'en rappelle, bon vous allez dire c'est pour une grand-mère, mais bon... le médecin arrivait, il prenait la tension, Ah je vous ai donné quoi l'autre jour ? Ah c'est ça bon ba on va faire ça ... et c'était tout, il repartait. »

P4 : « Il m'avait dit, et lui c'est ce qu'il faisait apparemment, il en était pas mécontent, tous les 5 ans, faut changer de banque, d'assurance et de docteur. »

Elle était bien sûr en lien avec la **personnalité du médecin.**

P 12 : « Déjà la première fois que je l'ai vu ça a été ma première impression avec lui, je me suis tout de suite senti à l'aise, sa façon de vous regarder de vous écouter, de vous sourire. »

Par ailleurs, une certaine **attractivité pour la jeunesse** du médecin était parfois mentionnée.

Une proximité plutôt moindre

Les patients parlaient surtout de la proximité et de l'écoute.

La proximité entre le patient et son médecin traitant semblait avoir changé.

Les patients parlaient facilement d'une proximité importante avec leur médecin concernant leur suivi précédent.

P6 : « C'est vrai qu'on a cette relation plus...comment je dirais ça, plus cocooning quoi, plus suivie. Oui on a une relation plus proche en fait. »

P10 : « Une relation...je vais pas dire intime, c'est pas le mot, mais plus...vous voyez ce que je veux dire ? »

Elle était principalement en rapport avec une **prise en charge familiale**, le « **médecin de famille** » comme ils l'appellent, et des **visites au domicile régulières** avant.

P12 : « Dans les échanges aussi, connaissant la famille...Alors l'oncle, il va bien ? La tante...? La grand-mère ? Ce qui peut aussi faciliter le contact. »

P6 : « C'était le médecin de campagne, le médecin proche, à sentir le manger que mon père venait de cuisiner. »

P10 : « Au niveau relationnel, c'est vrai que mon médecin, il venait à la maison, il prenait un café. »

Il a même été sujet d'un **excès de proximité**.

P12 : « Une proximité certes qui fait plaisir, qui rassure, qui apaise...mais peut être que ça manquait un peu de distanciation pour professer de manière plus adéquate, avec le recul suffisant, peut-être un peu trop amicale.»

La relation de ce patient avec son médecin traitant actuel était pour lui plus **professionnelle** et plus adaptée.

Un patient évoque sans la détailler une proximité moindre avec son médecin précédent par rapport à son suivi en en maison de santé.

Concernant leur suivi actuel, certains parlaient d'une **proximité moindre**.

P2 : « C'est plus une histoire de relation et d'emp...fin c'est pas empathie...oui si empathie et proximité vis-à-vis du patient. »

P10 : « En même temps il faut aussi vous protéger, vous blinder donc euh...c'est pas une critique...mais c'est vrai qu'il y avait peut-être plus de lien amicaux. »

Un patient parlait de **proximité inattendue** lors de la fin de vie de sa mère, grâce à des visites à domicile régulières et des appels téléphoniques de réassurance, à laquelle il ne s'attendait pas.

P5 : « C'est un aspect d'eux que j'ai vu, que je ne pensais pas être possible. »

Les raisons évoquées concernaient le **recours fréquent aux spécialistes ou à un autre médecin de la maison de santé**, et à une **patientèle plus importante qu'avant**.

P5 : « On est obligé de basculer sur d'autres médecins, bon qui sont très bien aussi au domicile, Dr xx...voilà, mais euh, on perd quand même cette proximité. »

P6 : « Peut-être qu'il y avait moins de monde, peut être que leur patientèle était plus réduite, plus personnelle, ils connaissaient plus...euh. »

Concernant l'écoute, elle était décrite comme **attentive lors de leur suivi précédent**.

Un patient mentionnait la surcharge de travail du cabinet individuel qui rendait son médecin distrait durant la consultation.

Elle était aussi **plus attentive** avec leur médecin traitant actuel,

P11 : « Ils m'écoutent, ils prennent le temps, il y a un dialogue tandis que le Dr xx, il n'y avait plus de dialogue. »

P12 : « Il est à l'écoute, clairement. Je ressens qu'il fait attention à la façon dont je m'exprime, ou aux mots que j'utilise, n'hésitant pas à me faire répéter. »

Un patient la trouvait au contraire, **moins attentive**.

P6 : « On a l'impression qu'on vous écoute pas quoi...Des fois je suis obligée de repartir, je vais à la pharmacie demander à la pharmacienne quoi. Vous avez l'impression que c'est « oh c'est pas grave, ça va passer... », mais si on le dit c'est que...il faudrait regarder de plus près. »

Certains trouvaient leur médecin **moins empathique** qu'avant.

Mais une satisfaction positive

Dans l'ensemble, les patients déclaraient être satisfaits de la relation avec leur médecin traitant actuel.

P3 : « Sinon la relation que j'ai avec lui en elle-même elle me convient très bien comme je vous le disais. »

P11 : « C'est formidable. On s'entend bien, il écoute bien. »

Un patient était déçu par rapport à celle avec son précédent médecin, un autre était partagé.

3.3 La disponibilité du médecin traitant

Disponibilité téléphonique

Elle semblait **plutôt réduite** par rapport au suivi précédent dans le sens où le médecin ne répond plus à n'importe quelle heure. Mais pour certains, l'absence de secrétariat avant rendait leur ancien médecin difficilement joignable.

Elle a été décrite comme bonne par une patiente dans des conditions particulières, puisqu'ayant sa mère en fin de vie à son domicile.

Prise de rendez-vous

Pour une large majorité de patients, il était **facile de voir son médecin traitant avant**.

Il apparaissait clairement, qu'au contraire, il était **maintenant difficile de le voir**. Il était nécessaire de **prendre rendez-vous en avance**.

Notamment en cas d'absence de pathologie grave ou d'urgence immédiate.

Probablement en lien avec une **plus large patientèle** qu'avant et une **consommation de soins augmentée**.

P6 : « Je pense que la population aussi elle a peut-être évolué...et maintenant les gens demandent plus de médical donc c'est peut-être pour ça aussi qu'ils font des maisons de santé, y a plus de monde, la population elle a grandie. »

P1 : « il y en a, ils vont pratiquement toutes les semaines chez le docteur alors qu'ils ont rien, donc ils prennent la place certainement de personne qui auraient besoin, mais qui voilà... »

En dehors du médecin traitant, la **prise de rendez-vous était facilitée** en cas d'**urgence** et du fait d'un plus **large planning de disponibilités**.

Un patient ne trouvait **pas de changement** dans la prise de rendez-vous.

Logiquement, le **planning de consultations de leur médecin était allégé par rapport au suivi précédent** pour une majorité de patients.

P11 : « Mon ancien docteur, le jour même, il se débrouillait pour venir me voir ou que j'y aille, c'était 7h, c'était 8h, c'était n'importe quelle heure, mais je le voyais. »

La disponibilité très large de leur ancien médecin les rassurait, mais **ils comprenaient ce changement de pratique.**

P1 : « Ah ça je les comprends, de plus vouloir faire du 6h 22h, personne n'a envie de faire ça, et puis nous non plus d'ailleurs. »

P3 : « Je comprends tout à fait qu'ils aient besoin d'un temps de vie personnelle. »

Certains trouvaient cependant la disponibilité présentielle de leur médecin actuel satisfaisante.

Temps de consultation

Il était **écourté** par rapport à avant selon certains, avec parfois un **sentiment d'empressement.**

P6 : « Ou alors c'est le monde qui a changé...maintenant c'est un monde qui va vite. »

P10 : « C'était un peu moins à la chaîne... »

Pour d'autres, il était **adapté.**

P12 : « Je ne me sens pas géré à l'emporte-pièce et une fois qu'il en a terminé, il finit toujours par me demander s'il n'y a rien d'autre. Il ne laisse rien au hasard. »

Visites à domicile

Elles étaient **plus fréquentes et rapides avant.**

En maison de santé, **la continuité était assurée, mais les visites étaient rares.**

Continuité des soins

Un **manque de continuité des soins** était décrit.

P2 : « Quand on a un besoin c'est pas par rapport à un horaire d'ouverture, ou une disponibilité de médecin. »

P1 : « On est pas malade entre 8h 12h et 13h 18h, on peut être malade à 20h et pas savoir... »

3.4 Le déroulement de la consultation

Prévention

Pour certains, les bilans de santé étaient **moins systématiques qu'avant**.

P10 : «Y avait peut-être un côté un peu plus préventif pour ce genre de choses. »

Pour d'autres, ils avaient lieu **régulièrement**.

Examen clinique

Il semblait **plus global et systématique avant** selon les patients, ils trouvaient cela **rassurant**.

P1 : « Alors je sais qu'avec mon ancien médecin, systématiquement il prenait la tension, il écoutait les poumons, quel que soit l'objet de notre visite. Et ça, ça ne se fait plus. »

P10 : « Bon la ce soir on m'a pris la tension. Mais je venais pour une tendinite, on m'a pas écouté les poumons voilà quoi. »

Prise en charge

Les patients étaient partagés quant à la prise en charge.

