



HAL
open science

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : leviers de relances des projets en difficulté, étude qualitative à partir de la MSP de Hautefort

Jérôme Guitard

► To cite this version:

Jérôme Guitard. Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : leviers de relances des projets en difficulté, étude qualitative à partir de la MSP de Hautefort. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03231189

HAL Id: dumas-03231189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231189>

Submitted on 20 May 2021

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.

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

Présentée et soutenue le 12 mai 2021 en visioconférence par

M. Jérôme Pierre GUITARD

Né le 14/06/1977 à Périgueux (24)

**Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : leviers
de relances des projets en difficulté.**

Étude qualitative à partir de la MSP de Hautefort.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO

Composition du Jury :

Président : - Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres : - Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

- Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

- Monsieur le Docteur Christophe JOUHET

- Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO

Remerciements

A notre président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités de Médecine Générale, Directeur du Département de Médecine Générale et Coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale, Médecin Généraliste

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

A nos juges

Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail et vous témoigne toute ma reconnaissance. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Maître de conférences des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail et vous témoigne toute ma reconnaissance. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe JOUHET

Maître de conférences des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail et vous témoigne toute ma reconnaissance. Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO

Médecin généraliste, trésorier de la Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé

Tu es de ceux, dont la gentillesse et la volonté d'aider, prendront toujours le dessus sur un emploi du temps plus que rempli.

Tu es le seul à avoir cru en mon travail et accepté de le diriger malgré tes nombreuses obligations professionnelles et une vie de famille bien garnie. Je t'en serai éternellement reconnaissant. Ta participation à ce jury est pour moi un honneur et je suis fier d'avoir été sous ta direction.

A notre rapporteur

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de mon travail et je vous en remercie.
Je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Remerciements particuliers

Madame le Docteur Clothilde HOLLIER-GUILLARD

Médecin généraliste

Je vous remercie pour votre précieuse aide, vos conseils et les heures consacrées au codage qui m'ont permis de mener ce travail à terme.
Je vous en suis reconnaissant et je vous prie de croire en ma gratitude et en mon profond respect.

Remerciements très particuliers

A Aurélie, ma femme, mon amour éternel. Tu m'as offert les plus beaux moments de ma vie et chaque jour passé à tes côtés m'offre tant de bonheur que je ne peux imaginer la vie sans toi.

A Pierre et Marie Lou, mes enfants, vous êtes ma plus belle réussite, celle pour laquelle la vie mérite d'être vécue. Je vous aime et vous aimerai au-delà du temps.

A mes parents, merci pour votre indéfectible soutien malgré les épreuves et les années qui passent vous avez toujours été là pour moi. Vous êtes mes modèles et je suis fier d'être votre fils.

A ma sœur Valérie, merci pour ton soutien, ta gentillesse et ta joie de vivre communicative qui ont toujours su me redonner le sourire dans les moments difficiles.

A mémé Lili, pépé Pierrot, pépé François et Norbert, vous me manquez même si je sais que vous êtes toujours là avec moi.

A mes beaux-parents et à ma belle-famille. Merci pour votre aide, vos conseils et votre soutien qui m'ont permis de mener ce nouveau cursus à terme.

A Roxy, notre chat qui n'a pas fait grand-chose, à part dormir à mes pieds durant la rédaction de cette thèse, mais qui m'a permis de relativiser et m'a montré la voie de la sérénité ...

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS.....	8
1. INTRODUCTION.....	10
1.1. CONTEXTE D'ETUDE ET PROBLEMATIQUE.....	10
1.2. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP).....	12
1.2.1. <i>Définition.....</i>	12
1.2.2. <i>Historiques et développement des MSP en France.....</i>	12
1.2.3. <i>Répartition actuelle des MSP sur le territoire Français.....</i>	15
1.3. LE PROJET DE SANTE.....	13
1.3.1. <i>Définition.....</i>	13
1.3.2. <i>Objectif du projet de santé.....</i>	17
1.4. LES SOCIETES INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES.....	17
1.4.1. <i>Définition.....</i>	17
1.4.2. <i>Prérequis et fonctionnement des SISA.....</i>	18
1.5. LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION (NMR) DES MSP.....	19
1.6. LA MAISON DE SANTE RURALE DE HAUTEFORT.....	20
1.6.1. <i>Hautefort en Périgord noir.....</i>	21
1.6.2. <i>Historique de la MSP de Hautefort.....</i>	24
1.6.3. <i>Situation actuelle.....</i>	25
1.6.4. <i>Des polémiques.....</i>	26
2. MATERIEL ET METHODE.....	27
2.1. TYPE D'ETUDE.....	27
2.2. POPULATION ETUDIEE.....	28
2.3. CONFIDENTIALITE ET CONSENTEMENT.....	28
2.4. GUIDE D'ENTRETIEN.....	29
2.5. RECUEIL DES DONNEES.....	29
2.6. RETRANSCRIPTION DES DONNEES.....	30
2.7. ANALYSE DES VERBATIM.....	30
3. RESULTATS.....	32
3.1. PANEL DES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERROGES.....	32
3.1.1. <i>Description des professionnels de santé.....</i>	32
3.1.2. <i>Résumé des professionnels de santé.....</i>	35
3.2. DESCRIPTION DES ENTRETIENS.....	36
3.3. DESCRIPTION DES DONNEES.....	36
3.3.1. <i>Les freins et les hésitations à exercer dans une MSP.....</i>	36
3.3.1.1. <i>Une méconnaissance des MSP flagrante.....</i>	36
3.3.1.2. <i>Une connaissance limitée au terme « pluriprofessionnel » et une confusion avec les cabinets de groupe.....</i>	37
3.3.1.3. <i>Un souhait d'informations sur les MSP.....</i>	37
3.3.1.4. <i>Les professionnels exerçant dans la MSP ou ayant participé à un projet de MSP semblent être mieux informés.....</i>	37
3.3.1.5. <i>Des craintes à l'exercice regroupé en MSP.....</i>	38
3.3.1.6. <i>Des freins à l'intégration de professionnels d'une discipline déjà pourvue au sein d'une MSP et un manque d'ouverture.....</i>	38
3.3.1.7. <i>Des professionnels pas forcément plus disponibles en MSP.....</i>	39

3.3.1.8.	<i>Les maisons de santé sont plus intéressantes pour les jeunes</i>	39
3.3.1.9.	<i>Pas de nécessité d'améliorer la coopération interprofessionnelle.....</i>	39
3.3.1.10.	<i>La coopération nécessite du temps.....</i>	40
3.3.1.11.	<i>Pas de MSP lors de l'installation de certains.....</i>	40
3.3.2.	<i>Les freins plus spécifiques à la MSP de Hautefort.....</i>	40
3.3.2.1.	<i>Une méconnaissance de la MSP de Hautefort.....</i>	40
3.3.2.2.	<i>Rester propriétaire.....</i>	41
3.3.2.3.	<i>Un sentiment de loyer est trop cher.....</i>	41
3.3.2.4.	<i>Le « turn over » des médecins a été trop important et désormais c'est le manque de médecin qui la rend moins attractive</i>	42
3.3.2.5.	<i>La MSP de Hautefort a perdu son leader en premier.....</i>	42
3.3.2.6.	<i>Les problèmes de santé de plusieurs praticiens de la MSP de Hautefort ont déstabilisé l'équipe.....</i>	42
3.3.2.7.	<i>Améliorer le secrétariat.....</i>	43
3.3.2.8.	<i>Agrandir le parking.....</i>	43
3.3.2.9.	<i>La MSP de Hautefort n'est pas attractive esthétiquement.....</i>	43
3.3.2.10.	<i>La MSP de Hautefort concurrencée par un projet en échec à 12 Km.....</i>	43
3.3.2.11.	<i>S'installer en MSP peut-être, mais sur son lieu d'exercice.....</i>	44
3.3.2.12.	<i>Hautefort trop rural et pas assez de médecins formés.....</i>	44
3.3.2.13.	<i>Un recrutement trop tardif</i>	45
3.3.3.	<i>Les leviers pour encourager l'exercice en MSP.....</i>	45
3.3.3.1.	<i>Une coopération interprofessionnelle difficile sur le territoire de Hautefort et une volonté de certains de l'améliorer.....</i>	45
3.3.3.2.	<i>Un intérêt des praticiens pour l'exercice regroupé.....</i>	46
3.3.3.3.	<i>Le bénéfice de la communication autour des MSP opérationnelles.....</i>	47
3.3.3.4.	<i>La présence d'un spécialiste au sein de la MSP de Hautefort est un atout... </i>	47
3.3.3.5.	<i>Mettre en place un logiciel pluriprofessionnel au sein de la MSP de Hautefort.....</i>	47
3.3.3.6.	<i>La MSP de Hautefort présente des qualités matérielles, est bien située et bénéficie d'un bon environnement paramédical.....</i>	47
3.3.3.7.	<i>Un regret de ne pas être en MSP.....</i>	48
3.3.3.8.	<i>La qualité de vie à la campagne est un atout.....</i>	49
3.3.3.9.	<i>Effectuer des démarchages dans les centres de formation des étudiants....</i>	49
3.3.3.10.	<i>Pouvoir bénéficier de la ZRR même en transfert proche d'activité.....</i>	49
3.4.	SYNTHESES DES RESULTATS.....	50
4.	DISCUSSION.....	52
4.1.	FORCES DE L'ETUDE.....	52
4.1.1.	<i>Choix d'une étude qualitative.....</i>	52
4.1.2.	<i>Choix de l'entretien semi-dirigé.....</i>	52
4.1.3.	<i>Choix du guide d'entretien.....</i>	52
4.1.4.	<i>Échantillonnage</i>	53
4.1.4.1.	<i>Choix des professionnels de santé.....</i>	53
4.1.4.2.	<i>Taille de l'échantillon</i>	53
4.1.4.3.	<i>Stratégie d'échantillonnage.....</i>	53
4.1.4.4.	<i>Atténuation des biais internes.....</i>	54
4.1.4.5.	<i>Retranscription mot pour mot et analyse immédiate.....</i>	54
4.1.4.6.	<i>Triangulation du codage.....</i>	54

4.2. FAIBLESSE ET LIMITATIONS DE L'ETUDE.....	54
4.2.1. Type d'étude	54
4.2.2. Limites liées au recueil des données.....	55
4.2.2.1. Le guide d'entretien.....	55
4.2.2.2. Question de présentation et enregistrement audio.....	55
4.2.2.3. Biais d'investigation.....	55
4.2.2.4. Biais d'information.....	56
4.2.2.4.1. Étudiant en Médecine et déserts médicaux.....	56
4.2.2.4.2. Conjoint exerçant sur le territoire de Hautefort.....	56
4.2.2.4.3. Crise sanitaire et contraintes logistiques.....	56
4.2.2.5. Facteurs d'exclusion.....	56
4.3. INTERPRETATION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	57
4.3.1. Une méconnaissance des MSP et un manque d'information sur la MSP de Hautefort.....	57
4.3.2. Exercice regroupé en MSP, âge et attachement au lieu d'exercice.....	58
4.3.3. Les adaptations de la MSP de Hautefort.....	59
4.3.4. Les leviers déjà en place et un souhait d'aller vers plus de collaboration.....	59
4.3.5. La situation de la MSP de Hautefort	61
4.3.6. Perspectives et avenir : un effort sur la communication, l'ouverture des projets et une amélioration de coordination des projets.....	62
4.3.7. Synthèse des propositions de leviers pour relancer le projet de la MSP de Hautefort et plus globalement des MSP en difficulté.....	64
5. CONCLUSION.....	65
6. BIBLIOGRAPHIE	66
7. ANNEXES.....	73
SERMENT D'HIPPOCRATE	75
RESUME.....	76
ABSTRACT.....	77

Abréviations

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires.

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie.

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel.

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé.

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins.

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire.

ARS : Agence Régionale de Santé.

MSA : Mutualité Sociale Agricole.

DSS : Direction de la sécurité sociale.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

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

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires.

SEL : Société d'Exercice Libéral.

SCP : Société Civile Professionnelle.

SCM : Société Civile de Moyens.

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération.

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles.

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CGSS : Les caisses générales de sécurité sociale.

EPCI : Établissements Publics de Coopération intercommunale.

ZAC : Zone d'Accompagnement Complémentaire.

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

ADELI : Automatisation Des Listes.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public.

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale.

PTMR : Praticien Territorial Médical de Remplacement.

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale.

PER : Pôle d'Excellence Rurale.

MSRP : Maison de Santé Rurale pluridisciplinaire.

MSA : Mutualité Sociale Agricole.

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins.

AIMGER : Association des Internes en Médecine Générale de Reine.

1. INTRODUCTION

Depuis 2009 et la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), la « rationalisation » de l'offre de soins et sa structuration au niveau territorial sont devenues des enjeux d'action publique.

Parallèlement à la concentration et au développement d'une offre de soins spécialisés et de haute technicité autour de grands centres régionaux, le législateur a souhaité par le biais de la loi HPST organiser une offre de soins de proximité satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé de la population et accessible à tous (1).

Afin d'optimiser la prise en charge de chaque patient et de faire correspondre l'offre aux objectifs de santé publique, le parcours de soins coordonnés a été créé et des permanences de soins ambulatoires ont été mises en place avec l'espoir d'éviter le recours systématique aux urgences (2).

Ainsi, dans la loi HPST apparaissent clairement les notions de soins de premier recours centrés autour du médecin généraliste qui assure l'orientation du patient et les soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé (2).

Partant également des constatations répétées du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie HCAAM (rapport de 23 janvier 2004) précisant que le cloisonnement empêche la construction d'un véritable « système de soins » et « rend difficile l'accès et le cheminement du patient », la loi invite et encourage l'exercice regroupé des professionnels de santé (2).

C'est dans ce contexte que les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont commencé leur développement sous l'œil bienveillant du législateur, notamment parce qu'elles apparaissent comme une réponse évidente aux différentes problématiques d'accès, de permanence et de continuité des soins.

1.1. Contexte d'étude et problématique

Ainsi depuis le 19 décembre 2007 et leur première reconnaissance légale au travers de l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique (3), les MSP ont connu un développement rapide.

Alors qu'elles n'étaient que 20 en 2008, leur nombre a été multiplié par plus de quatre entre mars 2013 (240 structures en fonctionnement) et mars 2017 (910 structures ouvertes et 334 en projet) (4).

Lors de la visite en février 2019 de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Avoine (Indre-et-Loire), le Premier ministre Edouard Philippe déclarait qu'il souhaitait voir ce dispositif continuer à se développer dans le but de lutter contre la désertification médicale et « *que l'exercice collectif de la médecine devienne la norme* » (5).

Cette volonté gouvernementale a été affirmée à nouveau en mars 2019 lors des huitièmes journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) par la ministre de la santé Agnès Buzyn, qui dans un message vidéo adressé à tous les

participants, rappelle son soutien aux MSP et affiche son « bon espoir » d'atteindre l'objectif de 2 000 MSP en 2022, fixé par le président de la République (6).

Ainsi le développement des MSP sur le territoire français s'inscrit dans une dynamique constante, forte du soutien des politiques qui présentent souvent ces structures comme une arme de lutte contre la désertification médicale en partant du constat que les nouvelles générations de professionnels de santé ne veulent plus exercer de manière isolée (7).

Pourtant ce mode d'exercice, même s'il est en progression constante, ne représente encore aujourd'hui qu'une proportion marginale des professionnels de santé libéraux installés (4).

En effet, au 13 mars 2017 selon l'observatoire des maisons de santé pluriprofessionnelles de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), 13 419 professionnels de santé exerçaient en MSP, dont 3 536 médecins généralistes (4).

Pour ordre de grandeur, ce chiffre ne représente que seulement 4 % de l'ensemble des médecins généralistes en activité et 7 % de ceux ayant une activité libérale exclusive, ce qui reste encore une part très modeste de l'offre ambulatoire (4).

Par ailleurs, si la réussite de beaux projets est souvent mise en avant par les acteurs locaux et semble être la généralité, parfois, les communes se retrouvent aussi avec des bâtiments neufs, certes fonctionnels mais désespérément vides (8).

Ainsi à l'image des MSP de Hautefort (9), Avanton (8), Mareuil sur Belle (10), Doubs (11) ou Trébeurden en Bretagne (12), plusieurs communes se plaignent en effet de ne pas parvenir à attirer des professionnels de santé, dont les médecins généralistes, dans leur projet de maison de santé et se voient financer des « coquilles vides ».

Le cas de la maison de santé de Hautefort en Dordogne est emblématique de ces situations.

Inaugurée en 2012, l'établissement de 700 m² dont la construction a coûté plus de 2 millions d'euros voit ses 3 bureaux réservés aux médecins désespérément vides depuis le départ du dernier médecin en janvier 2017 (9).

Bien qu'il y ait plusieurs cabinets médicaux à proximité de cette maison de santé (le canton de Hautefort n'est pas considéré comme une zone d'intervention prioritaire (ZIP) par l'agence régionale de santé (ARS) (13)), aucun médecin n'a souhaité jusqu'à maintenant intégrer le projet et les dernières installations de médecins généralistes se sont faites en dehors de cette structure (14).

De la même façon, depuis le départ à la retraite de son dentiste en mars 2020 et malgré les efforts de recrutement du gestionnaire (MSA services), le cabinet dentaire reste inoccupé depuis plusieurs mois.

Ainsi ces projets, souvent coûteux, ont fait naître lors de leurs réalisations, l'enthousiasme et l'espoir de la population locale de voir l'offre de soins sur la commune enfin pérennisée, mais aujourd'hui avec leurs échecs, ils cristallisent les reproches et laissent un goût amer aux financeurs (8).