Elle semblait moins globale :

Notamment parce qu'elle était **moins familiale** qu'avant.

P11 : « Le médecin de famille était peut-être une vocation parce qu'il était toujours libre pour la famille. Tandis que maintenant, non. »

Elle était décrite comme **plus ciblée**, qualifiée de **moins approfondie**, mais aussi **d'impersonnelle**.

P1 : « Maintenant si on y va pour une entorse, ça s'arrête là quoi. On regarde simplement l'entorse. »

P6 : « On peut faire du court et du bien. Mais là c'est du court et on approfondit pas la chose. »

La **prise en charge psychologique pouvait laisser à désirer** avec une **réorientation fréquente**.

P2 : « Si je leur parle de quelque chose de psychologique, ils dégagent en touche, c'est plus leur rôle, et ils m'orientent...ils me disent d'aller voir quelqu'un d'autre. »

Pour d'autres, elle semblait plutôt globale :

Parce qu'elle était **familiale**.

P3 : « Il est vraiment bien impliqué dans toute la famille, vu qu'on est tous suivi par lui ben...il s'implique à fond dans toutes les personnes de la famille ».

La **prise en charge psychologique était satisfaisante**.

P12 : « En fait il a fait le rôle du médecin et du psy en même temps, et ça m'a beaucoup aidé. Donc il a assumé plusieurs rôles en même temps et il a plutôt assuré. »

Leur prise en charge avec leur médecin précédent était alors moins approfondie et plus ciblée.

3.5 Prise en charge par les autres médecins de la MSP

Fréquence partagée

Il était très occasionnel de voir un médecin différent avant.

Concernant leur suivi actuel, c'était **très régulier** pour certains et **rare** pour d'autres.

Acceptée sous condition

Les patients acceptaient occasionnellement d'être réorientés vers un autre médecin.

Ils acceptaient tout d'abord parce qu'ils **connaissaient ce ou ces médecins différents**.

P9 : « Mais après c'est pas des remplaçants qu'on voit...c'est des gens qu'on voit régulièrement vous voyez ce que je veux dire ? »

P11 : « Si le Dr X n'est pas là, je prendrais de préférence le Dr XX, car il me connaît depuis longtemps. »

Ensuite, parce qu'il s'agissait de **motifs de consultation bénins**, ou de l'**absence de pathologie grave**.

P2 : « Après quand c'est juste ce que j'appellerais de la bobologie, genre une grippe ou ce genre de chose, sans avoir d'impact, mais juste soigner ponctuellement, là en effet peu importe le médecin. »

P5 : « Je peux pas accepter d'être basculée... quand on a euh...suivant ce qu'on a, d'être basculée d'un médecin à un autre, c'est pas possible ».

Parfois c'était volontaire, car **une prise en charge avait été débutée.**

P7 : « Quand ça va s'arranger, on va prendre l'autre, une chose à la fois et puis c'est tout. Mais comme c'est le Dr X et l'interne pour le suivi pour arrêter de fumer, du coup je continue avec eux puisque c'est avec eux que ça a commencé. »

Enfin ils acceptaient, car ils comprenaient l'**importance de la formation des étudiants** d'une part, et l'**intérêt pratique du regroupement des médecins** pour ces derniers d'autre part.

Avantage ou indifférence la plupart du temps

Les patients n'étaient pas dérangés par le fait de voir un autre médecin de la maison de santé (y compris un étudiant), voire cela pouvait être avantageux :

Déjà parce que les patients étaient **satisfaits des autres médecins.**

Cela avait un intérêt **en cas d'urgence.**

C'était pratique, car il y avait une **bonne transmission des informations.** Le **dossier informatique partagé était efficace.**

P11 : « C'est ça le bénéfice de la maison de santé, c'est qu'ils se voient et ils se parlent entre eux sur le malade. »

P13 : « Comme c'est un centre où il y a plusieurs docteurs, ils ont tous notre dossier...il suffit que mon docteur ne soit pas là, si j'ai un problème, je peux en voir un autre aussitôt, ils ont mon dossier. »

Parce que cela permettait un **regard différent sur le dossier.**

P7 : « C'est peut-être pas plus mal de voir un autre médecin de temps en temps...surtout s'il y a des trucs qui durent longtemps, que ça va mal et tout. »

P6 : « Parfois j'ai tendance à me dire que peut-être le Dr X nous connaît trop. Peut-être que des moments il faut changer de médecin. »

La **confiance dans la médecine, universelle**, a été évoquée.

Inconvénients parfois

Les patients étaient parfois **dérangés de devoir voir un autre médecin**.

A cause des **limites du dossier informatique partagé**.

P5 : « Même s'il y a un suivi du dossier par le biais informatique, non. A un moment donné, faut que la relation elle soit humaine. »

D'ailleurs, il **fallait répéter** et ça pouvait être pénible.

P12 : « Ce qui m'arrangerait ça serait que ce soit pas un motif que j'ai l'habitude d'avoir pour éviter d'avoir à tout répéter. »

Parce que **la prise en charge était ciblée**, à la fois par le médecin et le patient, ce qui pouvait lui sembler logique. C'était parfois justifié par une **communication limitée**.

P5 : « Je vais pas m'épancher. Je vais venir pour ma pathologie et je ne parlerais pas de ce que j'ai à côté forcément. »

P10 : « Je veux dire, il a été dans le vif du sujet quoi, voilà. »

3.6 Changement et conséquences

Un changement en lien avec la génération

Un changement a été constaté, parfois difficile à définir.

P11 : « C'était un autre esprit que maintenant quoi...c'était vraiment le docteur de famille. »

Pour quelques-uns, il n'y a pas eu de changement. A noter qu'ils étaient tous déjà suivis par leur médecin traitant dans un cabinet de groupe, avant la formation de la maison de santé de Targon.

Ce changement était en lien avec la génération du médecin ou son jeune âge. Le temps du **médecin de famille** ou **médecin de campagne** est passé.

P2 : « Est-ce que c'est le fonctionnement en maison de santé ou le fait que ce soit pas la même génération ? Je pencherais pour la deuxième solution. »

P11 : « Maintenant il y a un médecin traitant, un médecin référent, mais il n'y a plus le médecin de famille voilà. »

P10 : « C'est vrai qu'il y avait cet avantage-là au niveau relationnel, du médecin on va dire de campagne. »

Il était **indépendant de la maison de santé**.

P11 : « Après par exemple, le Dr xx aurait un cabinet chez lui, ça changerait rien, la relation serait la même. »

Il a aussi été dit, plus rarement, que ce changement était en lien avec le regroupement des médecins. Pour certains, les **souvenirs du suivi précédent étaient flous**.

Suivi amélioré ou pas impacté

Pour la plupart, le suivi médical était amélioré, ou n'était pas impacté par les changements dans la place du médecin traitant.

Certains disaient préférer leur suivi en maison de santé. Pour d'autres, le suivi était **potentiellement amélioré grâce à l'équilibre de vie professionnelle/personnelle des médecins, apporté par la maison de santé**.

P4 : « J'ai l'impression qu'ils travaillent tous à mi-temps, qu'ils ont tous une occupation à côté... bon après peut être que pour eux c'est bien aussi, et que grâce à ça on est mieux soignés. »

Le suivi n'était pas impacté grâce au **dossier médical partagé**, ou en raison de l'**absence de pathologie grave**.

Suivi détérioré

Pour certains, le suivi était impacté négativement, notamment en raison d'une **communication limitée du fait de l'absence de relation de confiance** (médecin consulté différent), ou d'une **prise en charge psychologique moins bonne**.

P5 : « Y a des personnes qui s'écoutent pas, même si ça va pas, faut avancer, faut avancer, et puis peut être des fois peut être que juste un petit coup de pouce pourrait faire que ça aille mieux, mais...je sais pas. »

P6 : « Parce que quand on est ausculté, touché, écouté... fin voilà c'est important quand même, c'est important. »

3.7 L'importance d'avoir un médecin traitant

Connaissance du patient

L'importance d'avoir un médecin traitant, c'était en premier lieu parce qu'il connaissait bien son patient.

Il connaissait son **historique**.

P13 : « Il n'y a pas la même écoute si c'est un autre docteur, parce qu'il connaît toute notre vie, notre suivi. »

P4 : « Il connaît bien le dossier, le cheminement, l'évolution. »

P5 : « Moi j'aime bien, parce qu'ils ont l'historique de ce qui est arrivé à ma mère. »

Il connaissait sa **personnalité**.

P12 : « Selon les mots que j'emploie ou... il détecte « attention monsieur xx, vous êtes en train de replonger dans un mauvais passage », ça c'est aussi le genre de truc que j'attends de mon médecin. »

P1 : « Il connaît votre caractère, votre tempérament, votre façon de voir les choses. »

Il connaissait aussi la **famille** des patients, leur **mode de vie**, il allait à l'essentiel.

P11 : « Il connaît tout ce qui se passe chez moi. »

La spécificité de la relation

La **facilité de communication** était la caractéristique qui revenait le plus souvent pour justifier l'importance d'avoir un médecin traitant.

P10 : « Pour parler de certaines choses parfois, c'est plus facile quand on voit régulièrement la même personne. »

P3 : « J'ai plus de facilités à lui poser des questions, j'aurais plus de facilités à lui dire des choses »

Ensuite c'était la **relation de confiance** établie avec lui.

P8 : « C'est plus faire confiance à ce qu'on connaît depuis longtemps. »

P13 : « C'est un confident. »

Une **relation humaine** qui le rendait rassurant et dont on attendait du soutien.

P10 : « On peut avoir, je sais pas moi, des problèmes familiaux ou...et c'est vrai que le médecin traitant est souvent là aussi pour euh...éponger »

La **proximité** était importante, comme nous l'avions remarqué précédemment.

Une meilleure prise en charge

Avoir un médecin traitant présentait un **intérêt**, notamment en termes de **suivi médical**.

P2 : « Pour un suivi régulier et de longue haleine, un médecin traitant est indispensable. »

3.8 Souhaits des patients

Disponibilité du médecin

Les patients souhaitaient **pouvoir être rassurés par téléphone**. Notamment pour **éviter d'aller encombrer les urgences** inutilement.

P1 : « Mais au moins lui dire voilà mes symptômes et qu'il me dise, vous inquiétez pas, venez me voir demain...voilà. »

Ils espéraient une **proximité accrue avec leur médecin traitant en cas de motifs particuliers** (pathologie grave, deuil, etc.), notamment un **temps dédié aux explications important** et des **visites à domicile plus fréquentes**.

P10 : « Si on choppe un cancer ou ce genre de chose, je veux dire, on a besoin d'être rassuré, informé, entouré. »

Contenu de la consultation

Un **examen clinique plus global et plus systématique** était souhaité. Une **prise en charge plus approfondie** et des **bilans de santé réguliers**.

Relation médecin/patient

La **réduction de la patientèle** était l'une des pistes données pour **améliorer la proximité** avec le médecin traitant, en précisant qu'elle serait probablement difficile.

Les patients désiraient par ailleurs une **écoute plus attentive**, en conservant une **relation professionnelle**.

Les patients souhaitaient aussi être **orientés vers des spécialistes de confiance** si besoin.

Formation des médecins

L'amélioration de leur **formation psychologique** a été mentionnée, ainsi qu'aux **médecines non médicamenteuses** (« médecine de grand-mère »), et **alternatives**.

Autres

L'éducation thérapeutique des patients était citée dans le but de libérer les plannings en évitant la consommation de soins inutiles.

La **prise de rendez-vous en ligne** et le **SMS envoyé au patient en cas de retard** faisaient également partie des idées données.

V. DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1 Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

La chercheuse était novice dans le domaine de la recherche qualitative, ce qui a pu engendrer un **biais d'investigation**.

Les questions de relance ont parfois pu être sous exploitées, source d'un manque de données, ou au contraire systématiquement utilisées, influençant alors les données recueillies. Au fur et à mesure, malgré leur absence dans la grille d'entretien, quelques questions fermées ont pu apparaître, ce qui là aussi, a pu influencer les réponses des patients.

Relation avec les participants

L'enquêtrice était inconnue des patients. Cela assurait une neutralité de la relation enquêteur interrogé et donc une liberté d'expression pour le patient.

1.2 Conception de l'étude

Cadre théorique

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer objectivement, elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, mais elle consiste (le plus souvent) à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (22). C'était tout à fait le cas dans notre étude puisque nous cherchions à déterminer le ressenti des patients, donc à explorer leurs sentiments, leurs émotions et leurs expériences personnelles, concernant la place de leur médecin traitant au sein des maisons de santé.

Comme nous l'avons expliqué dans la partie « Matériel et méthode », l'approche théorique utilisée pour l'analyse des données s'est portée sur la théorie ancrée. Nous aurions pu également utiliser une analyse phénoménologique qui se fonde sur l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet.

Sélection des participants

Trois des patients ont été recrutés par leur médecin traitant, en raison de la situation particulière imposée par le coronavirus, ce qui a pu entraîner un biais de recrutement car ils ont pu se sentir dans l'obligation de participer à l'étude.

Contexte

Concernant l'échantillon, notre étude n'incluait que des patients consultants dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, ceci pouvait constituer un autre **biais de recrutement**, car les patients réellement insatisfaits de leur relation avec le médecin traitant au sein de ces structures n'y consultaient probablement plus.

On aurait pu interroger la moitié des patients en maisons de santé et l'autre en cabinet individuel pour plus d'objectivité, **mais nous souhaitons étudier des patients ayant connu une structure de soin différente de la maison de santé** pour leur suivi afin de détecter la présence ou non d'un changement, et de le préciser. Il a été constaté initialement que les patients apportaient plus d'informations en ayant parlé de leur ancien suivi en début d'entretien.

Par ailleurs, les maisons de santé étudiées étaient toutes trois **rurales ou semi-rurales**, ce qui pouvait limiter la diversité de l'échantillon. Cependant elles présentaient des **variantes de fonctionnement intéressantes** : la MSP de Saint Caprais étant une SCP avec partage des honoraires entre les médecins, la MSP de Targon ayant quotidiennement un médecin consacré aux soins non programmés, contrairement à Saint Caprais et Créon où chaque médecin avait des créneaux d'« urgence » dans son planning de consultations.

Les critères de sélection avaient pour but d'assurer une certaine diversité de point de vue. Il n'y avait qu'un patient de moins de 40 ans dans notre échantillon, ce qui pouvait constituer un **biais d'échantillonnage**, mais il est probable que les patients jeunes, en meilleure santé et donc consultant moins fréquemment, se sentent moins concernés par le sujet et nous apportent moins d'informations.

Recueil des données

Les entretiens individuels favorisaient la libre expression et permettaient de récupérer un maximum d'information en s'affranchissant de l'influence du groupe. Le mode semi-directif permettait d'obtenir des informations comparables, grâce au guide d'entretien.

Les entretiens ont été regroupés pour des raisons géographiques, ce qui a différé leur retranscription et leur analyse qui pour être optimale doit être faite au fur et à mesure des entretiens. Il y avait donc un **biais d'investigation**.

Par ailleurs, les trois derniers entretiens ont été réalisés par téléphone avec contact visuel pour deux d'entre eux. Des éléments non verbaux ont pu être omis.

Les entretiens ayant été retranscrits mot pour mot, nous n'avons pas vu l'utilité de les retourner aux patients.

1.3 Analyse et résultats

Un double codage et une triangulation des données obtenues ont été effectués afin de minimiser le **biais d'interprétation**.

Par ailleurs, notre question de recherche a été légèrement modifiée a posteriori, ce qui est atypique. En effet la formulation initiale « Ressenti des patients quant à la place du médecin traitant au sein des MSP » n'était pas claire, cela avait déjà évoqué en cours d'étude, mais c'est le point de vue du rapporteur qui a achevé de nous convaincre de cette reformulation. Le sujet de recherche est venu de la plainte directe de certains patients d'avoir des difficultés à voir leur médecin traitant et d'une sorte de « nomadisme médical » subit qui en découlait, au sein de la maison de santé de Targon. Nous voulions évaluer l'impact du changement d'un point de vue dialectique, c'est-à-dire dans son aspect transformatif entre l'exercice « seul » (que ça soit en cabinet individuel ou en groupe) vs l'exercice en MSP, sur la relation des patients avec leur médecin traitant.

Ce n'est pas la place du médecin au sein de la maison de santé qui nous intéressait, mais vraiment sa place dans le suivi des patients, et plus précisément encore, sa relation avec ses patients.

C'est d'ailleurs ce que nous recherchions clairement dans notre grille d'entretien. Les patients faisaient d'eux-mêmes référence à leur suivi précédent pour caractériser certains aspects de leur relation avec leur actuel médecin traitant, or il manquait cette notion de temporalité dans la formulation initiale que nous avons donc précisée également pour plus de clarté.

2. Discussion des résultats

En France, de nombreuses études qualitatives ont été réalisées sur le ressenti des patients quant aux maisons de santé pluriprofessionnelles. Elles concernaient cependant la qualité de soins (10), l'accès aux soins (11), l'unité de soins non programmés (13), leur satisfaction globale (12), etc. Concernant la pratique de groupe, c'est l'impact sur l'offre de soin qui a été évalué (23).

D'autres études s'intéressaient à la relation médecin/patient (15,18,24,25) ou aux attentes des patients concernant leur médecin généraliste(14,20,26,27), mais pas spécifiquement dans le contexte d'évolution des pratiques d'exercice, en particulier la formation de maisons de santé pluriprofessionnelles.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude se penchant spécifiquement sur la relation du patient avec son médecin traitant au sein des maisons de santé.