Souhaitant intégrer la MSP de Hautefort avec un vrai désir de relance du projet de santé, les recherches bibliographiques menées en vue de préparer mon installation m'ont permis de constater qu'il n'existe pas jusqu'à ce jour d'étude traitant le sujet des MSP en difficulté par manque de professionnels de santé.

Ainsi, après une courte présentation et un état des lieux succinct des MSP en France, l'objectif de notre travail appliqué à la MSP de Hautefort, sous forme d'étude qualitative, est donc de s'intéresser à ces situations d'échec et de rechercher quels pourraient être les moyens de relance et d'augmentation d'attractivité d'une MSP à l'arrêt comme la MSP de Hautefort.

1.2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

1.2.1. Définition

Depuis la première reconnaissance officielle du terme « maison de santé » par sa reprise dans le rapport du sénateur Juilhard sur l'offre de soins en octobre 2007 (15), la définition des maisons de santé a beaucoup évolué, (16) jusqu'à la définition actuelle des maisons de santé pluriprofessionnelles qui fait consensus et est définie par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique.

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Il est à noter que cette dernière définition, modifiée par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 art.118 introduit désormais une composante de formation et de recherche universitaire :

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

1.2.2. Historiques et développement des MSP en France

C'est à partir de 2006 que l'expression « maison de santé » commence à être utilisée par des groupes de soignants désirant distinguer leur projet d'exercice des simples « maisons médicales » existantes (16).

En effet, jusqu'en 2006 les maisons médicales ne sont alors que des « structures

immobilières » ou « maisons » au sens propre du terme, regroupant plusieurs professionnels de santé pour leur exercice en un même lieu, sans réelle notion de partage ou de coordination.

Reprenant et s'inspirant d'expériences comme celle des « unités sanitaires de base » de Saint-Nazaire des années 1980, ces pionniers ont souhaité développer dans ces « maisons médicales innovantes » un travail coordonné entre professionnels de santé intégrant les soins, la prévention, l'information et l'éducation à la santé, avec l'ambition louable d'améliorer la prise en charge de la population (16).

Avec la reprise en 2007 de ce concept dans le rapport du sénateur Juilhard et avec une première proposition de définition de ces « maison santé » par le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé consacré à l'exercice coordonné et protocolé du Professeur Chabot, les maisons de santé obtiennent pour la première fois une reconnaissance officielle (16), qui se concrétisera par l'inscription de cette dénomination au code de la santé publique à l'article L.6323-3 en décembre 2007.

Peu de temps après, en février 2008 avec la loi de financement de la sécurité sociale (17), la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, annonce la mise en place d'une aide financière destinée à soutenir ces structures, mais celles-ci doivent en contrepartie suivre un cahier des charges établi par la direction de la sécurité sociale (DSS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Les maisons de santé à travers l'obtention de cette aide et par le respect du cahier des charges ont désormais une amorce de cadre juridique qui sera définitivement actée en 2009 par la loi HPST (18).

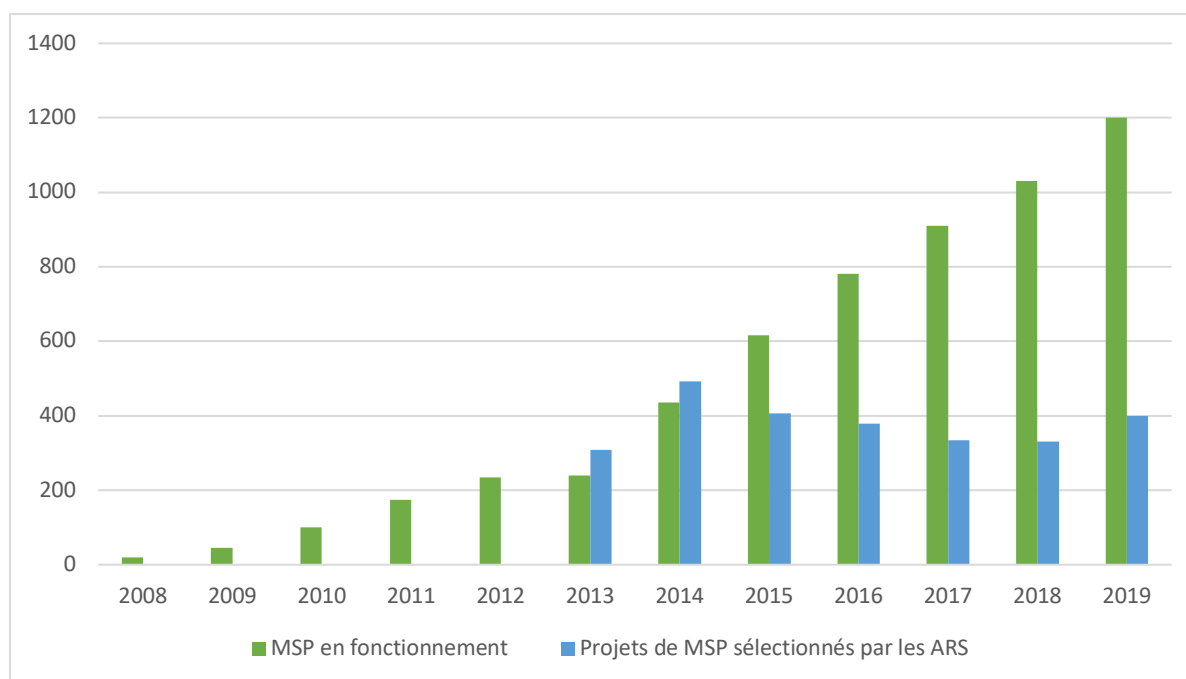
Ainsi pour l'obtention de cette aide, la maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé.

Elle doit également être le lieu principal de l'activité, ses moyens doivent être mutualisés et l'exercice doit être coordonné.

Enfin, le projet commun doit définir les modalités d'accès et de continuité des soins, et doit s'engager à mettre en place un système d'information moderne ainsi que prendre part à la formation des étudiants (18).

Fort de cette reconnaissance et de la possibilité d'un soutien financier, les maisons de santé ont connu dans ce contexte un développement rapide depuis l'année 2008 où l'on ne dénombrait que 20 MSP en fonctionnement jusqu'en 2019 avec 1200 structures opérationnelles et 400 projets en cours de réalisation.

Figure 1 : Évolution du nombre de MSP en France de 2008 à 2019.



Sources issues IRDES pour la période de 2008 à 2012 et de l'Observatoire des MSP (DGOS) de 2013 à 2019.

Tableau 1 : Évolution du nombre de MSP en France de 2008 à 2019.

Année	MSP en fonctionnement	Projets de MSP déjà sélectionnés
2008	20	
2009	46	
2010	100	
2011	175	
2012	235	
2013	240	309
2014	436	493
2015	616	407
2016	781	379
2017	910	334
2018	1031	330
2019	1200	400

Sources issues IRDES pour la période de 2008 à 2012 et de l'Observatoire des MSP (DGOS) de 2013 à 2019.

1.2.3. Répartition actuelle des MSP sur le territoire Français

Si les MSP sont réparties sur l'ensemble du territoire français avec des structures dans chaque région, il existe de fortes disparités entre les régions et en leur sein (19).

Les régions où le maillage en MSP est le plus dense, sont la Bretagne, les Pays de la Loire, les Hauts-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes (19).

Les régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse ou l'Alsace sont les régions les moins denses en MSP (19).

Les disparités au sein même des régions peuvent être expliquées par la différence départementale et régionale de soutien aux MSP, antérieure aux nouvelles régions. Ainsi les anciennes régions Franche-Comté, Lorraine ou Poitou-Charentes sont plus fournies en MSP que leurs nouvelles régions (19).

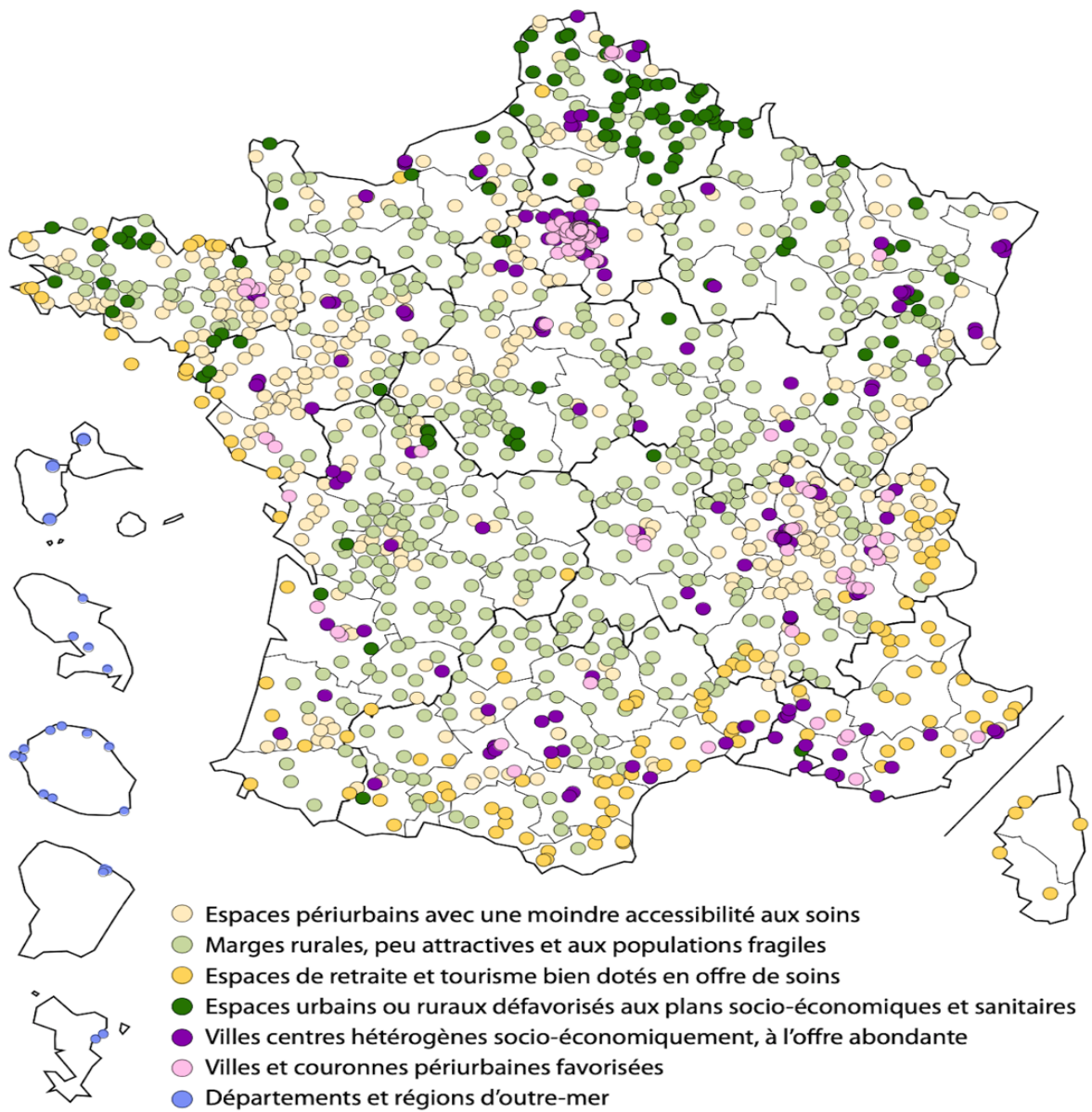
Concernant la répartition des MSP sur les différents territoires de vie, l'on constate que les MSP sont principalement implantées dans les territoires avec le plus faible niveau d'accès potentiel aux soins de premiers recours, puisque 35,5 % des MSP sont implantées en zones rurales et 25,8 % dans les zones péri-urbaines ayant une moindre accessibilité en soins primaires (19). A l'inverse, elles sont sous représentées dans les villes et couronnes favorisées avec seulement 6,9 % des implantations (19).

Enfin, l'analyse de l'historique du développement spatio-temporel des MSP en France, montre que les MSP se sont d'abord implantées en zones rurales avant de s'orienter de plus en plus vers les zones urbaines (19).

Entre 2010 et 2015, 40 % des implantations de MSP se sont en faites en marge rurale contre seulement 25% à partir de l'année 2016.

Durant cette même période la proportion de MSP est restée stable à 25% en zone péri-urbaine et celles dans les villes centres a augmenté à près de 17 % pour les plus récentes contre moins de 10 % en 2010 (19).

Figure 2 : implantation des MSP au 1^{er} janvier 2020 selon le type de territoire de vie.



Sources : IRDES, DGOS. Réalisation IRDES 2020.

1.3. Le projet de santé

1.3.1. Définition

Selon la définition actuelle des maisons de santé pluriprofessionnelles (article L. 6323-3 du code de Santé Publique), le projet de santé peut être défini comme le témoignage d'un exercice coordonné entre les professionnels de santé exerçant dans une maison de santé.

Ce projet est élaboré par les professionnels de santé de la MSP et doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 du code de la santé.

Le projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé, membres de la maison de santé, et peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

A la fois projet professionnel et projet de prise en charge des patients (continuité des soins, prévention, éducation thérapeutique), le projet de santé, validé par l'ARS, s'articule généralement autour de trois domaines (20) :

- L'organisation de la prise en charge des patients.
- Le fonctionnement en groupe professionnel et l'organisation interprofessionnelle.
- La logistique et le financement.

1.3.2. Objectif du projet de santé

Après un diagnostic des besoins, en concertation avec l'ARS et les usagers du territoire, le projet de santé est un texte qui a pour objectif de définir le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée (21).

Il aborde principalement les modalités de réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, de prise en charge des maladies chroniques, ainsi que l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie ou de tout autre projet local comme la participation à des réseaux existants (21).

Par ailleurs, seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « maisons de santé » et accessoirement bénéficiaire, sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé, des financements versés par l'ARS (22).

1.4. Les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires

1.4.1 Définition

La SISA ou Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires est une forme de société

spécifiquement créée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (dite loi Fourcade) (23), pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant (24).

Elle incarne la structure juridique de la MSP à laquelle elle est attachée.

La SISA est actuellement la seule forme de société permettant le bon fonctionnement d'une MSP car elle répond aux problématiques posées par les MSP aux autres types de société (25).

En effet, l'exploitation d'une MSP par une SEL (Société d'Exercice Libéral) ou une SCP (Société Civile Professionnelle) est impossible car ces sociétés ne peuvent être constituées qu'entre professionnels de même spécialité, quant à la SCM (Société Civile de Moyens) ou à l'Association de loi 1901 celles-ci sont inadaptées pour des raisons fiscales (25).

Ainsi la Loi Fourcade du 10 août 2011 avec son décret d'application du 25 mars 2012, a créé cette nouvelle forme juridique sur mesure qui permet le regroupement des professionnels de santé relevant de professions différentes, la perception et la redistribution des financements publics et la facturation de certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi (HPST).

Sur le plan fiscal, la SISA est une société civile assujettie à l'impôt sur le revenu et les bénéfices distribués aux associés par la SISA sont soumis au même régime fiscal que les honoraires d'activité (bénéfices non commerciaux (BNC) pour les libéraux) (26).

Enfin, les prestations facturées à l'assurance maladie et rémunérées par les nouveaux modes de rémunération sont exonérées de TVA (Article 261B du code général des impôts).

1.4.2 Prérequis et fonctionnement des SISA

Il faut au minimum deux médecins et un auxiliaire médical pour former une SISA (19). Seules des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien peuvent être associées d'une SISA.

Les psychologues et les ostéopathes en sont donc exclus.

Tableau 2 : professions pouvant intégrer une SISA : professions médicales o, pharmaceutiques o et auxiliaires médicaux o

Médecin	Audioprothésiste
Chirurgien-dentiste	Prothésiste
Sage-femme	Orthésiste
Pharmacien	Diététicien
Infirmier	Manipulateur d'électroradiologie médicale
Masseur-kinésithérapeute	Technicien de laboratoire médical
Pédicure-podologue	
Ergothérapeute	
Psychomotricien	
Orthophoniste	
Orthoptiste	

Source : code de la santé publique

Au sein de la SISA, la responsabilité professionnelle reste personnelle à chaque associé et n'est pas transférée à la SISA (27).

La SISA n'est pas inscrite aux Ordres professionnels des associés (27).

Toute activité qui n'est pas exercée en commun au sein de la SISA peut être exercée par les associés en dehors de la structure (27).

La constitution d'une SISA est un prérequis essentiel pour l'obtention des aides publiques.

A ce titre son principal avantage est d'être la seule société à pouvoir percevoir des NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) (25).

1.5. Les nouveaux modes de rémunération (NMR) des MSP

Jusqu'à l'année 2009, en France, le principe de la rémunération des professionnels de santé libéraux reposait quasi exclusivement sur les actes réalisés.

Chaque acte donnait lieu à une rétribution dont le montant était fixé par convention entre l'assurance maladie et les syndicats professionnels.

Ce mode de rémunération a bien répondu au problème de l'accès aux soins après-guerre, lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes, mais il ne permettait plus à lui seul une prise en charge globale des patients (16).

De la même façon, il ne favorise pas non plus le développement du travail en équipe, des dépistages ou des actes de prévention ciblés ni la réalisation d'actions de santé publique sur les territoires (16).

En 2009 avec l'introduction d'outils incitatifs de régulation individuelle par le biais du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), débute le principe des nouveaux modes de rémunération fondé sur l'atteinte d'objectifs chiffrés de performance comme la part de la patientèle ayant réalisé le dépistage du cancer colorectal, la vaccination contre la grippe ou encore une bonne maîtrise de la prescription d'antibiotiques (28).