A l'étranger, en revanche, plusieurs études concernaient le lien entre la taille du cabinet ou l'exercice groupé et la relation du patient avec son médecin. Nous comparerons leurs résultats aux nôtres dans la suite de cette discussion.

2.1 Identification du médecin traitant

Le médecin traitant, une notion plus compliquée qu'il n'y paraît

De prime abord, presque tous les patients identifiaient clairement un médecin traitant.

Cependant, il ressortait, au fur et à mesure de l'entretien, qu'ils étaient en fait souvent suivis par plusieurs médecins au même titre.

Parfois, même d'emblée, le médecin traitant n'était pas identifié. Il n'y avait pas de différence évidente entre les maisons de santé malgré leurs variations de fonctionnement.

On aurait pu penser que pour la maison de santé de Saint Caprais, fonctionnant en SCP, la situation aurait été différente, ou plus marquée par rapport aux autres maisons de santé. En effet, le médecin réalisant la déclaration de médecin traitant n'étant pas forcément le médecin suivi, les patients auraient pu, par exemple, vouloir éclaircir la notion de médecin traitant, mais ça n'a pas été le cas.

A noter que même si la maison de santé de Targon ne fonctionne pas en SCP, le médecin qui fait la déclaration de médecin traitant n'est pas non plus forcément le médecin suivi. Dans ce sens, chacun de leur médecin reverse leur Rémunération Sur Objectif de Santé Publique (ROSP) dans le « pot commun » de leur Société Civile de Moyen (SCM).

Entre ce concept de « médecins traitants multiples » pour certains, et le médecin traitant n'étant pas forcément le médecin suivi, ne serait-ce que dans sa définition, la place du médecin traitant a déjà changé, même si les patients n'en sont que partiellement conscients.

La sécurité sociale ne prend pas en considération cette situation particulière pour le moment. Elle traite les autres médecins du patient au même titre que des remplaçants (28) et n'envisage pas de « partage » de la ROSP. Ce qui entraîne parfois, en plus d'un éventuel flou pour les patients, des complications administratives notamment concernant les remboursements.

Malgré tout, une préférence pour un médecin consulté unique, notamment pour certains motifs et pour certains profils

Malgré les « médecins traitants multiples » chez plusieurs patients, voir son médecin traitant était préférable, pour certains motifs.

L'étude de Kearley et al. réalisée en 2001 (29) au Royaume-Uni montrait, de la même manière, qu'**avoir une relation médecin-patient de proximité** était très important pour les patients (et les médecins), en particulier pour les problèmes graves, psychologiques et familiaux. Pour les maladies bénignes ou les contrôles réguliers, cela avait beaucoup moins d'importance.

La revue de la littérature du « Journal of the Royal Society of Medicine » de 2003 venait confirmer et compléter nos résultats en ajoutant que les patients qui accordaient le plus d'importance à la continuité de la relation médecin-patient, étaient **les personnes âgées, les femmes et les personnes souffrant de maladies chroniques, en particulier les personnes handicapées. Avoir des enfants et avoir eu l'expérience d'un événement de vie grave étaient eux aussi des facteurs favorisants** (16).

2.2 La relation du médecin traitant avec son patient

La fin du médecin de famille, la « juste distance » maintenant au cœur de la relation

Malgré la satisfaction globale des patients, la proximité avec leur médecin traitant actuel était moindre, tout comme l'écoute et l'empathie pour certains. Cela paraissait inévitable étant donné les liens pouvant souvent aller jusqu'à devenir amicaux, que décrivaient les patients dans leurs suivis précédents.

Comme dans le travail de thèse de Marie Laurent sur les attentes des personnes âgées concernant leur relation avec leur médecin traitant (30), il semblait y avoir une certaine **nostalgie du « médecin de campagne », du « médecin de famille », qui se rendait disponible à tout moment**, avec lequel la proximité de la relation était enrichie notamment, par une prise en charge très familiale et par des visites à domicile faciles et très fréquentes. Le médecin prenait le café avec ses patients, et il arrivait même qu'il reste pour le dîner.

A noter que, dans notre étude, cette nostalgie du médecin de famille n'était pas l'apanage des personnes de plus de 75 ans puisqu'elle a été décrite par des patients de 44 à 52 ans.

Peut-être était-ce en lien avec la nature plutôt rurale ou semi-rurale de notre échantillon ?

Hugues Martel, lors de sa thèse en 2017, s'est penché lui, sur l'amitié s'invitant dans la relation médecin-patient (31). L'amitié pour le patient fragiliserait le soignant, les affects le déstabilisant (peur de l'échec, culpabilité, souffrance de la séparation). Ils pouvaient compromettre la relation de soin et son efficacité, voire entraîner plusieurs formes de violence (indifférence, négligence, maltraitance) ou l'épuisement des soignants. Il fallait **trouver une juste distance, préservant soignant et soigné, c'est-à-dire une relation basée sur l'empathie et non sur la sympathie** (souffrir ensemble).

Les généralistes doivent gérer, au cas par cas, et leur vie professionnelle durant, **la distance thérapeutique qui les sépare de leurs patients**. Toutes les sortes de relations existent, proches, voire fusionnelles, ou au contraire distantes, voire froides (transferts et contre-transferts). Dans les deux cas, le contrat thérapeutique est en danger (15).

Le Dr Coralie Bourdouil, dans sa thèse sur la proximité médecin-malade en médecine générale, a constaté en interrogeant les médecins que le juste positionnement était le fruit d'une démarche réflexive, consciente, qui s'apprenait et se construisait à travers le temps et l'expérience (mécanisme de défense d'abord, puis prise de recul et ouverture au partage et à l'expérience de l'autre, groupes de pairs, groupes Balint...), mais pouvait aussi et grandement, prendre appui sur une sensibilisation transmise pendant les **études, qui accordent malheureusement une place modeste aux phénomènes relationnels**.

Le nombre de « Burn-out » et autres conséquences néfastes en lien avec les difficultés de gestion du versant relationnel étant croissant, l'apprentissage n'est peut-être pas suffisant(32).

L'ancienneté de la relation, avantage ou un inconvénient ?

L'affinité des patients avec leur médecin traitant semblait proportionnelle à la durée de leur suivi. Ceci était confirmé par de nombreuses études. Dans la revue de la littérature de Ridd et al. en 2009, la continuité des soins avec un médecin et la régularité des consultations étaient le meilleur moyen d'améliorer et de maintenir la relation médecin-patient(17).

En revanche, un **manque d'objectivité en lien avec la routine** était souvent décrit, par expérience ou comme possibilité par les patients. Il s'agissait souvent de leur suivi précédent, mais pas systématiquement.

L'avantage de la continuité des soins avec un même médecin concernant les maladies chroniques était également un peu moins évident selon une revue de la littérature publiée en 2003 au Royaume-Uni (16). Deux groupes de recherche avaient conclu que les médecins connaissant bien leurs patients pouvaient avoir des difficultés dans la stricte application de certains soins (evidence-based care). Concernant les maladies chroniques, les preuves du bienfait de la continuité des soins par un même médecin étaient moins évidentes, notamment concernant le diabète. Par exemple, les conseils sur les mesures hygiéno-diététiques pouvaient devenir moins stricts au fil du temps. Selon deux études, les taux d'HbA1c étaient plus élevés et il y avait plus de complications du diabète chez les personnes ne suivant qu'un seul médecin que ceux qui en consultaient plusieurs.

Ces résultats étaient à interpréter avec prudence, car les patients consultant un même médecin étaient aussi plus âgés que ceux en ayant plusieurs, pouvant constituer un important facteur de confusion. De plus, la plus robuste des études montrait plutôt une amélioration globale de la qualité des soins du diabète.

Une relation par ailleurs dépendante de la personnalité du médecin et de son âge

La continuité des soins avec un même médecin n'est évidemment pas suffisante pour maintenir et développer la relation d'un patient et de son médecin, la qualité des rencontres rentre également en jeu (17). Pour les patients, **la personnalité du médecin avait effectivement un impact important sur leur relation.**

Personnalité surement, mais **capacités relationnelles du médecin** probablement aussi, ce qui nous ramène à l'importance de la réflexion sur la juste distance.

Par ailleurs, une certaine **attractivité pour la jeunesse** du médecin était parfois mentionnée, nous y reviendrons.

2.3 La disponibilité du médecin traitant

Accessibilité et continuité des soins réduite avec le médecin traitant

La disponibilité globale du médecin traitant semblait avoir diminué, en lien avec un **accroissement de la patientèle**, une **augmentation de la consommation de soins**, et des **plannings de consultation allégés.**

Une réorganisation inévitable de la pratique de la médecine générale...

En 2017, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif des affections longues durées, soit 17% des assurés, contre 6,5 millions en 2004 (12% des assurés)(33).

La demande de soins primaires a effectivement évolué sous les effets conjugués du vieillissement de la population, de l'évolution des attentes des usagers, et de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques.

La raréfaction de l'offre médicale associée à ces transformations de la demande de soins primaires ont eu un impact inévitable sur la pratique de la médecine générale : consultations écourtées, rendez-vous espacés, délais d'attente qui s'allongent, réduction des visites à domicile, une plus grande difficulté à s'inscrire auprès d'un médecin traitant ou à accéder facilement à des soins non programmés (Chaput et al., 2020) (1,2).

...peu évaluée en France

Dans leur étude auprès de 220 patients au Royaume-Uni, Baker & Streatfield (1995) montrent qu'un **accroissement de la taille de la patientèle est associé à une diminution du niveau de continuité et d'accessibilité des soins pour les patients**. De même, dans une étude auprès de 7247 patients en Angleterre, Campbell et al. (2001) montrent que les patients considèrent la continuité des soins meilleure dans les structures de plus petite taille. Au niveau européen, ce résultat est confirmé par l'étude de Wensing et al. (2008) selon laquelle **les évaluations des usagers de la qualité des structures médicales se dégraderaient lorsque le nombre de médecins en exercice s'accroît** (2).

La pratique de groupe semble avoir été un peu plus tardive en France qu'au Royaume-Uni, Pays-Bas, Finlande ou Canada par exemple(34). D'après nos recherches bibliographiques, il n'y a pas d'étude à grande échelle en France. Les thèses qualitatives sur la satisfaction des patients en maison de santé, nombreuses, sont plutôt positives. L'étude descriptive prospective, quantitative et multicentrique dans cinq maisons iséroises réalisée lors du travail de thèse du Dr Loïc Bornand en 2012 montre des résultats très positifs également. Parmi les 733 patients inclus, la satisfaction globale envers les maisons médicales pluriprofessionnelles était excellente avec 97,89% de patients satisfaits. Les résultats sur les critères de disponibilité, accessibilité, qualité des soins reçus, coordinations et continuité des soins montraient que les patients ne voyaient pas de différence entre cabinets individuels et maisons de santé pluriprofessionnelles. Pourquoi cette différence ?

69% des patients interrogés dans l'étude du Dr Bornand consultaient à la MSP, car ils avaient suivi leur médecin traitant. Cela rappelle nos patients qui ne voyaient pas de changement quand ils étaient déjà suivis par leur médecin traitant avant la formation de la MSP.

Est-ce en lien avec le fait que les patients interrogés ne consultent que dans les MSP et sont donc probablement satisfaits puisqu'ils y reviennent ?

Est-ce la réticence des patients français à critiquer leur système de santé ?

2.4 Le déroulement de la consultation

L'accent mit sur l'examen clinique moins minutieux, plus que sur la prévention

Les « bilans de santé » étaient moins systématiques pour certains, réguliers pour d'autres.

L'examen clinique était décrit comme plus global et systématique avant.

Selon l'étude de Krucien et al.(2011), les usagers accordaient une importance élevée à la minutie de l'examen clinique, à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi qu'à la capacité du médecin à répondre aux conséquences physiques du problème de santé (douleurs, gêne).

Comme dans d'autres travaux de thèse, les patients n'ont pas porté d'accent sur les actes de prévention dans leur suivi. Les Agences Régionales de Santé (ARS) mettent pourtant la prévention au cœur des objectifs à atteindre lors de la création de structures pluridisciplinaires (12). Cependant, nous ne pouvons pas tirer de conclusion, car notre étude ne concernait pas ce sujet spécifiquement et nous ne leur avons pas fait préciser ce qu'ils entendaient par « bilan de santé ».

Des avis partagés sur la prise en charge

Le fait que la prise en charge soit décrite comme plus ciblée, impersonnelle pour certains patients, pouvait être en lien avec deux choses. D'une part, elle pouvait être la conséquence du temps de consultation écourté que nous avons constaté précédemment. En effet, une étude réalisée auprès de 160 patients au Royaume-Uni (Cape, 2002) montrait que **la durée « perçue » de consultation influençait de façon relativement importante le point de vue des patients(2).**

D'autre part, ils ont pu assimiler le ressenti global sur la prise en charge de toutes leurs consultations, et non sur celles de leur médecin traitant. Dans ce cas, cela pourrait être en lien avec le fait de consulter plusieurs médecins de la MSP, ce qui nous amène au paragraphe suivant.

2.5 Prise en charge par d'autres médecins de la MSP

La fréquence de consultation avec d'autres médecins de la maison de santé pouvait être rare ou très régulière, quelle que soit la maison de santé où les patients étaient suivis.

Un médecin différent oui, mais s'il est connu et pour certains motifs.

Cette prise en charge était acceptée par les patients, car il s'agissait de médecin qu'ils connaissaient. Cela allait donc encore une fois dans le sens du concept de « **médecins traitants multiples** » que nous avons vu précédemment.

Ils étaient d'accord, notamment à l'occasion d'un **motif de consultation bénin**, ou en l'**absence de pathologie grave**. A l'inverse des motifs pour lesquels ils préféreraient voir leur médecin traitant, cela a été confirmé par d'autres études comme nous l'avons vu également.

La présence d'internes, réellement anodine ?

Les patients comprenaient l'importance de la formation des étudiants et ne semblaient pas dérangés par leur présence.

Dans l'étude de Baker & Streatfield au Royaume-Uni en 1995, **les cabinets avec des étudiants en formation étaient associés à des moins bons niveaux de satisfaction globale et de satisfaction en matière de disponibilité et de continuité des soins**(35).

Ainsi, même si les patients ne s'en plaignent pas directement, ils sont peut-être l'une des raisons des plaintes concernant la faible disponibilité de leur médecin traitant par exemple.

Enfin, un avantage ou un inconvénient ?

Voir un autre médecin de la MSP permettait de **consulter rapidement en cas d'urgence**. Mais cela pouvait aussi être un inconvénient en raison des **limites du dossier partagé** (tout n'est pas noté), de la **répétition pénible** et d'une **prise en charge ciblée**.

Les patients expliquaient que la prise en charge ciblée pouvait venir du médecin, allant « dans le vif du sujet », mais aussi du patient lui-même qui, se limiterait au motif de consultation pour lequel il était venu initialement et ne « s'épancherait pas ». Ceci expliquerait peut-être que la prise en charge soit qualifiée « d'impersonnelle ».

Une étude, réalisée aux Pays-Bas en 2004, montrait que **les patients indifférents à propos du médecin qu'ils allaient consulter, étaient significativement moins satisfaits de leur consultation** que ceux qui voyaient leur médecin traitant. Ils avaient moins confiance dans le médecin, se sentaient moins soutenus, et la prise en charge leur paraissait moins claire.

Cela s'appliquait aussi aux patients qui auraient préféré voir un autre médecin(36).

Mais, concernant notre étude, ne devrait-on pas différencier une consultation avec l'un des médecins traitants multiples d'une consultation avec un médecin parfaitement inconnu ?

2.6 Changement et conséquences

Peu d'importance attachée à la structure, pourtant une satisfaction qui réduit si elle s'agrandit (à l'étranger)

De nombreux patients ont constaté un **changement, mais il semblait plutôt indépendant de la maison de santé**. Deux patients disaient que si leur médecin traitant avait un cabinet individuel, la relation serait la même.

Les patients semblaient donc attacher peu d'importance à la structure. Ce résultat allait dans le même sens que l'étude de Krucien et al. en 2011(2), qui montrait que parmi les six aspects du soin en médecine générale pouvant être considérés comme sans importance pour les usagers, cinq décrivaient la structure médicale (pluriprofessionnelle ou monodisciplinaire) ou le médecin (sexe, âge).

Cela était en contradiction avec ce que nous avons vu précédemment, à savoir que, sur le plan international, **les études mettaient en avant un effet consistant de la taille de la structure médicale (approchée par le nombre de médecins en exercice ou la taille de la patientèle) sur la perception de la qualité du soin.**

Il en résulte que même si les patients ne semblent pas accorder d'importance à la forme d'exercice du médecin généraliste, celle-ci peut avoir des conséquences majeures sur d'autres aspects du soin de médecine générale, primordiaux pour les patients.

Il est donc difficile d'évaluer l'effet du regroupement des professionnels de santé dans des structures collectives sur la satisfaction des patients.

Un changement en lien avec la génération ou l'âge du médecin

L'étude de Krucien et al. était aussi en contradiction avec le fait que, dans notre étude, le changement était très souvent justifié par la nouvelle génération du médecin, ou à son jeune âge. C'était donc qu'ils y accordaient de l'importance.

Certains patients semblaient nostalgiques du « médecin de famille », donc appartenant plutôt à l'ancienne génération de médecins, et d'autres trouvaient un intérêt à avoir un médecin jeune, soit par identification, soit pour « profiter de l'exaltation du début » comme le disait l'un des patients.