Ce principe de rémunération fondé sur les objectifs de santé publique, correspondant bien à la valorisation du travail en équipe au sein des MSP, il a été décidé et voté en 2008, dans la loi de financement de la sécurité sociale (article 44 LFSS), une expérimentation de nouveaux modes de rémunération complétant le paiement à l'acte et spécifiques aux MSP (29).

Le principe de cette expérimentation reposait sur 3 particularités (30) :

- *Elle s'adressait à une équipe de soins de proximité dans sa totalité.*
- *Le versement d'une somme forfaitaire à l'équipe de soins pour la coordination des soins sans imposer de modalités précises dans leur utilisation*
- *Le montant de cette somme était en partie calculé sur le nombre de patients inscrits dans la maison de santé*

Fin 2009, 18 équipes en France ont bénéficié de ces NMR, 150 de plus en 2010 et 160 autres fin 2014 soient 328 au total 528) (31).

Après 4 années d'expérimentation ces Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) sont entrés dans le champ conventionnel en 2015, selon le souhait du ministère de la santé par un règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 23 février 2015, puis par un texte conventionnel « Accord Conventionnel Interprofessionnel » (ACI) en mars 2017, publié au JO le 24/07/2017.

Ainsi, la contractualisation à cet accord conventionnel interprofessionnel permet aux MSP de bénéficier d'une rémunération spécifique en contrepartie d'engagements portant sur un accès aux soins renforcés, un travail d'équipe et de coordination et un développement des systèmes d'information (32).

Ce contrat est signé entre la MSP, la caisse d'assurance maladie (CPAM et CGSS) de rattachement de la structure et l'agence régionale de santé dont dépend la structure.

Il est réservé aux maisons de santé constituées en SISA et qui ont élaboré un projet de santé en cohérence avec le PRS (Projet Régional de Santé) validé par l'ARS (32).

La rémunération attribuée annuellement est calculée pour chaque structure en fonction du niveau d'atteinte des indicateurs fixés par l'ACI, selon le principe d'une attribution de points.

Chaque point étant ensuite valorisé à hauteur de 7 €.

Le total des points valorisés constitue une rémunération supplémentaire versée spécifiquement à la SISA, les professionnels de santé exerçant dans la MSP continuant à être rémunérés de manière habituelle.

Pour l'année 2017, la rémunération moyenne versée à une structure de santé pluriprofessionnelle s'est élevée à 66 000 € (32).

1.6. La maison de santé rurale de Hautefort

Figure 3 : la maison de santé rurale de Hautefort vue depuis la départementale D 62.



Figure 4 et 5 : carte du canton de Hautefort et carte de France.



1.6.1 Hautefort en Périgord noir

Hautefort est une commune de 944 habitants, (source Insee 2017) positionnée au nord du Périgord noir situé dans le département de la Dordogne, en région Nouvelle aquitaine.

Le Périgord noir correspond à un vaste territoire de 2287 Km², profondément rural et relativement isolé par rapport aux grands pôles urbains qui se compose d'un ensemble de 141 communes regroupées en six établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : les communautés de communes de Domme-Villefranche du Périgord, de la Vallée de l'Homme, du Pays de Fénelon, du Terrassonnais en Périgord Noir, Thenon Hautefort, de Sarlat-Périgord Noir, et enfin de la Vallée de la Dordogne et Forêt Bessède (33).

Situé à l'est du département de la Dordogne, entre les plaines de l'Aquitaine et les contreforts du Massif Central, le Périgord noir se place en retrait des métropoles de Bordeaux, Limoges et Toulouse (33).

Une majorité de communes isolées composent ce territoire rural, dont la ville la plus importante est Sarlat (33).

Figure 6 : carte du Périgord Noir.



En termes de population le Périgord noir présente un vieillissement de sa population avec une part importante de personnes de 60 ans ou plus et une sous-représentation de la tranche d'âge des 18-24 ans. Un phénomène appelé à s'accroître au cours des prochaines années avec plus de deux habitants sur dix âgés de 75 ans ou plus, prévu en 2037 (34).

Concernant l'état de santé de sa population, le Périgord Noir est proche de celui observé en France hexagonale avec une espérance de vie comparable.

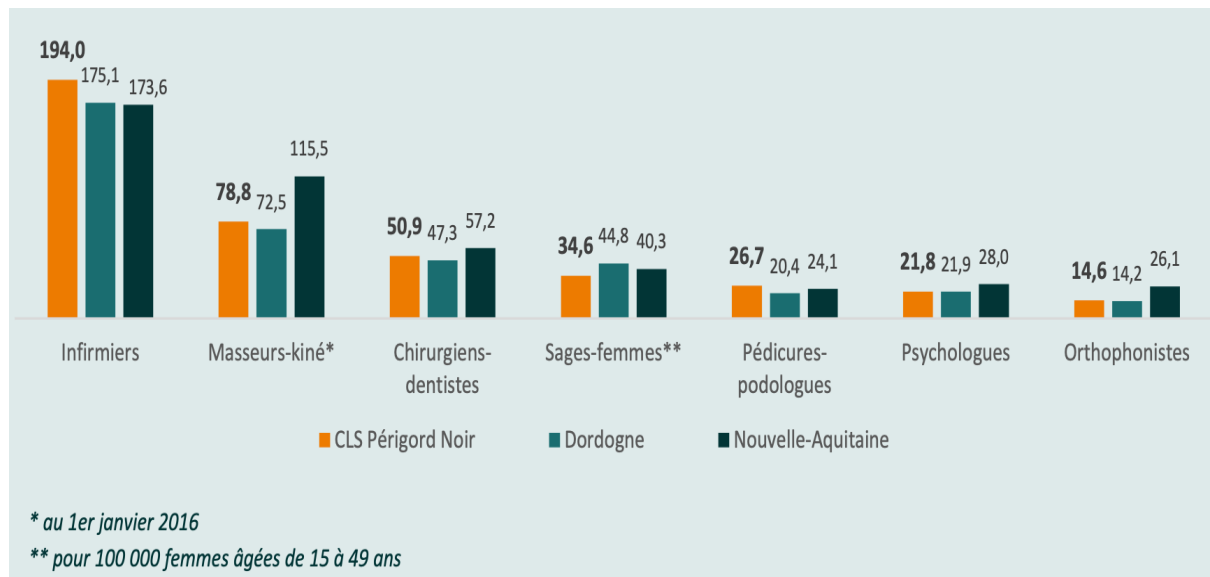
Cependant, l'étude des principales causes de décès indique des surmortalités par maladies cardiovasculaires quel que soit le sexe et par causes externes chez les hommes uniquement (34).

Pour ce qui est de l'offre de santé libérale, le Périgord Noir fait apparaître des densités de médecins libéraux inférieures aux moyennes régionales ou nationales concernant les

médecins généralistes (88,5 pour 100 000 habitants versus 100 en Nouvelle-Aquitaine) et surtout les médecins spécialistes (notamment psychiatres et gynécologues) (34).

Les kinésithérapeutes et orthophonistes se révèlent également nettement moins représentés (34).

Figure 7 : Densité de professionnels de santé libéraux en Périgord noir au 1er janvier 2017 (pour 100 000 habitants)

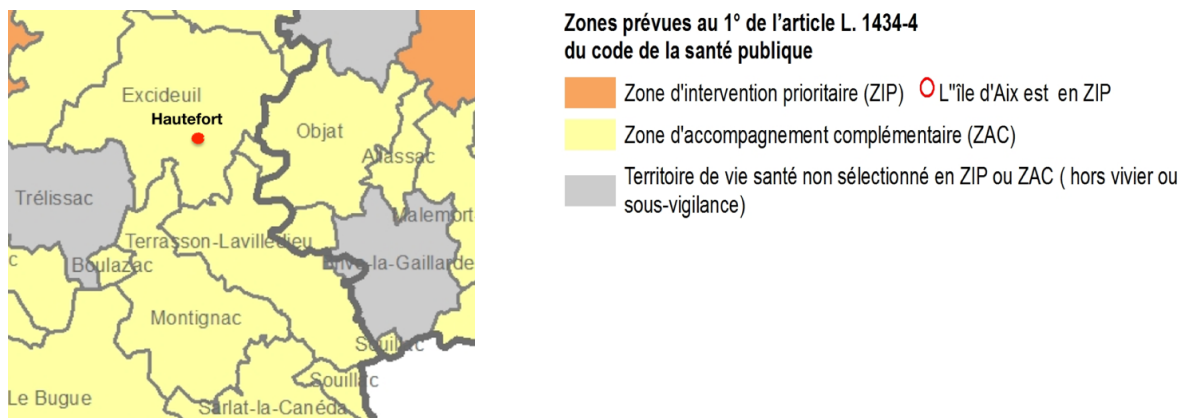


Sources: ARS, RPPS, ADELI, INSEE (RP: 2014)

Ainsi la commune de Hautefort est classée depuis le 4 juillet 2018 en ZAC (zone d'accompagnement complémentaire) par l'ARS pour l'offre d'accès aux soins en médecine générale (35).

Il est à noter que contrairement aux ZIP, ces « zones d'action complémentaire » sont considérées comme moins impactées par le manque de médecins, mais nécessitent tout de même de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.

Figure 8 : Cartographie du zonage médecins.



Source : ARS nouvelle Aquitaine.

Il est donc possible, pour les médecins de bénéficier, sur la commune de Hautefort, de mesures d'aide à l'installation proposées par l'ARS, tel que le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ou le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) ainsi que de disposer des aides proposées par les collectivités locales en application de l'article L1511-8 du code général des collectivités territoriales (35).

De la même façon, la commune de Hautefort est également classée en zone très sous dotée pour les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers.

Les orthophonistes et sages-femmes sont sous dotés et seuls les dentistes sont classés en zone intermédiaire (35).

Ce zonage réalisé par L'ARS détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux, sous la forme d'aides conventionnelles destinées à faciliter l'installation ou le maintien des professionnels de santé sur les territoires sous dotés ou très sous dotés (35).

Concernant le territoire de Hautefort et selon la cartographie de juillet 2018, les infirmiers bénéficient de l'avenant 3, les kinésithérapeutes de l'avenant 5 et les sages-femmes de l'avenant 4 de leurs conventions respectives (35).

Pour ce qui est des dentistes ils ne bénéficient pas d'aide conventionnelle.

Enfin, en matière de fiscalité la commune de Hautefort est classée en zone de revitalisation rurale (ZRR) et bénéficie d'aides fiscales et sociales pour soutenir la création ou la reprise d'entreprises qui s'appliquent aux professions libérales de santé (36).

1.6.2. Historique de la MSP de Hautefort

La maison de santé rurale du Pays de Hautefort a été inaugurée le 22 septembre 2012.

Elle est le résultat d'une initiative politique des élus locaux du Périgord noir intégrée au projet de pôle d'excellence rurale (PER) « Réseau de santé intégré en Périgord Noir de 2010 » (37).

En effet, face à la désertification médicale et paramédicale et aux risques de dégradation de la prise en charge de la population rurale de son territoire constatés dès 2006 par la « commission santé » pluripartite, le Pays du Périgord noir a souhaité s'engager dans une dynamique territoriale en matière de santé, en vue de rendre le territoire plus attractif aux professionnels de santé et garantir l'accès aux soins pour tous (37).

Les opérations du PER s'articulaient autour de différentes opérations, dont la première consistait à créer, équiper et organiser les maisons de santé rurales pluridisciplinaires (MSRP) (37).

Ainsi il a été décidé la création et l'équipement d'une maison de santé rurale à Hautefort, afin que cette structure complète le maillage entamé par les trois autres MSRP du territoire (Belvès, Rouffignac et de Salignac) (37).

Il est également retenu l'idée, avec financement dédié, de l'élaboration d'un projet de santé commun aux quatre maisons de santé. L'objectif étant d'uniformiser le fonctionnement des MSRP et de favoriser leur coopération (37).

Figure 9 : Plan de financement projet MSRP Hautefort et projet de santé commun.

Pôle d'excellence rurale 2e génération		Annexe financière	
<i>Nom de l'opération</i>			
Opération 1 - Créer et équiper la Maison de Santé Rurale du Pays de Hautefort			
<i>Maître d'ouvrage de l'opération</i>			
Nom : Communauté de Communes du Pays de Hautefort			
N° SIRET : 24240066100045			
Adresse : Le Bourg 24390 HAUTEFORT (adresse postale : Les Châteaux 24390 Cherveix-Cubas)			
<i>Localisation de l'investissement</i>			
Localisation de l'investissement (commune)	Hautefort		
Commune éligible		OUI	
Commune classée en ZRR		OUI	
Budget prévisionnel d'investissement			
<i>Principaux postes de dépenses</i>		<i>Montants en € (TTC) *</i>	<i>%</i>
Etudes préalables, APS		0,00 €	0,00%
Investissements (à l'exception des VRD)		1 358 364,00 €	89,85%
• (...) Investissements mobiliers (matériels informatiques, ...)		0,00 €	0,00%
• (...) Formation		31 000,00 €	2,05%
• (...) Immobilisations immatérielles (brevets, licences, droits divers)		0,00 €	0,00%
• (...) Autres dépenses (VRD)		0,00 €	0,00%
		122 500,00 €	8,10%
TOTAL		1 511 864,00 €	100,00%
(*) les maîtres d'ouvrage d'opérations autorisés à récupérer la TVA doivent exprimer les montants HT			
Plan de financement			
<i>Origine du financement</i>	<i>décision d'attribution</i>	<i>Montants en € (TTC) *</i>	<i>%</i>
des établissements publics, à détailler selon l'origine			
Conseil Régional		315 500,00 €	20,87%
Conseil général		150 000,00 €	9,92%
Autres collectivités		100 000,00 €	6,61%
Total des subventions publiques		885 500,00 €	58,57%
Autofinancement		15 500,00 €	1,03%
Emprunts		610 864,00 €	40,40%
Autres		0,00 €	0,00%
Total des participations du porteur de projet		626 364,00 €	41,43%
Autres financements privés (préciser)		0,00 €	0,00%
Total général		1 511 864,00 €	100,00%

Pôle d'excellence rurale 2e génération		Annexe financière	
<i>Nom de l'opération</i>			
Opération 6 - Organiser les MSRP par la mise en œuvre d'un projet de santé commun			
<i>Maître d'ouvrage de l'opération</i>			
Nom : Communauté de Communes du Pays de Hautefort (Maître d'Ouvrage mutualisé)			
N° SIRET : 242 400 661 00045			
Adresse : Le Bourg 24390 HAUTEFORT (adresse postale : Les Châteaux 24390 Cherveix-Cubas)			
<i>Localisation de l'investissement</i>			
Localisation de l'investissement (commune)	Quatre Maisons de santé (Rouffignac, Belvès, Hautefort, Salignac)		
Commune éligible		OUI	
Commune classée en ZRR		OUI	
Budget prévisionnel d'investissement			
<i>Principaux postes de dépenses</i>		<i>Montant TTC (*)</i>	<i>%</i>
Etudes préalables, APS		0,00 €	0,00%
Investissements (à l'exception des VRD)		0,00 €	0,00%
• (...) Investissements mobiliers (matériels informatiques, ...)		0,00 €	0,00%
• (...) Formation		0,00 €	0,00%
• (...) Immobilisations immatérielles (brevets, licences, droits divers)		0,00 €	0,00%
• (...) Autres dépenses		13 000,00 €	100,00%
TOTAL		13 000,00 €	100,00%

C'est donc dans ce projet de « Réseau de santé intégré en Périgord Noir » que les travaux de la MSRP de Hautefort ont débuté en 2010 sur un terrain appartenant à la Communauté de communes en bordure de la D 62, dans l'axe Hautefort-Périgueux avec une inauguration le 22 septembre 2012 en présence du public et des élus locaux (38).

Cette MSP d'une surface de 700 m² utiles, est composée d'une salle d'accueil avec secrétariat et salle d'attente, de quatre bureaux de médecins généralistes, d'un espace dentaire, d'un espace kinésithérapie avec bassin de rééducation, d'un local pour les soins infirmiers, de deux cabinets de paramédicaux et de deux chambres équipées, pouvant accueillir remplaçants et stagiaires (38).

La communauté de commune propriétaire des murs a confié la gestion de l'édifice au groupe MSA services, qui gère les baux locatifs des professionnels de santé sur la base d'un montant du loyer mensuel initial fixé à 10,45€/m² complété d'une provision sur les charges locatives (eau électricité...).

1.6.3. Situation actuelle

Lors de son inauguration en septembre 2012, la MSP de Hautefort affichait un taux d'occupation de 100% et était composée de 3 médecins généralistes, un kinésithérapeute, 5 infirmières, une pédicure-podologue, un ostéopathe, une diététicienne, une psychologue et un dentiste.

En juillet 2013, la MSP a connu son premier départ de médecin généraliste suivi quelques jours

plus tard du décès au sein même de la MSRP, d'un des deux médecins restants.

Celui-ci sera remplacé par un autre médecin en aout 2013 qui restera finalement moins d'un an, jusqu'au 30 juin 2014, avant d'être remplacé à son tour en juillet 2014 par un médecin espagnol recruté par un cabinet de chasseurs de têtes financé par la municipalité de Hautefort.

Le 16 décembre 2016 un des 2 médecins restants décide de partir de la MSP avant d'être suivi peu de temps après par son homologue espagnol en avril 2017.

Depuis, la maison de santé, malgré tous les efforts de recrutement de la communauté de communes n'a plus de médecin généraliste.

De la même manière, en mars 2020 le dentiste est parti sans être remplacé tout comme l'ostéopathe, et la diététicienne.