Une absence de changement constaté qui semble logique

Concernant l'intégralité de ceux qui n'avaient **pas constaté de changement, ils étaient déjà suivis par leur médecin traitant** dans un cabinet de groupe, avant la formation de la maison de santé de **Targon**.

Cela peut s'expliquer, car dans l'idée de fonder une maison de santé, le cabinet de groupe fonctionnait déjà « à la manière » d'une maison de santé. Les patients étaient informés d'emblée du principe de partage de patientèle.

De plus, ils avaient eu le temps de développer une bonne relation médecin-patient avant la formation de la MSP.

Des avis partagés sur les conséquences sur le suivi, comme pour la prise en charge

Leurs avis sur les conséquences de ce changement sur leur suivi divergeaient. Il y avait beaucoup de similarités avec leurs ressentis sur leur prise en charge par un autre médecin de la MSP.

2.7 L'importance d'avoir un médecin traitant

Un médecin qui connaît bien son patient, et vice versa

C'était en premier lieu la connaissance de son patient, son historique, sa personnalité, sa famille, son mode de vie.

En effet, pour construire une relation médecin-malade efficace, **l'environnement socio familial** du patient joue un rôle majeur, aussi bien diagnostique que thérapeutique. Les **facteurs psychoaffectifs** ont aussi leur importance, concernant aussi bien le patient que son entourage (15).

Ainsi, comme le patient 12 l'expliquait dans son entretien, le médecin connaissant bien son patient sera capable de percevoir de minimes changements dans l'état physique ou psychologique de ce dernier. Un **diagnostic précoce sera donc facilité**. Sa capacité à suivre ses patients dans le temps et dans leur environnement **réduira également le nombre d'hospitalisations non nécessaires**(37).

Le patient se sent compris et traité comme un individu dans son environnement avec sa maladie, et ne se réduit pas au simple problème présenté.

Une relation de confiance essentielle et la considération du patient

Les patients parlaient aussi de la **relation de confiance** établie. Une **relation humaine** qui le rendait rassurant et dont on attendait du soutien.

En somme, ce qui participait à la proximité du patient avec son médecin.

La revue de la littérature de Ridd et al, 2009 montraient que **la profondeur de la relation médecin-patient comprenait quatre éléments principaux** : la connaissance (entre le patient et le médecin), la confiance (en la médecine en général puis dans son médecin en particulier), la fidélité et la considération (17).

La confiance concerne d'abord la médecine en général. « La médecine est universelle » comme disait l'un des patients dans notre étude. Puis le médecin lui-même.

Pour certains patients, la confiance était aveugle, mais pour la majorité, la confiance est basée sur l'expérience. Un autre patient qualifiait par exemple son médecin de « confident ».

La confiance dans le médecin repose aussi sur le fait de se sentir cru, de sentir que leurs symptômes ne sont pas minimisés ou ne sont pas pris au sérieux : le patient 12 l'illustre très bien, « faut que le médecin prenne la mesure aussi... parce que quand je dis que je suis un peu hors statistique, c'est totalement vrai, et la plupart de vos confrères me regardent en se disant « ah tiens, encore un hypocondriaque ».

Par ailleurs, les patients souhaitent un médecin qui semble intéressé, qui écoute bien, qui explique clairement, **qui inclut le patient dans les prises de décisions** (si le patient le souhaite), **ils veulent sentir que le médecin se préoccupe d'eux**(17).

L'importance de la communication patient-médecin

La **facilité de communication** était l'une des caractéristiques les plus importantes pour justifier l'importance d'avoir un médecin traitant.

Telle qu'elle est le plus souvent abordée en médecine, la notion de communication paraît centrée sur le médecin, le rôle du patient dans le processus de communication, est en général moins développé. Pour le patient, il y a pourtant des choses difficiles à traduire par des mots, des mots utilisés, qui ne reflètent pas bien ce qu'il ressent, des choses qu'il ne peut pas se formuler à lui-même, ou des choses dont il pense qu'elles ne concernent pas le médecin. Le patient ne dira pas à l'un ce qu'il dit à l'autre(15).

Un essai clinique randomisé visant à améliorer la qualité de la communication de jeunes médecins en formation a montré une influence chez les patients. Ceux-ci étaient plus satisfaits et jugeaient les médecins plus empathiques(38).

2.8 Souhaits des patients

La légère nostalgie de la disponibilité du médecin de famille

Les patients souhaitaient **pouvoir être rassurés par téléphone** et espéraient une **proximité accrue avec leur médecin traitant en cas de motifs particuliers**.

Sur certains points comme nous l'avons vu précédemment, il n'y a probablement pas de retour en arrière possible. Cela étant dit, nous avons vu que cette proximité « ajustable » en fonction de la situation des patients, avait été le cas pour l'un des patients de l'étude.

L'importance de la minutie de l'examen clinique et de la prévention

Un **examen clinique plus global et plus systématique** était souhaité ainsi que des **bilans de santé réguliers**.

Nous l'avons également vu précédemment, un examen clinique de qualité et des actions de prévention sont des critères importants de la qualité clinique perçue par les patients.

Concernant la prévention, ils semblent ne pas pouvoir être mieux pris en charge qu'en maison de santé, dont c'est l'une des principales missions, mais il aurait probablement fallu redéfinir ce qu'ils entendaient par « bilans de santé ». Cela peut traduire un hiatus entre le souhait des patients et ce qui est le meilleur pour eux. En effet s'ils désirent des bilans biologiques « de routine » ou des examens d'imageries inutiles, il est probable qu'il y ait un intérêt à ce que le médecin ne fasse pas.

La relation médecin-patient, toujours au centre des préoccupations des patients

La **réduction de la patientèle** était l'une des pistes données pour **améliorer la proximité** avec le médecin traitant. Les patients désiraient par ailleurs une **écoute plus attentive**, en conservant une **relation professionnelle**.

Ces deux points seront abordés dans nos perspectives, le premier paraissant en effet utopique au vu de la situation décrite en France et à l'international, contrairement au second qui, nous le verrons, va constituer un élément important des réformes à venir.

L'importance de la coordination des soins par le médecin traitant

Les patients souhaitaient aussi être **orientés vers des spécialistes de confiance** en cas de besoin.

Ceci est un autre aspect des préoccupations des usagers les plus importantes dans l'étude de Krucien et al(2).

2.9 Théorie ancrée

D'après nos résultats, et à la lecture de la littérature, **nous avons donc pu proposer une théorie :**

Il semblerait que, en intégrant une MSP, les patients constatent un effacement du médecin de famille dans son sens traditionnel, au profit d'une prise en charge et d'une proximité avec le médecin traitant plus adaptable au motif de consultation. La relation médecin-patient devient alors d'autant plus cruciale, qu'elle semble pouvoir pâtir de l'accroissement de la patientèle et de la réduction du temps de consultation.

3. Perspectives

3.1 Un nouveau concept du médecin traitant pris en compte par la Sécurité Sociale

La définition même du médecin traitant est à préciser, puisque le médecin traitant n'est plus forcément le médecin suivi et que ces médecins suivis peuvent être plusieurs.

La sécurité sociale pourrait prendre en considération cette transformation des pratiques pour plus de clarté vis-à-vis des patients, et pour faciliter la tâche administrative des médecins (**déclaration des ALD possible par plusieurs médecins, remplissage des feuilles de soin, adaptation de la ROESP, etc.**). **A titre d'exemple, déclarer la MSP comme médecin traitant si besoin pourrait être bénéfique.**

3.2 Optimisation de la relation médecin-patient

L'objectif est de repenser la médecine de proximité pour en faire quelque chose d'accessible et de plus efficient tout en veillant à préserver la relation médecin-patient.

En effet pour les patients, l'importance d'avoir un médecin traitant est surtout en lien avec la relation médecin-patient : une bonne **connaissance** du patient, une relation de **confiance**, de la **considération**, et une facilité de **communication**. Il faut donc la préserver au mieux, mais est-elle compatible avec le fait d'avoir plusieurs médecins traitants ?

Nous avons pu constater qu'elle restait primordiale en cas de motifs particuliers (graves, psychologiques, familiaux). Le retour en arrière quant à la disponibilité du médecin traitant n'étant pas envisageable, on peut envisager quatre solutions d'adaptation :

D'une part, il faut souligner l'importance d'apporter d'emblée une **explication claire au patient concernant le principe de fonctionnement** (motif aigu=médecin disponible, motifs particulier=prendre rendez-vous en avance++).

D'autre part, ce qui est déjà probablement le cas comme nous le décrivait une patiente, établir une **proximité ajustable en cas de situation particulière** pour le patient (plus de réassurance téléphonique, plus de visites à domicile, etc.) et qu'il soit au courant de cette possibilité.

Troisièmement, l'optimisation maximale de cette relation médecin-patient : par la continuité et la régularité des consultations avec le ou les mêmes médecins, en admettant que le patient en ait l'occasion, mais aussi en améliorant la qualité des rencontres, grâce à **une formation précoce des étudiants à la juste distance dans la relation de soin et à la communication**. Un accompagnement se poursuivant éventuellement pendant la carrière professionnelle.