Actuellement la MSP de Hautefort ne possède plus qu'un cabinet de kinésithérapie, un cabinet infirmier, une psychologue et un cabinet de pédicurie dont la fermeture est annoncée au premier janvier 2021 faute de remplaçant prévu.

Le seul renfort de la MSP ayant été à ce jour, l'installation à temps partiel (une semaine par mois) d'un gynécologue médical en septembre 2020, atténuant que faiblement cette perception de « coquille vide » pour la population locale et les élus locaux.

1.6.4. Des polémiques

Il est à noter qu'avant même la situation actuelle, la réalisation de cette MSRP a soulevé de nombreuses polémiques et critiques tant au niveau de la population qu'au niveau politique.

Ainsi en octobre 2010, un collectif citoyen Pays de Hautefort se disait « très inquiet par les énormes frais qui pourraient hypothéquer les futurs projets communautaires », en rappelant que le canton « n'a jamais été situé dans une zone déficitaire sur le plan médical et que bien au contraire, Hautefort figure parmi les huit cantons de Dordogne qui bénéficient de la meilleure densité de médecins généralistes » (39).

A l'instar de ce collectif citoyen le maire de Cherveix-Cubas (commune limitrophe de Hautefort) lui-même médecin, en plein conseil communautaire, s'émouvait du prix de la future maison de santé rurale sur le canton, en soulignant que « les coûts engagés sont beaucoup trop importants et ne répondent pas à un véritable réseau de santé rurale appliqué à notre territoire » (39).

2. MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de cette étude est de faire émerger les points clés au niveau des leviers, des freins, des difficultés, des besoins des professionnels de santé pour améliorer l'attractivité et dynamiser une MSP en difficulté.

2.1. Type d'étude.

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

Notre choix d'une étude qualitative est déterminé par la capacité de ce type d'étude à appréhender l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative de façon à explorer la connaissance du phénomène étudié (40).

De plus, ce type d'étude est bien adapté aux situations nouvelles comme celles des MSP en difficulté et pour lesquelles aucun travail de recherche n'a été réalisé jusqu'alors (41).

Ainsi, nous espérons explorer le sujet des MSP en difficulté et saisir ce qui le caractérise.

L'étude qualitative peut également renseigner sur les concepts et les règles de compréhension communes à un groupe (41).

Nous espérons là aussi mettre en évidence des besoins, des comportements, des attitudes avec pour objectif d'analyser les motivations profondes de la population étudiée.

Enfin, par la récolte d'informations qu'elle fournit, l'étude qualitative peut être aussi la première étape à une étude quantitative (40).

Dans le cas de notre étude, la technique des entretiens individuels est privilégiée aux entretiens collectifs.

En effet la proximité d'exercice des différents professionnels de santé recrutés, fait que certains sont « concurrents » ou se connaissent et peut entraîner un biais d'expression lors d'une réunion collective.

Afin de maximiser l'expression de chacun d'entre eux et de les préserver des jugements d'autrui, la méthode de l'entretien individuel est donc préférée au focus groupe.

Ce choix est également guidé par la difficulté matérielle de réunir dans un même lieu à une heure déterminée plusieurs professionnels de santé libéraux ayant des emplois du temps contraignants.

Nous préférons nous adapter et aller à leur rencontre individuellement selon leurs disponibilités.

Parmi les techniques d'entretien individuel, le mode directif ne permet pas d'explorer de manière approfondie le ressenti et l'opinion de l'interlocuteur et le mode libre donne souvent des informations difficilement comparables.

L'entretien individuel semi-dirigé semble donc être un bon compromis en permettant des échanges libres mais encadrés par un guide d'entretien.

2.2. Population étudiée

La population d'étude est un ensemble de professionnels de santé recrutés par un échantillonnage raisonné sur :

- Leur appartenance aux professions relevant du code de la santé publique et pouvant intégrer une SISA (Les ostéopathes et les psychologues sont exclus) (42) (43).
- Leur proximité géographique d'exercice limitée à 20Km de la MSP de Hautefort.

La distance de 20 km est retenue pour permettre une taille suffisante de l'échantillon, conserver une homogénéité d'exercice dit « rural » et que la distance d'un transfert du lieu d'exercice actuel vers la MSP de Hautefort, pour les professionnels qui le souhaiteraient, soit « acceptable » et évite une perte de patientèle.

Cette distance permet également aux professionnels de santé interrogés d'avoir une connaissance de l'existence de la MSP de Hautefort et de pouvoir ainsi exprimer leur ressenti.

Les professionnels de santé ayant effectué des déplacements fréquents et réguliers (au moins 2 par an sur les 3 dernières années) dans ce périmètre, sont également pris en compte.

Nous faisons le choix d'exclure les professionnels de santé à qui on a présenté le projet et qui sont et restent extérieurs à ce périmètre, car leurs déterminants à l'installation intègrent d'autres problématiques que celles spécifiques à la MSP de Hautefort, comme l'exercice en milieu rural, un changement de région, la proximité familiale, l'accès aux services publics par exemple (44, 45).

Le choix de cet échantillon limité à des professionnels de santé appartenant à la MSP de Hautefort ou ayant une proximité d'exercice directe bornée à 20 Km, doit permettre à notre étude de se focaliser uniquement sur les problèmes de recrutement liés à une MSP en difficulté représentative, en essayant de recueillir le ressenti de ces professionnels ainsi que leurs motivations profondes à exercer ou non dans cette MSP.

Le but étant, in fine, de faire émerger les leviers de redynamisation spécifiques à cette MSP en difficulté en minimisant l'impact de facteurs extrinsèques propres à l'exercice sur le territoire de Hautefort et indépendants de la MSP en elle-même.

2.3. Confidentialité et consentement

Pour chaque entretien, le professionnel de santé interviewé est informé oralement du thème de l'étude mais l'objectif de celle-ci ne lui sera révélé qu'après la fin des interviews, afin d'éviter que la connaissance de l'objectif influe sur les réponses.

De la même manière, en ne révélant l'objectif qu'après la réalisation de toutes les interviews,

nous espérons écarter le risque d'une communication de cet objectif entre les différents participants malgré leur proximité géographique autour de la MSP de Hautefort.

Enfin, pour maximiser l'expression de chacun d'entre eux et ne pas influencer leur discours par la présence d'un futur confrère local, mon souhait d'installation sur Hautefort n'est pas précisé.

Le caractère facultatif des réponses, lui est rappelé.

L'interviewé est informé des destinataires des données, de l'enregistrement audio réalisé et de l'anonymisation des données collectées.

Son consentement oral est ensuite recueilli.

2.4. Guide d'entretien

L'entretien semi-directif utilise un guide d'entretien, afin de répondre au mieux à la problématique et d'apporter des éléments de réponse au questionnement général.

La trame de notre questionnaire, disponible en Annexe 1, a été préalablement établie afin de structurer l'entretien et d'essayer de générer un maximum d'idées. Il se compose de 6 grandes questions faciles à comprendre par tous, et appelant à des explications, illustrations et commentaires de la part de l'interviewé.

Celui-ci débute en introduction par une question « brise-glace » de présentation de l'interviewé permettant d'appréhender son mode d'exercice et qui il est.

Les autres questions cheminent graduellement et de manière nuancée le sujet de la coopération entre professionnels de santé sur le territoire de Hautefort avec en arrière-plan les différents thèmes que nous avons présélectionnés, de façon à mettre en condition progressive l'interviewé et d'aborder en fin d'interview plus précisément notre question de recherche.

Pour chaque question, plusieurs questions de relance permettaient d'encourager les interviewés dans leurs réponses et de les faire rebondir notamment pour aborder les différentes thématiques qui n'auraient pas été évoquées spontanément.

« Dans l'entretien semi-structuré, le chercheur utilise une grille préétablie de questions ouvertes. Il s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Ce canevas d'entretien reprend la liste des thèmes à aborder (une demi-douzaine). Pour chacun de ces thèmes, des sous-questions dites "de relance" permettront d'amener les points importants si l'enquête ne les développe pas spontanément » (46).

2.5. Recueil des données

Le recueil de données a été effectué par l'intermédiaire d'un téléphone multifonction de type

Smartphone Apple® iPhone 8 équipé de la fonction dictaphone.

Un deuxième téléphone multifonction de type Smartphone Apple® iPhone 10 équipé de la fonction dictaphone a été également utilisé afin de pallier à un éventuel problème technique du premier Smartphone.

2.6. Retranscription des données

La totalité des entretiens enregistrés au moyen de l'application dictaphone du smartphone a été retranscrite fidèlement grâce au logiciel informatique Microsoft Word® 2019 en intégralité avec les hésitations, les répétitions, les fautes de syntaxe...

L'ensemble de ces entretiens constitue la matière première de notre travail défini comme le corpus ou verbatim.

2.7. Analyse des verbatim

L'approche théorique de l'analyse des données a été réalisée selon le principe de la théorie ancrée. Nous avons ainsi effectué une approche inductive, sans hypothèse à vérifier, explorant plutôt un champ de données.

Avant notre analyse nous nous sommes également astreints à ne pas effectuer de revue de la littérature et lors de notre analyse nous avons tenté au maximum d'oublier nos connaissances ainsi que nos acquis, considérant que les résultats sont ancrés dans les données (47).

Notre codage a été ouvert et toujours centré par la question de recherche.

Ainsi nous avons découpé et codé systématiquement toute la matière première (sans résidu aucun) en unités de sens (48). Ces unités de sens pouvaient être un paragraphe, quelques phrases, une phrase seule, une expression ou même un mot.

Ensuite nous avons effectué un « naming » de ce codage c'est-à-dire la réduction de la phrase essentielle, en un mot ou « étiquette ».

L'étude de ces étiquettes nous permettant d'identifier et de faire émerger des concepts.

Enfin, lors d'une dernière étape dite de « codage axial », nous avons recherché les relations entre les différents concepts.

Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir de ces données (49).

Les opérations appelées dans la littérature « codage » ou « coding » ont été réalisées de manière individuelle et indépendante par deux personnes : Le Docteur HOLLIER GUILLARD (Médecin généraliste) et moi-même.

Les résultats de ces codages ont ensuite été mis en commun afin de permettre une

triangulation.

Enfin, dans le but de garantir une bonne homogénéité de codage nous signalons également que le premier entretien a également été codé dans les mêmes conditions par une troisième personne : Le Docteur NAMMATHAO.

Nous avons réalisé des entretiens jusqu'à l'obtention de la saturation des codes soit quinze entretiens.

Cette saturation peut être définie par l'atteinte du moment où plus rien de significatif ne s'ajoute pour accroître la compréhension du phénomène observé (50).

3. RESULTATS

3.1. Panel des professionnels de santé interrogés

3.1.1. Description des professionnels de santé

Professionnel de santé N° 1 (SF1) :

Madame X, 53 ans exerce la profession de sage-femme en exercice libéral exclusif. Elle est installée depuis 5 ans dans un cabinet situé à proximité de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Elle exerce seule sans secrétaire.

Professionnel de santé N°2 (MK1) :

Monsieur Z, 37 ans exerce la profession de masseur-kinésithérapeute. Il est installé depuis 4 ans dans un cabinet à proximité de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Il exerce seul à mi-temps en exercice libéral à son cabinet et le reste du temps en tant que salarié au sein d'une EHPAD de sa commune. Il n'a pas de secrétaire.

Professionnel de santé N°3 (MG1) :

Monsieur V, 64 ans exerce la profession de médecin généraliste en exercice libéral exclusif. Il est installé depuis 35 ans dans un cabinet situé à proximité de la MSP de Hautefort avec un temps de trajet inférieur à 30 minutes. Il est associé avec un autre médecin généraliste. Il s'agit de sa dernière année d'exercice avant son départ en retraite. Leur cabinet dispose d'un secrétariat téléphonique dématérialisé.

Professionnel de santé N°4 (IDE1) :

Madame Y, 40 ans exerce la profession d'infirmière. Elle est installée depuis 4 ans dans un cabinet situé à proximité de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Madame Y exerce en association sous statut libéral exclusif avec une associée et une collaboratrice.

Professionnel de santé N°5 (D1) :

Monsieur W, 64 ans exerce la profession de dentiste en exercice libéral exclusif. Il est installé depuis 36 ans dans un cabinet à proximité de la MSP de Hautefort avec un temps de trajet inférieur à 30 minutes. Il exerce seul sa profession et il s'agit de sa dernière année d'exercice avant son départ en retraite. Pour son travail il bénéficie de l'aide d'une assistante dentaire salariée.

Professionnel de santé N°6 (IDE2) :

Madame T, 47 ans exerce la profession d'infirmière. Elle est installée depuis 4 ans dans un cabinet proche de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Madame T exerce en association sous statut libéral exclusif avec une associée et une collaboratrice.

Professionnel de santé N°7 (DIET1) :

Madame H, 41 ans exerce la profession de diététicienne. Elle est installée depuis 3 ans dans un cabinet à proximité de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Elle exerce seule sa profession en exercice libéral exclusif et partage les locaux de son cabinet avec un ostéopathe. Elle exerce sans secrétariat.

Professionnel de santé N°8 (MG2) :

Madame E, 42 ans exerce la profession de médecin généraliste en exercice libéral exclusif. Elle est installée depuis 10 ans dans un cabinet qu'elle loue à la mairie de sa commune située dans le secteur de la MSP de Hautefort avec un temps trajet en voiture inférieur à 30 minutes. Elle exerce seule avec l'aide de 2 secrétaires en temps partiel. Madame E est également médecin sapeur-pompier dans sa commune.

Professionnel de santé N°9 (MG3) :

Madame S, 38 ans exerce la profession de médecin généraliste en exercice libéral exclusif. Elle est installée depuis 2 ans dans un cabinet situé à proximité de la MSP de Hautefort. Le temps de trajet pour rejoindre la MSP de Hautefort depuis son cabinet est inférieur à 30 minutes en voiture. Elle exerce seule sans secrétaire. Avant cette installation, elle a exercé durant 6 ans dans une autre commune du secteur de Hautefort. Il s'agit de sa dernière année d'activité en Dordogne car Madame S quittera la région en 2021 pour s'installer dans un cabinet de groupe dans le nord-est de la France. Elle travaille sans secrétariat.

Professionnel de santé N°10 (MG4) :

Monsieur G, 70 ans exerce la profession de médecin généraliste en exercice libéral exclusif. Il est installé depuis 36 ans dans un cabinet situé à proximité de la MSP de Hautefort avec un temps trajet inférieur à 30 minutes. Il a exercé en association avec un confrère pendant 5 ans en début de carrière mais actuellement exerce seul sans secrétaire.

Professionnel de santé N°11 (MG5) :

Monsieur A, 66 ans exerce la profession de médecin généraliste en exercice libéral exclusif avec des consultations à son cabinet et des interventions dans un Hôpital local. Il est installé depuis 35 ans dans un cabinet proche de la MSP de Hautefort avec un temps de trajet inférieur à 30 minutes. Il travaille seul avec l'aide d'une secrétaire salariée. Monsieur A est également médecin sapeur-pompier dans sa commune.

Professionnel de santé N°12 (PH1) :

Monsieur N, 57 ans est installé comme pharmacien sur le secteur de Hautefort depuis trente-trois ans. Il exerce en société libérale unipersonnelle, et est assisté par quatre salariés au sein de son officine qui est proche de la maison de santé de Hautefort.

Professionnel de santé N°13 (PED1) :

Madame O, 39 ans exerce la profession de pédicure podologue libéral sur le secteur de

Hautefort depuis 8 ans. Elle possède également un cabinet secondaire dans une autre commune à proximité de Hautefort ou elle intervient majoritairement depuis un an. Un assistant collaborateur la remplace au sein de son cabinet principal lorsqu'elle intervient dans son second cabinet.

Professionnel de santé N°14 (IDE3) :

Madame F, 48 ans exerce la profession d'infirmière. Elle est installée sur le secteur de Hautefort depuis 8 ans. Elle a débuté dans un cabinet en centre-ville de Hautefort il y a 16 ans avant de transférer son activité. Madame F exerce en libéral exclusif en association avec 2 autres associées. Les 3 associées sont assistées par 3 collaboratrices. Les membres du cabinet infirmier pratiquent des soins à domicile et tiennent des permanences au cabinet.

Professionnel de santé N°15 (MG6) :

Monsieur A, 53 ans exerce la profession de médecin généraliste en libéral exclusif. Il est installé depuis 23 ans dans un cabinet dont il est propriétaire à proximité de la MSP de Hautefort avec un temps de trajet inférieur à 30 minutes. Monsieur A exerce seul et n'a pas de secrétaire. Il travaille à son cabinet et effectue des interventions dans les EHPAD et les établissements de soins de suite à proximité de son cabinet.

3.1.2. Résumé des professionnels de santé

Tableau 3 : Résumé et anonymisation des professionnels de santé interrogés.

	Profession	Sexe	Age	Installé depuis :	Exercice	Association
SF1	Sage-femme	F	53 ans	5 ans	Libéral exclusif	Non
MK1	Kinésithérapeute	H	37 ans	4 ans	Libéral/salarié	Non
MG1	Médecin généraliste	H	64 ans	35 ans	Libéral exclusif	Oui
IDE1	Infirmière	F	40 ans	4 ans	Libéral exclusif	Oui
D1	Dentiste	H	64 ans	36 ans	Libéral exclusif	Non
IDE2	Infirmière	F	47 ans	4 ans	Libéral exclusif	Oui
DIET1	Diététicienne	F	41 ans	3 ans	Libéral exclusif	Non
MG2	Médecin généraliste	F	42 ans	10 ans	Libéral exclusif	Non
MG3	Médecin généraliste	F	38 ans	2 ans	Libéral exclusif	Non
MG4	Médecin généraliste	H	70 ans	37 ans	Libéral exclusif	Non
MG5	Médecin généraliste	H	66 ans	35 ans	Libéral exclusif	Non
PH1	Pharmacien	H	57 ans	33 ans	Société libérale	Non
PED1	Pédicure Podologue	F	39 ans	8 ans	Libéral exclusif	Non
IDE3	Infirmière	F	48 ans	16 ans	Libéral exclusif	Oui
MG6	Médecin généraliste	H	53 ans	23 ans	Libéral exclusif	Non

3.2. Description des entretiens

Les entretiens se sont déroulés durant la période du 07/12/2020 au 22/02/2021.

Quinze entretiens ont été réalisés retranscrits et codés.

Le seuil de saturation a été atteint au bout du douzième entretien.

Ces entretiens ont duré en moyenne seize minutes et vingt secondes. Le plus long a duré vingt-trois minutes et huit secondes, le plus court douze minutes et trente-sept secondes.

Après avoir convenu de l'horaire d'un rendez-vous où le professionnel de santé était le plus disponible, celui-ci était contacté par téléphone et l'entretien réalisé.

Parmi les professionnels de santé contactés, quinze ont accepté l'entretien, deux ont refusé de participer et un n'a jamais répondu à nos sollicitations malgré plusieurs relances par mail et par téléphone.

3.3. Description des données

3.3.1. Les freins et les hésitations à exercer dans une MSP

3.3.1.1. Une méconnaissance des MSP flagrante

Sur l'ensemble des professionnels de santé interrogés **le manque de connaissance des MSP ressort majoritairement :**

SF1 : « *Assez peu... Assez peu...Assez peu... euh oui et... »*

MK1 : « *Heu... pas beaucoup... » « Comment ça fonctionne, heu... je sais pas du tout. » « Non ça ne me dit rien. »*

IDE1 : « *Heu... aucune (rires), » « Aucune idée, non. »*

MG1 : « *Alors là, on n'a pas de connaissance nous, il n'y en a pas... il n'y en a pas chez nous là. »*

MG2 : « *Ah ben je pense que je n'en ai...pas de connaissances, puisque je n'ai pas eu l'occasion lors de ma pratique de faire des remplacements au sein de ce type d'établissement...(soupir)... »*

MG3 : « *Heu...ben j'ai une connaissance de ce qu'on m'a appris à la Fac, (rires) donc j'ai une connaissance assez vague, heu... »*

MG4 : « *Rien, je ne connais rien du tout. » « Je ne connais pas les maisons de santé »*

PH1 : « *Heu...je sais pas trop...enfin l'organisation... » « je sais pas trop par qui s'est, par qui s'est ...s'est géré. »*

MG6 : « Heu...aucune, aucune je... je ne me suis pas vraiment intéressé à ça »

3.3.1.2. Une connaissance limitée au terme « pluriprofessionnel » et une confusion avec les cabinets de groupe

Les tentatives d'explications du fonctionnement des MSP par les professionnels de santé interrogés se contentent de **reprenre l'adjectif « pluriprofessionnelle »** mais sans évoquer les termes « projet de santé », « logiciel pluriprofessionnel » ou « SISA ».

Pour certains il semble également y avoir une **confusion avec les cabinets médicaux de groupe** :

IDE2 : « *mais ce que j'en connais c'est que c'est heu... ben pluriprofessionnel quand même, il y a plusieurs intervenants* ».

DIET1 : « *Ah ben c'est un regroupement de...de professionnels...Heu...après, heu...c'est tout quoi, enfin...* »

D1 : « *Je crois qu'on travaille ensemble mais séparément vous voyez ?* »

MG4 : « *il y a une maison de santé, enfin une maison de santé... un cabinet médical à aménager* »

3.3.1.3. Un souhait d'informations sur les MSP

Deux professionnels de santé ont exprimé spontanément **leur souhait d'informations** sur les MSP :

IDE1 : « *Ouais, d'ailleurs c'est dommage qu'on ne nous informe pas, enfin que...* »

MG1 : « *On est ouvert aux informations de toutes façons...ouais.* »

3.3.1.4. Les professionnels exerçant dans la MSP ou ayant participé à un projet de MSP semblent être mieux informés

De manière assez logique, **ceux étant impliqués dans un projet de MSP détiennent plus d'informations sur le fonctionnement de ces structures** :

MG5 : « *Oui, oui, une bonne connaissance, parce qu'on devait en faire une à Excideuil* »

MG5 : « *il faut qu'il y ait toujours quelqu'un de disponible selon... dans une plage horaire, ça c'est obligatoire* »

MG5 : « *Heu... Après il peut y avoir des actions, moi ce que... ce que j'en sais.* »

PED1 : « Alors le principe, c'est d'avoir un projet commun et de mettre en fonction, les moyens du territoire et des professionnels de santé pour pouvoir arriver à cet objectif de santé, et notamment de faire en fonction donc des besoins du territoire »

3.3.1.5. Des craintes à l'exercice regroupé en MSP

Deux professionnels de santé ont témoigné leur sentiment de **perte de liberté** dans les structures pluriprofessionnelles :

SF1 : « *mais il y a plus de liberté quand vous êtes toute seule, enfin tout seul.* »

MG4 : « *je suis bien chez moi, je peux organiser mon boulot comme je veux, commencer à 8h si ça me plaît, finir à 23h si ça me plaît, heu... voilà.* »

Un autre professionnel a formulé des critiques assez dures envers les MSP en évoquant une crainte de **perte de temps, des réunions trop nombreuses** et **une gestion compliquée** :

D1 : « *Il y aura certainement plus de réunions, parce qu'il faut gérer les locaux, les dépenses etc... donc heu... la réunionite, ça on y aura droit* »

D1 : « *Ben justement, je vous dis, le fait qu'il faille gérer tout ça, avec parfois, heu... des besoins différents, des... des envies des interactions différentes, bref, on risque de passer beaucoup de temps à gérer un petit peu les meubles, et sans que ça porte beaucoup, heu...disons aux décisions médicales.* »

3.3.1.6. Des freins à l'intégration de professionnels d'une discipline déjà pourvue au sein d'une MSP et un manque d'ouverture

Trois professionnels de santé interrogés ont expliqué dans leur entretien que lorsqu'une discipline est pourvue au sein d'une maison de santé, **l'intégration de nouveaux professionnels de la même discipline n'est pas forcément favorisée** :

IDE1 : « *Ouais c'est surtout ça, parce que je veux dire, enfin nous en tant qu'infirmiers, c'est vrai qu'on est très nombreux en libéral, dès qu'il y a une maison de santé ou vent de... d'un projet, c'est déjà pris avant même que ce soit monté quoi, s'il y a des postes.* »

IDE2 : « *puis à Hautefort, c'est pourvu, donc...* » « *il n'y en a pas besoin, les filles sont nombreuses* »

MG2 : « *par la suite, après avoir rencontré mes confrères, heu... médecins sur Hautefort heu... (soupir) ben, ça n'a jamais été vraiment une volonté ni des uns ni des autres de... de travailler plus ensemble, donc voilà* »

Quant au pharmacien de Hautefort **on ne lui a jamais présenté le projet ni proposé d'intégrer la MSP** :

PH1 : « Heu, ben, on ne m'a jamais rien demandé (rires). » « Non, on ne m'a jamais...non non, on ne m'a jamais demandé. »

3.3.1.7 Des professionnels pas forcément plus disponibles en MSP

Pour le dentiste interrogé, le fait d'exercer en MSP ne rend pas forcément les professionnels plus disponibles à la coopération interprofessionnelle :

D1 : « je crois que même au sein d'une structure, on va pas aller en permanence déranger tel ou tel spécialiste, pour lui demander des... des des renseignements sur le patient hein. »

3.3.1.8 Les maisons de santé sont plus intéressantes pour les jeunes

Pour trois professionnels l'exercice en MSP semble être **plus intéressant pour les jeunes professionnels de santé** :

SF1 : « c'est vrai que quand vous êtes jeunes, il y a plus d'intérêts...vous vous dirigez plus vers les maisons de santé et après... »

MG3 : « après je pense que c'est vraiment des structures qui intéressent les jeunes, et je pense que c'est vraiment l'avenir de la médecine, ces maisons de santé pluriprofessionnelles. »

MG4 : « parce que à mon âge, je ne suis pas intéressé. »

3.3.1.9 Pas de nécessité d'améliorer la coopération interprofessionnelle

Un bon nombre de praticiens interrogés **se sont dits satisfaits de la coopération entre professionnels de santé sur le territoire de Hautefort** ou la trouve suffisante :

SF1 : « Ah correcte ! » « Après il y a toujours des réponses en face, pour ma part, j'ai toujours des réponses. » « Il n'y a pas de soucis. »

MK1 : « Ça dépend, pour moi pour le moment c'est suffisamment, si j'ai besoin de quelque chose ou une consigne tout le monde heu... sont prêts à recevoir des demandes. »

D1 : « Heu...ben l'améliorer, l'améliorer ? Heu... non, je vois pas non. Non, non. »

MG2 : « Nécessaire, heu... très positive, heu... et je crois performante. »

MG3 : « Ben, très bien, très bonne. »

Quand d'autres disent « s'adapter » et faire « comme ils peuvent » **sans forcément exprimer le souhait d'améliorer la collaboration interprofessionnelle** :

IDE2 : « Tout le monde fait ce qu'il peut, heu... à son niveau, comme on peut. Donc non, il n'y

a pas besoin d'améliorer nos relations, enfin ça se passe bien. »

MG4 : *« Heu... Chacun s'adapte heu... s'adapte les uns aux autres, voilà, jusqu'à présent je n'ai pas à me, à me, à me plaindre de ce mode de... »*

3.3.1.10. La coopération nécessite du temps

Trois professionnels de santé ont évoqué durant leur entretien que la collaboration entre professionnels de santé **nécessite du temps que tous n'ont pas** :

SF1 : *« mais après ça mange du temps de se rencontrer »*

MG3 : *« Heu... (sourir), après peut être pour des suivis de patients un peu plus complexe, peut être avoir un peu de retour, heu... après je sais que c'est beaucoup chronophage en fait, donc c'est pas forcément évident... »*

MG6 : *« on est tous très très pris, on manque beaucoup beaucoup de temps pour se poser et puis heu...si on a du temps et ben on en profite pour se reposer et puis pas forcément pour penser à de l'organisation collective. »*

3.3.1.11. Pas de MSP lors de l'installation de certains

Quatre professionnels de santé interrogés notamment **les plus âgés** expliquent leurs non installation en MSP par le fait que **les MSP ont été créées à posteriori de leur installation** :

MG1 : *« Ah ben, à l'époque ça n'existait pas. » « Ah non, Il y a 35 ans. »*

MG4 : *« quand la maison de santé, heu... on va dire est née, ça faisait déjà dix ou quinze ans que je travaillais chez moi, je ne voyais pas, très sincèrement l'intérêt de me délocaliser. »*

MG5 : *« Parce que.... Au départ parce que ça n'existait pas quand je me suis installé le 1er janvier 86, il y avait exceptionnellement des... des maisons de santé »*

MG6 : *« Ah ben parce que ça n'existait pas, quand heu.... Enfin, en tous cas pas dans la forme actuelle, heu... il n'y avait que la possibilité d'association je crois heu... mais les maisons de santé dans leur forme actuelle, il y a 23 ans, heu... à ma connaissance, n'existaient pas. »*

3.3.2 Les freins plus spécifiques à la MSP de Hautefort

3.3.2.1. Une méconnaissance de la MSP de Hautefort

La réalisation des entretiens a mis en évidence le **manque d'information** et de **connaissance de la maison de santé de Hautefort** pour au moins 4 praticiens :

D1 : *« Ecoutez, je ne connais pas trop la maison de Hautefort, je sais qu'elle existe mais heu...*

j'ai des patients qui y passent, mais je ne sais...j'ai pas beaucoup beaucoup d'informations dessus. »

IDE2 : « *Après, je connais peu la maison de santé de Hautefort »*

MG3 : « *Après, je ne sais pas ce que propose, de base, la maison de santé de Hautefort, heu... »*

MG6 : « *Je sais pas de quoi je parle, je connais même pas le loyer, le montant du loyer de de, du local...de de de. »*

3.3.2.2. Rester propriétaire

Deux professionnels de santé restent attachés à **être propriétaires des murs** de leur cabinet et **ne veulent pas payer de loyer comme proposé dans la MSP de Hautefort** :

MG4 : « *Parce que je, alors 1 je ne vois pas pourquoi je paierai un loyer alors que je suis chez moi, premièrement. »*

MG6 : « *alors que je suis dans mon propre local, que j'ai fini de rembourser, pour aller payer un loyer derrière, heu...c'est presque Intel...c'est presque utiliser mon intelligence à mes dépens »*

3.3.2.3. Un sentiment de loyer trop cher

A plusieurs reprises la problématique des **loyers trop élevés** pour exercer dans la MSP de Hautefort et pour la rendre plus attractive a été évoquée :

SF1 : « *La baisse des prix des loyers (Rires) ! » « ... mais je crois que les loyers sont encore un peu chers. »*

MG4 : « *Et après, ce que je me suis laissé dire, c'est qu'à Hautefort, le loyer était pas heu... bon marché, c'est un peu lourd le loyer des...des...des locaux. »*

DIET1 : « *ensuite je pense financièrement, heu... le loyer... parce que, j'ai pas assez de clientèle pour payer un loyer.... Hors de prix »*

Cette problématique semble être **plus une impression qu'une réelle certitude** car le montant des loyers n'est pas forcément connu :

MOI : « *vous connaissez les montants des loyers ? »*

DIET1 : « *Sur Hautefort ? Non je sais pas. »*

En revanche, pour l'infirmière exerçant dans la MSP de Hautefort, elle reconnaît une **inflation de ses charges** mais qui a été **compensée par le développement de son activité** :

IDE 3 : « *Et finalement, heu...on a réfléchi, alors certes il y a eu une énorme augmentation des*

coûts pour nous, mais finalement on a développé notre activité. »

3.3.2.4. Le « turn over » des médecins a été trop important et désormais c'est le manque de médecin qui la rend moins attractive

Quatre professionnels de santé ont rattaché la **perte d'attractivité de la MSP de Hautefort à son manque de médecin** :

MK1 : *« Ça manque heu... ça manque de médecins là-bas, ça c'est sûr. »*

MG2 : *« Ben déjà, qu'il y ait d'autres confrères avec une volonté justement de travailler ensemble, de communiquer... »*

IDE2 : *« mais je pense que son dysfonctionnement venait juste du fait qu'il n'y ai pas de médecins »*

PH1 : *« bon le problème, c'est le... qu'on attend toujours les médecins » « Oui, oui, heu...ben le problème c'est le manque de médecin pour l'instant. »*

Quand un autre souligne **la rotation des médecins qui a été importante** avec **des passages transitoires** :

MG4 : *« les personnes finissent par se méfier, parce qu'un médecin qui reste deux ans, un an, deux ans, puis qui part, puis un autre, puis on attend 6 mois, un an qu'il y ait un autre qui arrive, qui reste 3 mois...Les patients de la région, ils n'apprécient pas trop ça. »*

3.3.2.5 La MSP de Hautefort a perdu son leader en premier

Lors des entretiens un des praticiens qui a assisté sans y participer à la création de la maison de santé de Hautefort nous a fait remarquer que **l'instigateur et le « leader » du projet est le premier à avoir quitté la MSP** :

MG4 : *« il y a eu des médecins, oui comme je vous ai dit tout à l'heure, c'était en pointillé heu... celui qui a été le plus, il voulait absolument la maison de santé, heu... c'était ça ou il partait, quand il a eu la maison de santé, il est parti ! »*

3.3.2.6. Les problèmes de santé de plusieurs praticiens de la MSP de Hautefort ont déstabilisé l'équipe

Pour la pédicure podologue **les problèmes de santé** des professionnels et notamment **le décès d'un des médecins dans la maison de santé de Hautefort** ont joué sur la stabilité de l'équipe :

PED1 : *« Ben le décès d'un, d'un professionnel, heu...et après, il y a eu une autre infirmière qui a eu aussi des gros soucis de santé, donc ça...ça a un peu plombé le truc. »*

3.3.2.7. Améliorer le secrétariat

Pour une des infirmières du panel, **le secrétariat de la MSP de Hautefort doit être plus performant notamment dans la réponse aux appels téléphoniques :**

IDE2 : « *Je vois pas ce qui manquerait, un secrétariat qui réponde plus souvent, c'est tout. »* »

3.3.2.8. Agrandir le parking

Pour l'infirmière exerçant dans la MSP **le parking devrait être agrandi :**

IDE3 : « *Agrandir le parking (rires), comme ce matin c'était assez problématique, heu... »* »

3.3.2.9. La MSP de Hautefort n'est pas attractive esthétiquement

Pour un des médecins interrogés, **l'aspect esthétique extérieur semble être primordial** et celui de la MSP de Hautefort ne lui convient pas :

MG5 : « *Heu, (soupir), ben pour moi je dirais que c'est le cadre, vraiment le cadre me me...moi personnellement, je pourrais pas y aller parce que vraiment le cadre est trop moche. »* »

MG5 : « *Ah oui, les murs extérieurs, les alentours, tout ça c'est trop moche, franchement »* »

MG5 : « *j'ai pas envie de, j'aurais pas envie de travailler là-dedans, bon mais après c'est une question de gout. »* »

3.3.2.10. La MSP de Hautefort concurrencée par un projet en échec à 12 Km

La réalisation des entretiens nous a permis d'apprendre **qu'un projet similaire à celui de la MSP de Hautefort, a été envisagé à seulement 12 Km de celle-ci avant d'échouer**

SF1 : « *On a failli avoir une maison de santé à Excideuil, donc on avait commencé à faire les démarches... On avait commencé à en parler, à avoir des réunions. »* »

SF1 : « *Sinon j'en faisais partie, je faisais partie du..., voilà des projets, des réunions du projet. »* »

MK1 : « *En gros, parce que l'objectif c'était de faire une maison de santé à Excideuil, c'était en septembre dernier qui ont parlé et la maison de santé s'est pas installée à Excideuil mais c'est parti à Lanouaille »* »

D1 : « *il a été question à un moment donné de faire une maison comme ça à Excideuil, bon le projet a capoté, je ne sais pas pourquoi, mais, heu... »* »

IDE2 : « *Je sais qu'à Excideuil, ils n'arrivaient pas à en ouvrir une, parce que les professionnels entre eux ne s'entendaient pas. »* »

MG5 : « *Oui, oui, une bonne connaissance, parce qu'on devait en faire une à Excideuil, et pour des raisons, que je dirais purement politiques, c'est parti à Lanouaille, donc on avait préparé pendant 3 ans, une maison de santé de santé à Excideuil, on avait préparé tout, et ça n'a pas été fait, ça s'est pas fait.* »

3.3.2.11. S'installer en MSP peut-être, mais sur son lieu d'exercice

Plusieurs professionnels pourraient réfléchir à une installation en MSP **mais souhaitent ne pas s'éloigner de leur lieu d'exercice** :

SF1 : « *Ben...il y en aurait une à Excideuil, je m'y mettrais mais il n'y en a pas, donc voilà.* »

MK1 : « *S'il y a possibilité d'une maison de santé heu... peut-être je serais intéressé aussi, mais si ça reste dans le territoire d'Excideuil.* »

MG6 : « *Bon alors, je dirais qu'en boutade, heu... il faudrait la démonter puis la transplanter à Génis...(rires)* »

3.3.2.12. Hautefort trop rural et pas assez de médecins formés

Pour trois professionnels de santé interrogés, le manque d'attractivité est plus d'ordre général et pas forcément spécifique à Hautefort.