Pour finir, il pourrait être bénéfique de réaliser des **études plus approfondies** afin d'évaluer l'impact de la transformation des pratiques sur les patients, semblant jusque-là peu exploré en France. Effectivement, il est toujours délicat de transposer des données ou caractéristiques d'un système de santé d'un pays à un autre.

Notre étude pourrait aussi être complétée par le point de vue des médecins de ces MSP sur leur ressenti quant à leur place de médecin traitant dans le suivi des patients, et ce qu'ils mettent en place afin de préserver la qualité de la relation médecin-patient.

3.3 La réponse du gouvernement, suscitant des avis partagés

Le ministère de la Santé tente lui aussi de répondre à l'objectif énoncé plus haut de plusieurs façons :

- **Recrutement de 5000 assistants médicaux** d'ici à 2022, dont les missions pourront relever de trois domaines d'intervention : tâches administratives, préparation et déroulement de la consultation, organisation et coordination. En contrepartie d'une aide financière de l'Assurance Maladie, les médecins doivent s'engager à augmenter la patientèle et à améliorer l'accès aux soins non programmés(39) ;
- **Etendre et systématiser la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge** (jusque-là plutôt centrée sur les établissements de santé);

Pour accompagner les **démarches qualité en MSP, la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) propose des facilitateurs externes**. Le but est de créer des équipes de facilitateurs en capacité d'accompagner des équipes sur des objectifs qualité, jusqu'à ce que la méthode soit acquise.

- La FFMPS se mobilise également pour que la parole des usagers soit entendue, au-delà des questionnaires de satisfaction. Le but est d'intégrer le **patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé**, afin qu'ils deviennent de véritables acteurs de la « décision médicale partagée ». **Il s'agit de mettre le patient au centre**. Ce modèle est inspiré de nos collègues canadiens (Pomey and al, 2015), et américains (Berwick, 2009), où les « patient-centered medical homes » (PCMH) sont l'équivalent de nos maisons de santé(40).

Cela répondrait à certaines des préoccupations de nos patients comme la considération, puisqu'ils seraient au centre de leur prise en charge ; et la communication, par l'amélioration de la formation des médecins grâce aux patients experts par exemple, ou à des DU, comme celui du CHU de Montpellier « se former au partenariat patient/soignant »(41).

En revanche, la relation de confiance pourrait pâtir de l'accroissement supplémentaire de la patientèle et du temps de consultation écourté. Cela dégraderait un peu plus la connaissance du patient par le médecin, et la satisfaction de la consultation en lien avec la durée « perçue » du rendez-vous. A moins que le patient ne prenne en compte la totalité de sa prise en charge, à savoir le temps passé avec l'assistant médical et le temps de consultation avec le médecin. L'évaluation de l'impact de ces réformes sera donc cruciale.

Reste à les faire accepter, les mettre en place, les diffuser, ce qui ne semble pas évident.

Certains craignent qu'elles ne dégradent la qualité de prise en charge des patients, qu'elles noient les médecins sous la protocolisation, et aggravent la désertification.

D'autres pensent que ce décloisonnement des rapports avec les patients peut freiner les professionnels de santé en raison d'un déficit de formation, et de freins culturels et sociaux.

Par ailleurs, évaluer la qualité des soins en ville était intéressant pour Alexis Vervialle, chargé de mission Offre de soins chez France Assos Santé, mais aucun outil ni calendrier n'avait été mis en place pour l'instant, selon une interview réalisée en 2019(40).

VI. CONCLUSION

Dans ce contexte de transformation inévitable des pratiques d'exercice de la médecine générale, le but de notre étude était d'évaluer les représentations des patients concernant leur relation avec le médecin traitant, ayant accompagné leur passage en maisons de santé pluriprofessionnelles.

Nos résultats témoignaient d'un effacement du médecin traitant unique au profit d'une prise en charge et d'une proximité, plus « adaptables » au motif de consultation dans les MSP.

La relation médecin-patient, déjà fondamentale, devient d'autant plus cruciale qu'elle est moins enrichie par la régularité des consultations dans les MSP.

Elle sera aussi bousculée par l'arrivée des assistants médicaux, prévus par le plan « santé 2022 » du gouvernement, destinés à faire gagner du temps aux médecins afin qu'ils accroissent leur patientèle sans perdre en efficacité. Mettre le patient au centre, en le rendant acteur de la formation et de l'évaluation des médecins, et en transformant ainsi un système descendant en relation partenariale, est censé optimiser la relation pour qu'elle n'y perde pas en qualité.

Notre étude montrait qu'il pourrait être bénéfique d'évaluer la situation de manière plus « robuste » en France, d'accentuer la formation en communication et de pousser les étudiants, comme les professionnels, à la réflexion sur la juste distance dans la relation de soin. Cela sera le cas si les mesures gouvernementales parviennent à être mises en place.

Mais cela va-t-il suffire à maintenir la bonne connaissance de son patient par le médecin et une relation de confiance de qualité qui souffrait déjà, selon nos patients et la littérature, de l'accroissement de la patientèle et du temps de consultation écourté ?

Références bibliographiques

1. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Quest Déconomie Santé*. mars 2020;(247):8.
2. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Quest Déconomie Santé*. mars 2011;(163):6.
3. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest Déconomie Santé*. sept 2010;(157):6.
4. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires-Article 2 (
5. Zalmaï D. Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Bordeaux : 2016 ;
6. Claire L. Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation : étude auprès des médecins généralistes installés en zones sous-dotées et des médecins généralistes remplaçants en Limousin. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Limoges : 2018 ;
7. Beauté J, Bourgueil Y, Mousquès J. (page consultée le 10/06/2020). Baromètre des pratiques en médecine libérale, Résultats de l'enquête 2006 « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons », [en ligne]. <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>
8. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé*. août 2015;(211):6.
9. Ramsay K. Les maisons de santé, un levier d'attraction des jeunes médecins ? *Concours Méd*. avr 2020;142:3.
10. Rimetz-Pal A. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins: quels critères du point de vue des patients? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Bordeaux : 2018 ;
11. Vuillermet A. La structuration en groupement d'exercice coordonné améliore-t-elle le ressenti face à l'accès aux soins? Focus sur le pôle de santé de Vern-sur-Seiche. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Rennes : 2016 ;
12. Bornand L. Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Grenoble : 2012 ;

13. Travers A. Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Tours : 2018 ;
14. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès des patients d'Eure et Loir. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Tours : 2013 ;
15. Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. AKOS Encycl Prat Médecine. 2003;1(1):1-6.
16. Pereira Gray D, Evans P, Kiera S. Towards a theory of continuity of care. J R Soc Med. avr 2003;96:160-6.
17. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 1 avr 2009;59(561):116-33.
18. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Realtion médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Rev Prat. 22 avr 2003;17(611).
19. Loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie-Article 7 (
20. Allen J, Heyrman J, Gay B, Ram P, Svab I, Crebolder H. (page consultée le 10/06/2020). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, [en ligne]. https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
23. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Quest Déconomie Santé. août 2013;(189):6.
24. Moreau A, Dedienne MC, Bornet-Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat. 20 déc 2004;18(674/675):4.
25. Boguet C, Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation M/P. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Grenoble : 2015 ;
26. Gaborieau P. Qu'est ce qu'un bon médecin généraliste ? Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Tours : 2013 ;
27. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patient de médecine générale en Vendée. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Angers : 2014 ;

28. Améli. (page consultée le 15/06/2020). Le dispositif du médecin traitant, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant>
29. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract.* sept 2001;(51):712-8.
30. Laurent M. Quelles sont les attentes des personnes âgées de plus de 75 ans, concernant leur relation avec leur médecin traitant? Thèse de doctorat: Médecine humaine et pathologie : Marseille : 2017 ;
31. Martel H. Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient : une étude qualitative auprès des patients. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Lille : 2017 ;
32. Bourdoul C. La proximité médecin-patient en médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : Strasbourg : 2019 ;
33. Ameli. (page consultée le 09/06/2020). Prévalence des ALD, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
34. Joliclerc F, Langlois J-M, Allemand H, Com-Ruelle L, Humez Y, Langlois J-M, et al. (page consultée le 15/06/2020). Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives, [en ligne]. <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>
35. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* déc 1995;(45):654-9.
36. Schers H, Van Den Hoogen H, Bor H, Grol R, Van Den Bosch W. Preference for a general practitioner and patients' evaluations of care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* sept 2004;(54):693-4.
37. sfmg. (page consultée le 20/06/2020). Le patient et son généraliste « médecin traitant », [en ligne]. http://www.sfmg.org/publications/les_publications/le_patient_et_son_generaliste_medecin_traitant.html
38. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Médicale.* juin 2006;35(6):967-73.
39. Desgrées du Loû G, Ramsay K. « Ma santé 2022 » Premier bilan en demi-teinte. *Concours Méd.* déc 2019;(141):20-8.
40. Desgrées du Loû G. Qualité des soins évaluer les parcours. *Concours Méd.* avr 2019;(141):18-26.
41. Ramsay K, Desgrées du Loû G. Quelle place pour le patient au sein de l'équipe? *Concours Méd.* nov 2019;(141):18-26.