Ainsi un kinésithérapeute, un médecin généraliste et un pharmacien **mettent en cause la ruralité du site de Hautefort** associée à un **manque de professionnels formés** et une **plus grande féminisation de la profession médicale** :

MK1 : « *L'attractivité des zones rurales* » « *C'est plus le vouloir des... des collègues qui, qui ne veulent pas venir en zone rurale.* »

PH1 : « *Heu...(soupir), ben le problème c'est souvent, le...la situation de la maison de santé, qui fait que les...les personnes ne sont pas trop attirées par le lieu.* » « *Enfin je veux dire, par la campagne.* »

MG4 : « *il n'y a pas plus de médecins qui sont intéressés par Hautefort, parce qu'il n'y a pas plus de médecins qui sont intéressés par Bergerac, parce qu'il n'y a pas plus de médecins qui sont intéressés par Périgueux, le problème il est partout pareil quoi* »

MG4 : « *Le jour où on aura beaucoup de, de médecins sortant des facs, on aura sûrement une attractivité plus importante.* »

MG4 : « *Donc qu'est ce qui peut faire l'attractivité de la maison de santé, ben c'est d'avoir des professionnels.* »

MG4 : « *je crois, et là je ne suis pas misogyne, le fait que ce se soit beaucoup féminisé, en effet, les femmes n'ont pas envie de venir s'installer en campagne, à quelques exceptions près.* »

3.3.2.13. Un recrutement trop tardif

Pour le pharmacien interrogé, la **mise en place des recherches** pour pallier aux premiers départs des professionnels de santé et notamment des médecins, **a été trop longue à se mettre en place** :

PH1 : « *Ben déjà, dès le départ, je pense s'occuper plus du recrutement parce que je pense c'est resté longtemps sans, sans chercher.* »

PH1 : « *Parce que quatre, presque quatre ans, heu... je crois, on voit rarement ça, dès le départ, s'occuper plus de rechercher des...des médecins.* »

3.3.3. Les leviers pour encourager l'exercice en MSP

3.3.3.1. Une coopération interprofessionnelle difficile sur le territoire de Hautefort et une volonté de certains de l'améliorer

Pour quelques professionnels de santé interrogés, la **coopération interprofessionnelle sur le territoire de Hautefort est compliquée** voire inexistante ou du moins pas satisfaisante :

IDE1 : « *Heu... ben moi, enfin ça va être compliqué, parce que je trouve qu'il n'y a pas de communication.* »

DIET1 : « *Heu... ben, assez limitée.* » « *Heu... je dirais que c'est un peu compliqué, j'ai pas beaucoup de patients qui me sont envoyés par les médecins traitants.* »

PED1 : « *Minable* » « *il n'y a plus de communication vraiment entre les professionnels de santé* ».

Avec pour certains **une volonté d'améliorer la communication et la coopération interprofessionnelle** :

IDE 1 : « *S'il pouvait y avoir un outil pour communiquer, ce serait formidable* » « *Ah mais j'aimerais tellement qu'il y en ait !* »

MG1 : « *Bah... elle est un petit...ça pourrait être un petit peu meilleur je pense, ouais, ça pourrait être un petit peu mieux, on pourrait communiquer davantage, mais ça commence petit à petit je vois.* »

DIET1 : « *peut être renvoyer un courrier aux médecins pour dire que les diététiciens sont là pour les aider aussi eux, dans le cadre du diabète, des maladies cardio-vasculaires, la diététique fait partie intégrante de la prise en charge... du patient* »

MG3 : « *heu après, si peut-être, il y a possibilité de partager sur une heu... un groupe ou un truc comme ça, heu... ce serait peut-être plus simple* »

IDE3 : « *Pour moi, heu...c'est dommage, parce qu'il y a certaines démarches pluridisciplinaires qui devraient avoir lieu et qui ne peuvent pas avoir lieu à cause de, à cause de la localisation* »

et des horaires de chacun. »

Enfin un médecin généraliste **conditionne son installation en MSP à une vraie dynamique collaborative** :

MG2 : *« enfin qu'il y ait une dynamique autre, après si c'est juste un transfert d'activité, c'est à dire que je déplace le cabinet, mon activité telle qu'elle est là, à la maison de santé à Hautefort, j'en vois aucun intérêt. »*

Quand une infirmière reconnaît que **le seul moyen d'améliorer la coopération est l'exercice en Maison de santé** :

IDE3 : *« quand on est proche les uns des autres, voilà, pour s'améliorer voilà, je crois qu'il faut être proche, donc, pour moi, la seule façon d'améliorer, enfin la seule, peut-être pas la seule mais, c'est au niveau de la maison de santé. »*

3.3.3.2. Un intérêt des praticiens pour l'exercice regroupé

Lors des entretiens réalisés, des praticiens ont clairement exprimé **leur intérêt pour un exercice regroupé** notamment pour **favoriser les échanges interprofessionnels** et **rompre l'isolement** :

MG2 : *« c'est-à-dire que si, ce qui m'amènerait à changer, c'est en effet de...de pouvoir avoir d'autres, d'autres médecins heu... avec qui échanger heu...partager au niveau des, des questions, des heu... des problématiques que l'on peut rencontrer heu... avec nos patients »*

MG1 : *« Ben...non c'est ça, c'est le fait de pouvoir se retrouver à plusieurs, de pouvoir communiquer plus facilement etc... , quoi. »*

IDE1 : *« Non mais moi ce que je trouve bien dans les maisons de santé, c'est que surtout du coup, on est, à mon avis, les professionnels se sentent moins isolés »*

DIET1 : *« ben voilà heu... des collègues sur place, en travaillant en pluridisciplinaire c'est toujours mieux... que d'être isolée. »*

MK1 : *« Je pense que c'est bien d'avoir des collègues à proximité, qu'on peut voir régulièrement, s'il y a des petits soucis ou des petits questions, ils sont vite, plus vite ...et ça restera pas, donc... je pense qu'il y a des ... des avantages »*

Un médecin généraliste nous a même expliqué **que la cause de son départ est liée à un souhait de ne plus exercer seule** :

MG3 : *« alors au départ c'était, c'était vraiment un choix personnel de m'installer plutôt seule et en fait je me rends compte que ben heu... en fait c'est mieux d'être plusieurs »*

MG3 : *« c'est une des raisons notamment pourquoi je pars et je vais m'installer dans un cabinet où il y aura plusieurs médecins en fait. »*

Enfin une infirmière met en avant **le bénéfice du partage des frais** :

IDE1 : « *Oui les locaux tout ça, on partage les frais, ça c'est bien ...* »

3.3.3.3. Le bénéfice de la communication autour des MSP opérationnelles

La communication d'un praticien exerçant dans une MSP en fonctionnement, auprès d'un des médecins généralistes de notre échantillon, a généré **de l'intérêt et un avis positif sur les MSP** :

MG2 : « *Monsieur, Docteur F, qui lui travaille dans une maison de santé comme ça et on a eu l'occasion d'en discuter par les pompiers, lors de nos rencontres par l'intermédiaire des pompiers, et c'est vrai que ça à l'air d'être très très intéressant* »

3.3.3.4. La présence d'un spécialiste au sein de la MSP de Hautefort est un atout

La présence d'un spécialiste en gynécologie au sein de la MSP de Hautefort génère de l'intérêt notamment pour la sage-femme de notre échantillon :

SF1 : « *Favorable, avis favorable, parce que quand il y a un gynéco à côté c'est quand même bien plus pratique quand on se connaît.* »

3.3.3.5. Mettre en place un logiciel pluriprofessionnel au sein de la MSP de Hautefort

Pour une infirmière exerçant au sein de la MSP de Hautefort, **la mise en place d'un logiciel pluriprofessionnel pourrait améliorer la coopération**, la prise en charge des patients et **pourrait favoriser la venue d'autres professionnels de santé** :

IDE3 : « *si on avait un logiciel qui pouvait appartenir à tous les professionnels et qui pourrait répondre à, à peu près toutes les demandes, ce serait formidable, je pense que, il y aurait une meilleure coopération entre nous* »

IDE3 : « *Mais déjà si on avait nous heu...je pense quelque chose qui nous permette d'accéder facilement aux informations, qui nous permette de discuter et, et d'interagir plus facilement, ce serait, ce serait chouette quoi, et je pense que ça pourrait attirer d'autres professionnels quelques soient leurs horizons.* »

3.3.3.6. La MSP de Hautefort présente des qualités matérielles, est bien située et bénéficie d'un bon environnement paramédical

Pour un médecin, le kinésithérapeute et une infirmière, la MSP de Hautefort a l'avantage de bénéficier **d'une bonne accessibilité** et d'être **bien équipée** :

MK1 : « Ça c'est sûr, au niveau heu.... Bâtiment, c'est correct, c'est... c'est... c'est très pro, après dans l'accessibilité c'est comme il faut, au niveau matériel, je pense que c'est...c'est bien adapté aussi. »

MG5 : « après, je pense, qu' elle est pas mal, elle est pas mal équipée »

MK1 : « Je pense que la...la maison de santé ça me semble...heu...déjà...heu...oui ...aux normes, heu... l'attractivité au niveau de l'accessibilité, parking, ça me semble correct, l'intérieur pareil. »

IDE3 : « Par exemple, on ne recevait personne au cabinet, parce que notre cabinet était très petit, là maintenant nous avons un cabinet qui a un accès handicapé, on reçoit les gens sur place, on a de la place, heu...ça a vraiment permis pour nous de développer notre activité »

De la même façon, la sage-femme reconnaît **qu'il y a tout le matériel nécessaire à son exercice** :

SF1 : « Non, non, je crois que tout le matériel gynéco a été mis en place là-bas par le gynéco. »
« Enfin ils ont tout acheté, tout ce qu'il fallait ... »

Et une infirmière **apprécie son emplacement** :

IDE1 : « Par rapport, à la situation géographique, je pense pas que c'est le problème » « ...pour les gens, c'est quand même, justement c'est un bon repère, pour les patients, c'est un bon repère quand même déjà ...»

Quand une autre reconnaît l'avantage de **la présence de plusieurs paramédicaux** :

IDE2 : « Mais après sinon au niveau des kinés, des infirmières, on est plutôt bien fourni, il y a d'autres intervenants aussi... »

De la même façon pour un des médecins généralistes, la MSP de Hautefort correspond à **un bassin de patients intéressant** :

MG5 : « Heu... ben, ben, il faut un bassin, un bassin, heu... vous l'avez, vous avez un bassin de malades, un bassin intéressant »

3.3.3.7. Un regret de ne pas être en MSP

Un des médecins généralistes nous a donné **un avis très positif sur l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle** et nous a fait part de ses **regrets de ne pas s'y être installé** :

MG5 : « Ben excellent, moi je, je, je regrette qu'une chose, c'est de ne pas en avoir pu, en bénéficier, mais ce n'était pas à l'ordre du jour quand je me suis installé, et ensuite, le temps passe. Mais c'est vrai que j'ai raté le coche à un moment. »

MG5 : « Donc je pense, je pense que du bien de...des maisons de santé. »

3.3.3.8 La qualité de vie à la campagne est un atout

Pour le pharmacien et le pédicure podologue **la ruralité de Hautefort** est perçue comme un handicap au recrutement alors que cela **pourrait être un outil de communication fort** :

PH1 : « *Heu...ben justement, peut-être la qualité de vie...à la campagne. Jouer là-dessus, je pense c'est...peut-être plus agréable qu'en ville. »*

PED1 : « *on va dire, gastronomie et puis plaisir de vivre au quotidien quoi, leur montrer que ce n'est pas que la maison de santé, qu'il y a des activités autour, de la marche, de l'escalade, qu'il y a des associations et que ce n'est pas qu'un endroit perdu au milieu de la, de la campagne. »*

3.3.3.9. Effectuer des démarchages dans les centres de formation des étudiants

Pour le pédicure podologue le recrutement des professionnels de santé doit se faire par **une démarche volontaire des professionnels de santé de la MSP de Hautefort en allant présenter le projet dans les écoles** :

PED1 : « *Je pense qu'après, pour avoir des professionnels de santé, le mieux c'est de faire un petit topo on va dire vidéo, heu... de type vidéo qui dure 20/30 secondes et qui décrirait un petit peu le secteur, un petit peu la maison de santé »*

PED1 : « *que ce soit directement, nous professionnels de santé qui allions directement dans les écoles, dans les facs de médecine, dire voilà, heu... nous on a ça à vous proposer, si ça vous intéresse n'hésitez pas à nous contacter »*

3.3.3.10. Pouvoir bénéficier de la ZRR même en transfert proche d'activité

Lors de nos entretiens, un médecin généraliste nous a clairement indiqué qu'un levier fort pour intégrer la MSP de Hautefort, aurait été de **pouvoir bénéficier de l'exonération fiscale ZRR**. Celui-ci avait effectué les démarches mais cela lui a été refusé car les services fiscaux ont considéré qu'il s'agissait d'un simple transfert d'activité de 9 Km.

MG 6 : « *Heu...alors à tous les coups, alors qu'est ce qu'il y aurait heu...alors heu...je m'étais renseigné sur la possibilité de me mettre en ZRR, et je m'étais renseigné sur Hautefort, donc heu...ça fait un an ou deux, et au niveau du... du service... .au niveau des services fiscaux, ils m'ont dit qu'à cette distance là c'est un transfert donc heu.... La possibilité de bénéficier de, de, des avantages fiscaux de la ZRR, ouais ça, ça aurait été un...ça aurait été un élément, un élément prépondérant. »*

3.4. Synthèses des résultats

Après réalisation de nos entretiens et en explorant le champ de nos données sous l'angle de notre question de recherche, nous avons pu constater l'émergence de points clefs au niveau des leviers, des freins et des attentes des professionnels de santé de notre échantillon, pour relancer et augmenter l'attractivité d'une MSP à l'arrêt comme celle de Hautefort.

Les freins à intégrer la MSP de Hautefort se partagent entre des éléments très spécifiques à la situation de Hautefort comme les loyers, l'esthétique, le parking ou le secrétariat ... alors que d'autres rejoignent les réticences et les craintes à l'exercice en maison de santé de manière plus générale.

De la même façon, au niveau des éléments moteurs et des leviers, ceux-ci se partagent entre les qualités propres à la MSP de Hautefort comme son accessibilité ou la qualité du matériel professionnel et ceux plus généraux d'un souhait d'aller vers plus de collaboration et d'un exercice regroupé en MSP non spécifique à la MSP de Hautefort.

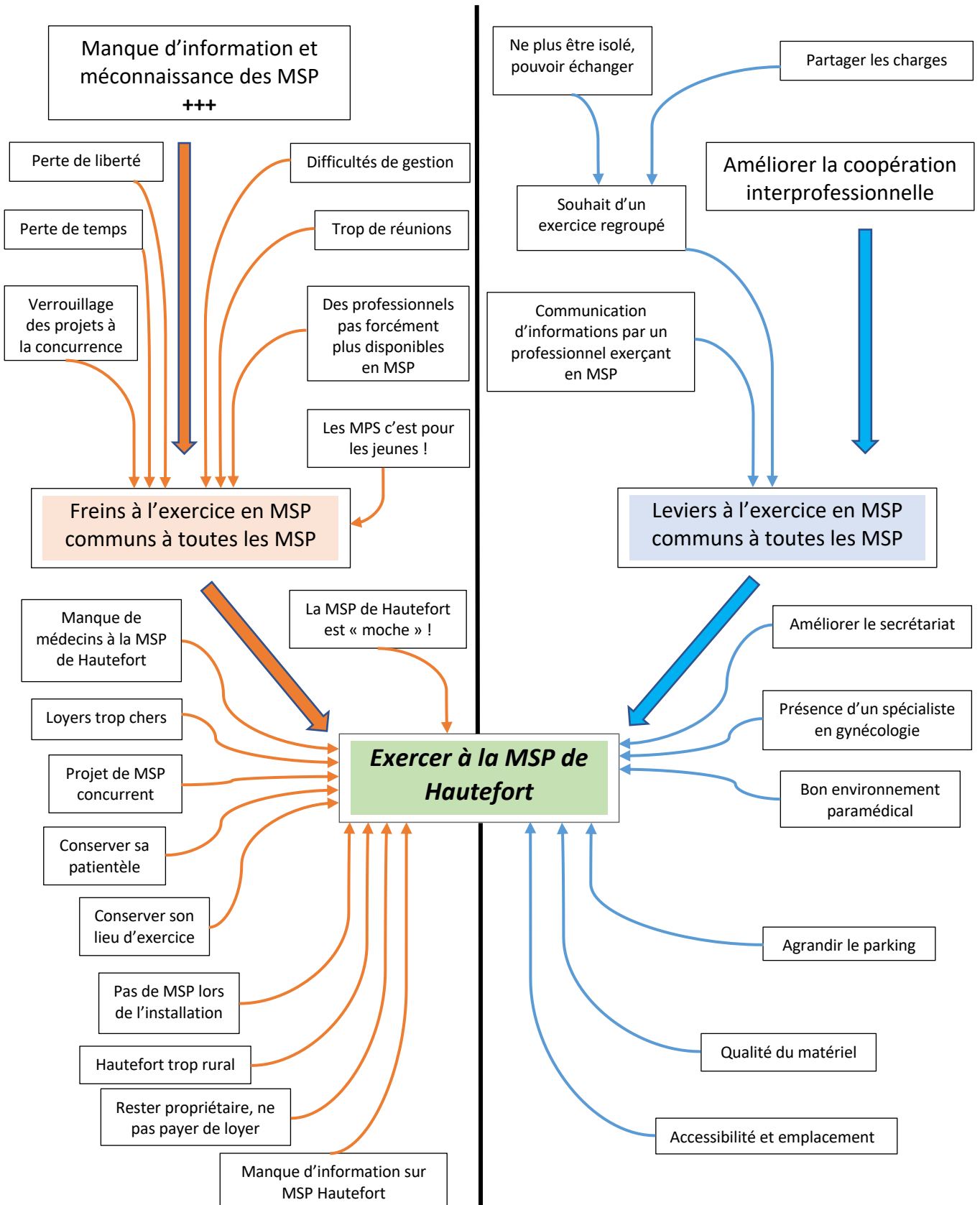
Spontanément, des professionnels de santé, nous ont évoqué des idées d'action comme le recrutement direct dans les écoles par les professionnels de santé de la MSP de Hautefort, une communication axée sur le bien vivre à la campagne ou la mise en place d'avantages fiscaux.

Enfin, grâce à ces entretiens nous avons pu également recueillir des éléments importants permettant de mieux appréhender le phénomène à l'étude et la situation dans laquelle la MSP de Hautefort se trouve, comme la perte précoce de son leader, la concurrence d'un projet similaire à 12 Km, le décès d'un membre de l'équipe au sein de la MSP et un recrutement tardif.

Figure 10 : Schéma de synthèse des principaux résultats de l'étude.

LES FREINS

LES LEVIERS



4. DISCUSSION

4.1. Forces de l'étude

4.1.1. Choix d'une étude qualitative

L'étude que nous avons décidée de conduire constitue à ce jour le seul travail s'intéressant à notre connaissance, au sujet des MSP en difficulté par manque de professionnels de santé. Habituellement, ces projets de MSP constituent de belles réussites et par conséquent la situation que nous avons choisie d'investiguer ne se rencontre que rarement.

Pourtant ces situations nouvelles avec l'essor des MSP existent, mettant en jeux des interactions et des mécanismes complexes propres à des petits groupes de professionnels de santé centrés sur un territoire restreint avec des données difficilement quantifiables.

Le moyen le plus indiqué pour comprendre le phénomène à l'étude, était donc d'aller à la rencontre de ces professionnels et de les interroger avec un esprit neuf et ouvert pour qu'ils puissent exprimer leur opinion, leur ressenti et nous donner tous les éléments indispensables permettant d'essayer de répondre schématiquement aux questions : « comment » et « pourquoi ».

Ainsi, le choix de la méthodologie qualitative constitue selon nous, une des forces de notre étude, cette méthode étant la plus indiquée pour le recueil de données subjectives non quantifiables.

4.1.2. Choix de l'entretien semi-dirigé

Contrairement au recueil des données par focus group, le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permet de recueillir les opinions propres à chaque professionnel de santé de l'échantillon.

Cette technique d'entretien permet également de maximiser la parole des participants en les préservant du jugement d'autrui et de l'influence des autres participants.

Elle permet enfin de s'affranchir du biais d'expression lié à la réticence de certains à prendre la parole en public.

4.1.3. Choix du guide d'entretien

Notre guide a été volontairement formulé de façon à mettre au maximum l'interviewé dans un climat de confiance et que sa parole soit le plus libre possible.

Pour cela, nous avons fait le choix de débiter l'entretien par une question dite « brise-glace » suivie d'un cheminement progressif de questions généralistes et simples sur le thème de la coopération interprofessionnelle avant d'aborder seulement en fin d'interview, le thème plus clivant des MSP et de la MSP de Hautefort (39).

4.1.4. Échantillonnage

4.1.4.1. Choix des professionnels de santé

Même si dans le cas de la MSP de Hautefort le déficit en médecin généraliste semble être le plus mal perçu par la population (9), nous avons fait le choix de ne pas limiter notre étude à cette seule profession car une MSP selon sa définition est « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens* » d'une part et aussi parce que le déficit en professionnels de santé au sein de la MSP de Hautefort ne se limite pas seulement aux médecins.

Ce choix constitué de tous les professionnels de santé pouvant intégrer une SISA, constitue selon nous, une force de notre étude car il nous a permis d'avoir une approche plus globale et moins réductrice pour comprendre le phénomène à l'étude.

4.1.4.2. Taille de l'échantillon

Notre travail de recueil des données s'est arrêté après l'atteinte du seuil dit de « saturation des données », c'est-à-dire après la réalisation de douze entretiens de professionnels de santé du territoire de Hautefort.

Cette saturation a été confirmée par la réalisation de trois entretiens supplémentaires retranscrits et codés dans les mêmes conditions que les précédents.

« En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. La détermination de la taille de l'échantillon n'utilise pas de règle de calcul » (51).

« Alors que l'analyse s'effectue au fur et à mesure du recueil de données, il arrive un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle de "saturation des données". Il est préférable de confirmer cette saturation par deux ou trois entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recueil » (51).

4.1.4.3. Stratégie d'échantillonnage

En recherche qualitative on ne cherche pas à obtenir l'échantillon le plus représentatif possible, mais plutôt à obtenir un petit nombre de sujets « exemplaires », qui vont représenter une perspective plutôt qu'une population (52).

Pour cela, on cherche à recruter des participants qui feront ressortir des divergences qui existent au sein d'une population ciblée par rapport à la question de recherche (52).

Dans notre étude nous avons ainsi effectué un échantillonnage raisonné, en sélectionnant des participants considérés comme typiques de notre population cible afin de garantir la validité externe de nos résultats.

4.1.4.4. Atténuation des biais internes

Dans une étude qualitative les biais internes sont dûs aux caractères personnels du chercheur et des participants. Ils peuvent entraîner des incompréhensions entre chercheur et participants, ou instaurer un climat de suspicion et provoquer une réticence à se confier dans l'entretien (53).

Nous avons tenté de limiter le plus possible ces biais en adoptant une attitude simple et bienveillante et en reformulant le discours de l'interviewé pour s'en assurer la bonne compréhension.

4.1.4.5. Retranscription mot pour mot et analyse immédiate

Après enregistrement, nous avons retranscrit fidèlement sous WORD[®], l'intégralité des entretiens avec leurs hésitations, leurs répétitions, leurs fautes de syntaxe...

Afin de conserver et d'intégrer au maximum les éléments verbaux et non verbaux (les soupirs, rires, l'intonation...) dans notre analyse, nous avons systématiquement retranscrit et analysé les entretiens immédiatement après leur réalisation.

« Le processus d'analyse des données doit commencer dès le premier entretien, sans attendre les suivants », de plus « l'analyse porte sur le verbal mais aussi sur le non verbal » (54).

4.1.4.6. Triangulation du codage

Dans le but de limiter le biais d'interprétation, d'améliorer la fiabilité de notre étude en diminuant la subjectivité qui peut s'insérer lors de l'analyse des données recueillies, notre codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : Docteur HOLLIER GUILLARD (Médecin généraliste) et moi-même.

Le premier entretien a également été codé dans les mêmes conditions par une troisième personne expérimentée : Le Docteur NAMMATHAO.

Les résultats de ces codages ont ensuite été mis en commun afin de permettre une triangulation et garantir la validité interne.

Lorsque certains codages différaient, une discussion et une réflexion était engagée ensemble pour déterminer le meilleur codage à réaliser.

4.2. Faiblesse et limitations de l'étude

4.2.1. Type d'étude

Cette étude qualitative aborde la perception et le ressenti des professionnels de santé du

territoire de Hautefort, dans le but de faire émerger les points clés au niveau des leviers, des freins, des difficultés, et des besoins pour améliorer l'attractivité et dynamiser une MSP en difficulté.

Pour cela, il s'agit de recueillir l'opinion de ces professionnels, malheureusement ce type de recueil se limite à ce que les interviewés veulent bien nous livrer et peut également se heurter à la non restitution par oubli de certains éléments clés le temps de l'entretien.

Cependant, le choix d'une méthode quantitative avant la réalisation de ce travail nous est apparu comme difficilement réalisable dans la mesure où aucun travail sur cette problématique, n'a été réalisé jusqu'à ce jour à notre connaissance.

Le sujet constituant donc un champ à explorer, sans hypothèse préalable à vérifier, une approche qualitative déductive nous a semblé plus appropriée.

4.2.2. Limites liées au recueil des données

4.2.2.1. Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien à la question cinq, avait pour objectif de recueillir les éléments qui ont influencé la décision d'installation ou non en MSP des professionnels de santé interrogés.

Notre échantillon étant composé de professionnels installés dans la MSP de Hautefort et d'autres n'en faisant pas partie pour une bonne compréhension de la question, la reformulation de relance pouvait différer selon l'interviewé, si il est installé ou non dans la MSP de Hautefort.

« *Ce canevas reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien* » (46, 54).

4.2.2.2. Question de présentation et enregistrement audio

La question de présentation qui faisait également office de question « brise-glace » associée à la notion d'entretien enregistré, a pu occasionner chez certains un biais interne (climat de suspicion et réticence à se confier) que nous avons tenté de limiter en réaffirmant la liberté de parole et l'anonymisation de nos entretiens.

4.2.2.3. Biais d'investigation

Le manque d'expérience dans la pratique des entretiens semi-dirigés a pu conduire, notamment lors des premiers entretiens, à ne pas respecter les temps d'hésitation ou de réflexion de l'interviewé en voulant systématiquement relancer et rythmer l'entretien, poussant à trop diriger celui-ci et indirectement l'orienter.

Après analyse des premiers entretiens et la mise en évidence de ce biais, une attention

particulière a été portée au respect des temps de silence avant de relancer l'entretien.

4.2.2.4. Biais d'information

4.2.2.4.1. Étudiant en Médecine et déserts médicaux

Afin de ne pas influencer le discours des professionnels interrogés, mon souhait d'installation sur Hautefort n'a pas été précisé, mais dans un contexte de désert médical, une simple présentation comme étudiant en médecine en fin de cursus, a pu influencer les réponses de certains professionnels paramédicaux entraînant un biais d'information que nous avons tenté de limiter en contextualisant bien notre démarche.

4.2.2.4.2. Conjoint exerçant sur le territoire de Hautefort

Ma femme exerçant sur le territoire de Hautefort, celle-ci a été exclue de l'échantillon des professionnels interrogés et lors de ma présentation aux professionnels de santé interrogés aucune référence à notre lien marital n'a été faite pour limiter les biais d'information.

4.2.2.4.3. Crise sanitaire et contraintes logistiques

Dans un contexte de crise sanitaire liée au COVID 19 avec plusieurs périodes de confinement, plusieurs limitations des déplacements, couvre feux et un manque de visibilité sur une date de sortie de crise, après un temps d'hésitation, nous avons décidé de réaliser nos entretiens par téléphone.

En conséquence de ce choix, certains aspects non verbaux de l'entretien comme ceux liés au langage corporel n'ont pu être pris en compte.

4.2.2.5. Facteurs d'exclusion

L'objectif de notre travail étant de faire émerger les points clés au niveau des leviers, des freins, des difficultés, des besoins des professionnels de santé pour intégrer et dynamiser une MSP en difficulté, il nous a semblé plus judicieux de limiter notre étude aux seuls professionnels de santé pouvant intégrer la forme de société, permettant le bon fonctionnement d'une MSP c'est-à-dire la SISA.

Ainsi les chiropracteurs, ostéopathes et psychologues sont exclus de notre échantillon (42, 43).

Nous avons fait le choix également d'exclure les professionnels de santé à qui on a présenté le projet et qui sont et restent extérieurs au périmètre de 20 Km autour de la MSP de Hautefort, car leurs déterminants à l'installation intègrent d'autres problématiques que celles

spécifiques à la MSP de Hautefort, comme par exemple, l'exercice en milieu rural, un changement de région, la proximité familiale ou l'accès aux services publics (44, 45).

Nous justifions ce choix par notre volonté de recherche des leviers de redynamisation spécifiques à la MSP en difficulté de Hautefort, en minimisant l'impact de facteurs extrinsèques propres à l'exercice sur le territoire de Hautefort et indépendants de la MSP en elle-même.

4.3. Interprétation des principaux résultats

4.3.1. Une méconnaissance des MSP et un manque d'information sur la MSP de Hautefort

Au niveau de notre échantillon de professionnels de santé interrogés, sur les quinze participants, seulement trois ont prétendu avoir des connaissances sur l'organisation et le fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Dans nos recherches bibliographiques nous avons également trouvé des résultats similaires, notamment chez les internes et jeunes médecins généralistes pour au moins deux travaux de thèse.

Dans la thèse de C. DELEMARLE (55), les résultats de l'étude quantitative en 2018 sur la connaissance et l'attractivité chez les jeunes médecins généralistes des MSP, montrent que leurs connaissances, sont faibles et que beaucoup ne savent pas ce qu'est une maison de santé.

Ce constat est également partagé dans la thèse de M. PELAT de 2012 (56), sur l'attractivité des MSP pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France avec un constat sur le niveau d'information des MSP identique, à savoir insuffisant.

L'étude de 2018 de C. DELEMARLE rejoint également le ressenti perçu dans nos entretiens pour au moins quatre praticiens interrogés, c'est-à-dire une notion de confusion fréquente entre les MSP et « les cabinets composés de plusieurs médecins généralistes ».

De la même manière que dans notre étude, ce travail de C DELEMARLE montre qu'il existe aussi un souhait et un désir d'information concernant les MSP, comme nous l'ont déclaré spontanément trois praticiens dans nos entretiens.

Ainsi, nous retiendrons le manque d'information et la méconnaissance des MSP comme étant un frein possible à rejoindre des structures comme celle de Hautefort, nécessitant d'être levé à minima.

Pourtant le résultat de l'étude de 2018 n'avait pu conclure à une réelle corrélation entre la connaissance des MSP et l'intérêt porté à ce mode d'exercice.

S'il n'y a pas de corrélation, nous pouvons quand même signaler qu'un des médecins généralistes de notre échantillon (MG2) qui a bénéficié d'explications et d'informations sur le fonctionnement de ces structures par un professionnel de santé exerçant lui-même en MSP, a été impacté positivement au point d'envisager son installation dans la MSP de Hautefort, à

condition qu'il y retrouve la dynamique collaborative que lui a relaté son confrère.

Ce manque d'information sur les MSP rejoint également le cas plus spécifique de la MSP de Hautefort, qui malgré la proximité des professionnels de santé interrogés limitée à 20 km, semble méconnue pour au moins quatre professionnels de santé ;

Ce manque d'information et de communication autour de la MSP de Hautefort laisse un espace aux suppositions, notamment en matière de loyer qui sont supposés élevés pour quatre praticiens sans être connu forcément et générant ainsi une réticence à rejoindre la structure de Hautefort.

4.3.2. Exercice regroupé en MSP, âge et attachement au lieu d'exercice.

Parmi les professionnels de santé interrogés de notre échantillon, trois professionnels ont exprimé des réticences et des craintes à un exercice regroupé, en évoquant une perte de liberté, une perte de temps et trop de réunions.

Ce sentiment n'est pas majoritaire au sein de notre étude et il est à pondérer par l'âge moyen de ces trois praticiens (62,3ans) et à confronter aux résultats de l'enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants et les installés de 2019, réalisée par le CNOM (57) où il est souligné l'attrait de l'exercice de groupe et de l'exercice coordonné auprès des jeunes générations de médecins.

Au sein de notre échantillon d'étude, les professionnels les plus jeunes semblent également les plus intéressés par l'exercice en groupe compatible avec celui de la MSP de Hautefort, notamment pour rompre l'isolement, favoriser les échanges interprofessionnels et partager les charges.

Cet élément est accentué par la situation particulière de la plus jeune des médecins généralistes (MG3) de notre étude, âgée de 38 ans, qui nous a fait partager la cause de son départ programmé en mars 2021, lié à une volonté de ne plus être seule et le souhait d'exercer en groupe.