Annexes

Annexe 1 : grille d'entretien

Introduction

De plus en plus de médecins s'installent en maisons de santé afin de favoriser les échanges interprofessionnels, et de pouvoir concilier vie professionnelle et vie personnelle tout en assurant une continuité des soins grâce au fonctionnement du cabinet.

Le but de mon travail est de savoir quel est le ressenti des patients quant à la place du médecin traitant dans leur suivi au sein de ce type d'établissement.

Cet entretien va être enregistré pour me permettre de travailler dessus, mais sera anonyme.

Avant de débiter cet entretien, nous aurions besoin d'informations vous concernant.
Pour cela **pourriez-vous vous présenter** ? (âge, sexe, situation familiale, activité professionnelle, existence d'une maladie chronique, en ALD ou non)

1) Etat du suivi précédent : Avant de rejoindre la maison de santé pluriprofessionnelle, où étiez-vous suivi et que pensiez-vous de votre relation avec votre médecin traitant ?

Questions de relance :

- Dans quel type de structure étiez-vous suivi ?
- Quel impact avait cette relation sur votre suivi médical (écoute, communication/informations, mémoire de ce qui a été dit ou fait, soins médicaux, continuité des soins, coopération (observance, réalisation des examens demandés) ?
- Que pensiez-vous de sa disponibilité (présentielle, téléphonique, affective) ?

2) Etat du suivi actuel : Depuis combien de temps êtes-vous suivi au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle et que pensez-vous de votre relation avec votre médecin traitant ?

Question de relance :

Quel est l'impact de cette relation sur votre suivi médical ?

Que pensez-vous de sa disponibilité ?

Comment voyez-vous le fait de voir d'autres médecins de la MSP quand votre médecin traitant n'est pas disponible ?

3) Pour vous quelle est l'importance d'avoir un médecin traitant dans votre suivi médical ?

4) Quelles modifications feriez-vous pour améliorer votre suivi ?

Annexe 2 : fiche d'information

Madame, Monsieur,

Dans un contexte de disparité géographique et de désaffection pour l'exercice libéral isolé, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) proposent une déclinaison nouvelle de l'offre de soin en France. Elles permettent aux médecins de réduire leur temps de travail, grâce à une mise en commun de la patientèle. Elles ont prouvé leur efficacité en termes d'offre et d'accès aux soins primaires, mais également en termes de confort, sécurité et d'efficience pour les médecins généralistes. D'après nos recherches bibliographiques, les patients sont satisfaits du fonctionnement global de ces MSP.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins au sein de cette structure, nous vous proposons de participer à une étude afin de déterminer si ce système de soin entraîne un changement concernant la place de votre médecin traitant dans votre suivi.

Cette étude s'intègre dans le cadre d'un travail de **Thèse en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Médecine Générale**.

Dans le cadre de ce travail, après recueil de votre consentement, nous souhaiterions réaliser un **entretien individuel oral** qui suivra une trame pré établie de questions ouvertes, et au cours duquel vous aurez la liberté d'exprimer vos attentes, vos opinions ainsi que toute autre proposition.

Les entretiens peuvent durer en moyenne trente minutes, ils **peuvent se tenir à la date et dans le lieu qui vous conviennent le mieux**, la seule condition est le calme.

J'enregistre les entretiens sur un dictaphone externe pour pouvoir ensuite travailler dessus.

Nous insistons sur le fait que votre anonymat sera garanti.

Vos données à caractère personnel seront utilisées pour le recueil de votre consentement et pour l'analyse de l'entretien. Ces entretiens seront analysés par moi-même et par un autre médecin généraliste à qui ils seront envoyés anonymement, afin d'interpréter les résultats.

Cet enregistrement et sa retranscription écrite seront **conservés pour une durée de 6 mois**, le temps du travail de thèse, sur support externe.

Vous êtes autorisés à **demandeur l'accès** aux données, la **rectification** ou **l'effacement** de celles-ci ou à la limitation des informations données. Vous avez le **droit de vous opposer** à la

collecte d'informations. Vous pouvez **recupérer** les données fournies et les transmettre à quelqu'un d'autre si vous le souhaitez.

Vous avez le **droit de retirer votre consentement à tout moment** de la collecte de données.

Vous avez le droit de faire une **réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)**.

Il n'y aura pas de conséquences en cas de non-transmission de vos données puisqu'une autre personne sera alors interrogée.

Vos données ne seront pas utilisées ultérieurement pour une autre recherche.

En vous remerciant par avance pour votre participation.

Hélène Capois, médecin généraliste remplaçante, thésarde ([\[redacted\]](#))

Dr Baptiste Luaces, directeur de thèse, docteur en médecine générale, (baptiste.luaces@u-bordeaux.fr)

Annexe 3 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

<i>Numéro</i>	<i>item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Hélène Gotchac
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale ayant réalisé ses 6 semestres d'internat
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêts

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/descriptions</i>	<i>Réponse</i>
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorie ancrée

Sélection des participants :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/descriptions</i>	<i>Réponse</i>
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face, dans la salle d'attente ou en consultation
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13
13	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ? Raisons ?	3 par manque de temps

Contexte :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/descriptions</i>	<i>Réponse</i>
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont elles été recueillies ?	Bureau fermé dans la MSP ou téléphone
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes en dehors du chercheur et des participants ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentes dans le tableau récapitulatif dans le chapitre « Résultats »

Recueil des données :

<i>Item</i>	<i>Numéro</i>	<i>Guide questions/descriptions</i>	<i>Réponse</i>
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien réalisé par les auteurs, testé lors du premier entretien
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 19 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 12 ^{ème} entretien, confirmé par le 13 ^{ème} entretien
23	Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données :

<i>Item</i>	<i>Numéro</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Double codage
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non, mais disponible si besoin
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Taguette
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims identifiés par des numéros
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Représentations concernant la relation avec le médecin traitant, ayant accompagné le passage des patients en maison de sante pluriprofessionnelle

RESUME

Introduction — Dans un contexte de diminution du nombre des médecins généralistes et d'une augmentation de la demande de soin, les MSP sont en plein essor. Notre objectif était d'évaluer les représentations de la relation avec le médecin traitant, ayant accompagné le passage des patients en MSP.

Méthode — Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs jusqu'à saturation des données, auprès des patients de trois MSP. L'analyse a permis un codage thématique avec triangulation des données.

Résultats — Treize entretiens réalisés ont mis en évidence des changements. Le médecin traitant n'était plus forcément le médecin suivi, et pouvait être « multiple ». Le temps du médecin de famille était révolu en termes de disponibilité et de relation, même si cette dernière restait primordiale pour les patients pour certains motifs de consultation. Il en résultait une impression d'examen clinique et de prise en charge plus ciblés. Ces changements semblaient plus en lien avec la génération du médecin qu'avec la structure.

Discussion — Ces résultats témoignent d'un effacement du médecin traitant pour une prise en charge et une proximité, plus « adaptables » au motif de consultation dans les MSP. La relation médecin-patient, déjà fondamentale, devient d'autant plus cruciale qu'elle sera moins enrichie par la régularité des consultations. Il pourrait être bénéfique d'évaluer la situation de manière plus « robuste » en France, et d'accentuer la formation en communication et de pousser les étudiants, comme les professionnels, à la réflexion sur la juste distance dans la relation de soin.

Mots clés : médecin traitant, relation médecin-patient, maisons de santé pluriprofessionnelles

Representations of the relationship with the personal general practitioner who accompanied the transition of patients into community health centers

ABSTRACT

Introduction — In a context of decreasing number of general practitioners (GP) and increasing demand of care, community health centers (CHC) are booming. Our objective was to assess patient's feelings regarding the relationship with their personal GP in these structures.

Methods — We performed a qualitative study with semi-directed individual interviews until reaching data saturation, with patients from three CHC. Analysis was done by thematic coding and data triangulation.

Results — With 13 interviews, we found several changes. The declared GP was no longer necessarily the patient's main GP and could be « multiple ». The time of “family doctors” was over in terms of availability and relationships, even if this relation remained essential to patients for some reasons of consulting. The result was a feeling of more targeted clinical examinations and management. These changes seemed more related to the generation of the GP than to the structure.

Discussion — These results demonstrate a step-back of the personal GP for a more adaptable management and proximity regarding reasons of consulting. The already essential doctor-patient relationship becomes more crucial, especially since it will be less developed by the regularity of the consultations. It could be beneficial to conduct a larger study of this situation in France, and to reinforce communication training and encourage students, like GP, to work on the right distance in the care relationship.

Keywords: generalist practitioner, physician patient relations, community health centers