Le critère d'âge est également admis par les plus anciens praticiens de nos entretiens qui reconnaissent que les MSP sont plus intéressantes pour les « jeunes ».

Ainsi l'âge semble être un élément important à prendre en compte, notamment dans l'optique d'une communication ciblée de recrutement de professionnels de santé, en vue de la redynamisation de la MSP de Hautefort.

Enfin, pour trois des quinze professionnels de santé interrogés, la possibilité d'intégrer une MSP n'est pas un obstacle en soi, en revanche ceux-ci expriment clairement le souhait de ne pas quitter leur lieu d'exercice proche et témoignent ainsi d'un fort attachement à leur territoire.

Même si l'enquête du CNOM ne concernait qu'une population de médecins, cette donnée est retrouvée dans des proportions équivalentes au niveau de l'enquête sur les déterminants à

l'installation du CNOM, où environ 22 % des installés déclarent leur attachement au territoire.

4.3.3. Les adaptations de la MSP de Hautefort

Certains professionnels ont exprimé un besoin de modifications de la MSP de Hautefort sur des points précis et bien délimités, comme la taille de son parking, la modification de son aspect esthétique extérieur ou encore l'amélioration du secrétariat.

Si nous n'avons pas trouvé de travaux s'étant intéressés à l'aspect esthétique ou à la taille du parking des MSP, en revanche l'importance du secrétariat est évoquée régulièrement dans différents travaux comme la thèse de D. ZALMAI (58) sur les attentes, réalités et perspectives en MSP de 2016 et dans laquelle plusieurs professionnels de santé avaient été attirés par l'exercice en MSP car il semblait leur garantir la présence d'une secrétaire.

De la même façon, la thèse de H. TCHA sur les attentes des professionnels de santé concernant une maison MSP à Lannion (59), conclut à une attente forte de la présence d'un secrétariat physique dans les MSP, précisant qu'il est plus simple de pouvoir rémunérer une secrétaire dans un exercice regroupé et que l'emploi de celle-ci permet un réel gain de temps.

Ces trois éléments n'ayant été cités que ponctuellement par un seul professionnel de santé à la fois, nous ne pouvons établir de théorie ou de généralité, mais ces éléments pourront être pris en compte, notamment dans l'hypothèse d'optimiser les chances de recrutement et de redynamisation de la MSP de Hautefort.

Également la question du montant du loyer et des charges, semble être importante pour quatre professionnels de santé interrogés ainsi que la possibilité de pouvoir être propriétaires des murs pour au moins deux d'entre eux.

Dans la thèse de H. TCHA (59) les attentes des professionnels concernant le fait d'être locataires ou propriétaires sont assez controversées. Certains craignaient en effet de payer un loyer à perte. Cette notion n'est ici retrouvée que pour deux praticiens de notre échantillon.

En revanche, la problématique de la crainte des loyers et charges élevés est retrouvée également dans la thèse de D. ZALMAI (58) où les professionnels exerçant en MSP rapportent des charges élevées qu'ils semblaient tous attendre au vu des contre parties souhaitées

Cet élément sera également complété par la déclaration d'une des professionnelles de santé exerçant au sein de la MSP de Hautefort qui reconnaît une énorme augmentation des coûts mais finalement un développement de son activité.

4.3.4. Les leviers déjà en place et un souhait d'aller vers plus de collaboration

Au cours des entretiens, des qualités ont été reconnues à la MSP de Hautefort et notamment son accessibilité qui permet d'accueillir plus facilement des personnes à mobilité réduite. Cet atout dans la prise en charge des personnes à mobilité réduite est un avantage fréquemment reconnu des MSP.

Dans l'article (60) sur le développement et fonctionnement des MSP dans la région Rhône-Alpes, il est retrouvé que dans la plupart des MSP de l'étude, des aménagements pour les personnes à mobilité réduite sont disponibles et dans cet autre travail de thèse de M. HENOCQUE sur l'exercice en MSP (61), il est souligné l'avantage de locaux aux normes, accessibles aux personnes à mobilité réduite. Cela évite notamment aux professionnels de devoir installer une rampe d'accès avec les frais inhérents.

La présence d'un spécialiste semble être également un atout, notamment pour la sage-femme qui est intéressée par la perspective d'un rapprochement et de coopération avec le gynécologue déjà en place au sein de la MSP de Hautefort.

Dans la thèse de M. HENOCQUE (61), cette diversité de l'offre de soins est également perçue comme une avancée permettant notamment de reprendre un suivi gynécologique régulier qui n'était plus effectué, par manque de professionnels proches.

Concernant l'amélioration de la coopération interprofessionnelle qui est l'essence même des maisons de santé pluriprofessionnelles, au moins cinq professionnels sur quinze ont exprimé spontanément un souhait d'aller vers plus de coopération et coordination ce qui est un peu plus faible que les résultats de l'enquête sur les déterminants à l'installation du CNOM (57), où les répondants sont 70% à pratiquer un exercice en groupe ou coordonné.

Malgré ce résultat un peu faible, dans les travaux que nous avons consulté cet élément reste un point essentiel de l'attractivité des MSP.

Ainsi, dans l'article sur le développement et fonctionnement des MSP dans la région Rhône-Alpes (60), le travail pluridisciplinaire en équipe avec possibilités d'échanges entre professionnels est cité comme le point positif le plus fréquent de l'exercice en MSP.

Dans le travail de M. HENOCQUE (61), la MSP est en effet considérée comme un lieu de concertation autour du patient, permettant d'échanger sur des patients posant problèmes. Il est notamment mis en avant la possibilité de confronter divers points de vue et d'ouvrir d'autres perspectives de soins.

Enfin d'un point de vue financier, la MSP de Hautefort qui est classée en ZRR présente naturellement un caractère financier attractif au niveau fiscal, sauf pour les praticiens effectuant un transfert proche, comme pour un des médecins généralistes de notre échantillon (MG6), qui nous a déclaré avoir mis en contrepartie de son installation dans la MSP de Hautefort, l'obtention de la ZRR qui lui a été finalement refusée au motif qu'il ne s'agissait pas d'une création d'activité.

En comparaison avec l'étude du conseil de l'ordre des médecins sur les déterminants à l'installation (57), les aides financières ne constituent pas un facteur prédominant à l'installation des médecins, même si leur importance semble réelle, notamment auprès des jeunes générations. Ce constat est également confirmé par les résultats d'études précédentes, telle que celle menée auprès des internes de médecine générale de Rennes en 2012 par l'AIMGER (62).

4.3.5. La situation de la MSP de Hautefort

La réalisation des entretiens des professionnels de santé de notre échantillon nous a permis d'obtenir des données et des éléments importants, permettant de mieux appréhender le phénomène à l'étude et également d'avoir quelques éléments de réponse concernant la situation spécifique de la MSP de Hautefort.

Tout d'abord, nous avons appris dans nos entretiens que le principal porteur de projet, celui que l'on pourrait qualifier de « leader », a été le premier à quitter la MSP de Hautefort à peine un an après sa réalisation, laissant ce rôle important vacant.

L'importance d'un « leader » au sein d'une MSP pour fédérer et stabiliser une équipe est reconnu de tous et de nombreux travaux sur les MSP faisant référence, comme le rapport du Docteur E. HUBERT (63) ou le livre du Docteur P. DE HASS (16), mettent en avant l'importance de ce rôle clef.

Ainsi pour le Dr Hubert, le moteur principal d'une MSP est la présence d'un leader professionnel, le plus souvent un médecin : « *Sans ces leaders et leur ténacité, bien peu de projets auraient vu le jour* » ; quand le Docteur De Haas de façon empirique élabore six « briques » essentielles au montage et au fonctionnement des maisons de santé, dont l'existence du leader fait partie.

C'est donc une équipe déstabilisée et sans leader, qui a dû affronter le traumatisme, comme nous l'a signalé une des professionnels de santé de la MSP de Hautefort, du décès de l'un de ses médecins en pleine consultation dans les murs de la MSP de Hautefort, suivi par les problèmes de santé d'une de ses infirmières.

« Ben le décès d'un, d'un professionnel, heu...et après, il y a eu une autre infirmière qui a eu aussi des gros soucis de santé, donc ça...ça a un peu plombé le truc. »

Ainsi en peu de temps, l'équipe porteuse du projet initial a dû se renouveler et a vu le passage transitoire de plusieurs professionnels externes au territoire de Hautefort, recrutés par des cabinets de chasseur de têtes, ce qui a perturbé le fonctionnement de la MSP et que nous retrouvons dans les critiques d'un des médecins, externe à la MSP de Hautefort :

« Les personnes finissent par se méfier, parce qu'un médecin qui reste deux ans, un an, deux ans, puis qui part, puis un autre, puis on attend 6 mois, un an qu'il y ait un autre qui arrive, qui reste 3 mois...Les patients de la région, ils n'apprécient pas trop ça ».

Nos entretiens nous ont également permis d'apprendre, que durant cette période délicate pour la MSP de Hautefort qui avait besoin de renouveler son équipe et redynamiser son projet, une partie des professionnels de santé du territoire de Hautefort était mobilisée à la mise en place d'un projet concurrent de MSP à Excideuil, situé seulement à 12 km de la MSP de Hautefort dont les locaux pourtant se vidaient.

Les communes de Hautefort et Excideuil bien que distantes de seulement 12 Km et ayant le même bassin de patients, n'appartiennent pas au même canton ni à la même communauté de commune. Ainsi se pose la problématique de la coordination des projets de santé des territoires qui s'opposent quelquefois aux enjeux politiques.

En effet, l'apport des volontaires du projet de MSP à Excideuil qui étaient déjà installés sur ce site rural et qui connaissent bien le territoire de Hautefort avec des patients en commun, aurait pu être une solution pour redynamiser et relancer le projet de santé en difficulté de la MSP de Hautefort, avant la perte définitive de tous ses médecins qui aujourd'hui constitue une réelle perte d'attractivité décrite par quatre professionnels de santé de notre échantillon.

Pour illustrer notre propos nous rappellerons les commentaires et les regrets de MG5 impliqué fortement dans le projet d'Excideuil :

« Oui, oui, une bonne connaissance, parce qu'on devait en faire une à Excideuil, et pour des raisons, que je dirais purement politiques, c'est parti à Lanouaille, donc on avait préparé pendant 3 ans, une maison de santé de santé à Excideuil, on avait préparé tout, et ça n'a pas été fait, ça s'est pas fait. »

Enfin nous avons constaté la notion d'un certain verrouillage du projet de santé de la MSP de Hautefort à ses débuts, puisque le projet n'a pas été présenté au pharmacien de Hautefort et qu'un des médecins de notre échantillon, potentiellement intéressé par l'exercice en MSP, n'a pas eu de proposition d'intégration par l'équipe en place et complète à l'époque.

Avec le recul, ces deux acteurs qui ont été écartés précocement, privent aujourd'hui la MSP de Hautefort de deux ressources, qui auraient pu s'impliquer dans le sauvetage et la dynamisation du projet.

4.3.6. Perspectives et avenir : un effort sur la communication, l'ouverture des projets et une amélioration de coordination des projets.

L'objectif de ce travail appliqué à la MSP de Hautefort était de s'intéresser à ces situations de MSP en échec et de rechercher quels pourraient être les leviers de relance et d'attractivité d'une MSP à l'arrêt, comme celle de Hautefort.

Grâce à la réalisation de notre étude, nous avons pu mieux appréhender la situation particulière de la MSP de Hautefort et faire émerger quelques leviers de relance possible que nous pouvons communiquer et tenter de mettre en place avec les acteurs locaux.

Tout d'abord, un effort sur la communication et la délivrance d'informations sur les MSP et en particulier sur celle de Hautefort semble nécessaire.

En effet malgré l'abattage médiatique qui existe autour des maisons de santé, notre étude nous a permis de rejoindre les conclusions de différents travaux, concluant à une faible connaissance du principe de ces structures.

Même si le résultat de l'étude de 2018 n'avait pu conclure à une réelle corrélation entre la connaissance des MSP, et l'intérêt porté à ce mode d'exercice, l'exemple du médecin de notre échantillon qui a été impacté positivement par l'un de ses confrères exerçant en MSP, est une piste à explorer, d'autant que cette idée de communication auprès d'autres professionnels de santé ou d'étudiants, par les membres restants de la MSP de Hautefort a été émise spontanément par l'un des professionnels de santé de notre échantillon.

Les résultats de notre étude semblent aussi confirmer que cette communication sur les MSP semble avoir plus de chance de réussite auprès des professionnels de santé les plus jeunes, qui comme dans l'étude du conseil de l'ordre sont plus enclin à se tourner vers l'exercice regroupé et coordonné.

Nous signalerons aussi qu'un effort sur la communication et la délivrance d'information sur la MSP de Hautefort, permettrait de lever les interrogations et les suppositions concernant notamment le montant des loyers.

Un effort doit être envisagé sur l'ouverture du projet de santé de la MSP de Hautefort.

En effet, il est dommageable qu'un acteur de santé du territoire de Hautefort comme le pharmacien n'ait pas eu de proposition d'intégration, ou comme ce médecin (MG2) de notre échantillon qui déplore le manque de volonté de ses confrères de la MSP de Hautefort, de travailler plus ensemble lorsque ceux-ci étaient au complet.

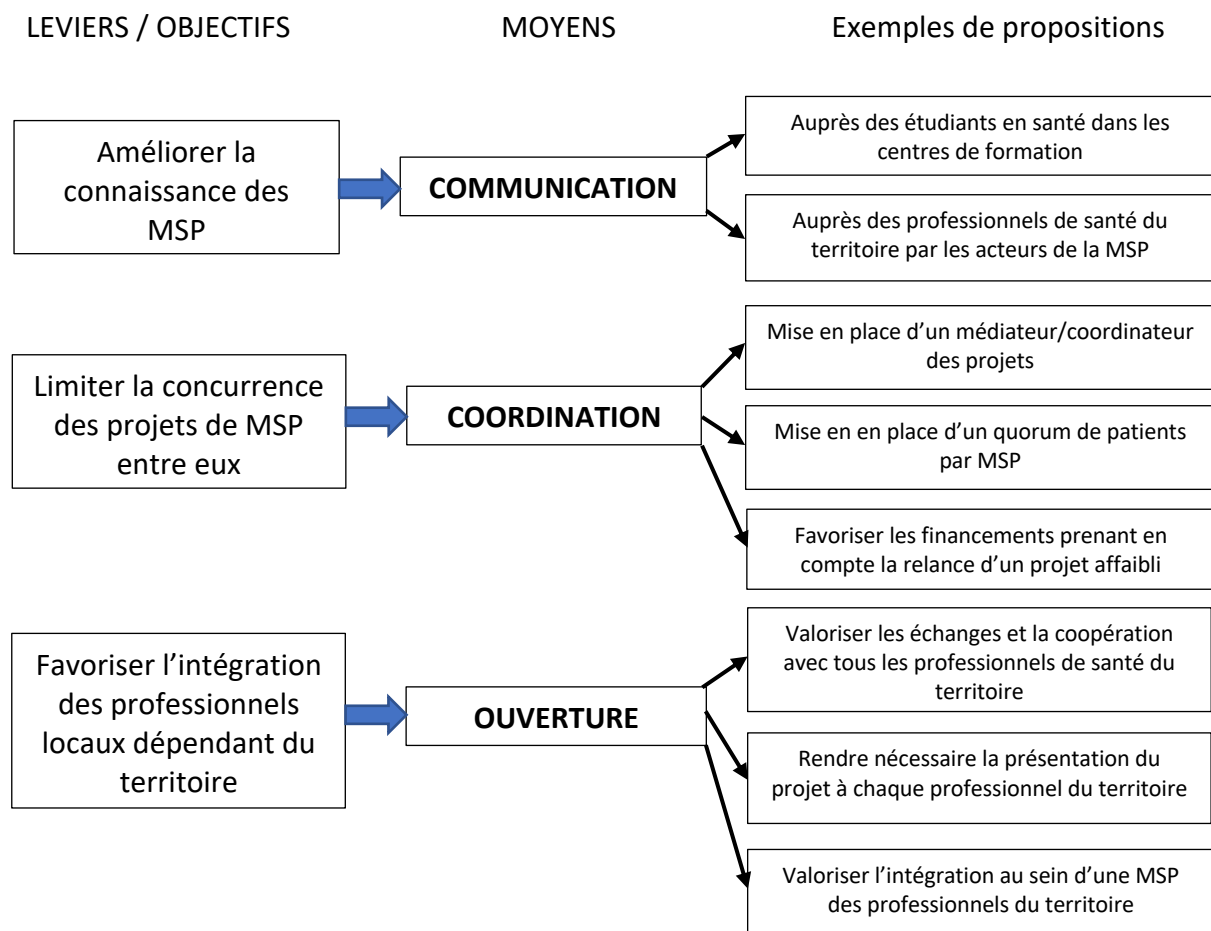
La suite des événements montrant que ces deux acteurs sont toujours en place sur le territoire là, où une bonne partie de ceux de la MSP de Hautefort sont déjà partis.

Un autre effort doit être également entrepris au niveau politique pour une meilleure coordination et un meilleur pilotage des projets de création de MSP, notamment en favorisant la relance des projets en difficulté, avant l'élaboration de nouveaux, qui n'aboutissent pas forcément et mobilisent des forces vives qui pourraient renforcer les MSP à l'arrêt.

Pour illustrer ce propos, nous rappellerons le cas de ce médecin (MG5) regrettant de ne pas avoir profité des MSP, impliqué fortement dans un projet de création de MSP à Excideuil situé à seulement 12 Km de la MSP de Hautefort, qui elle, reste vide de médecin depuis 4 ans.

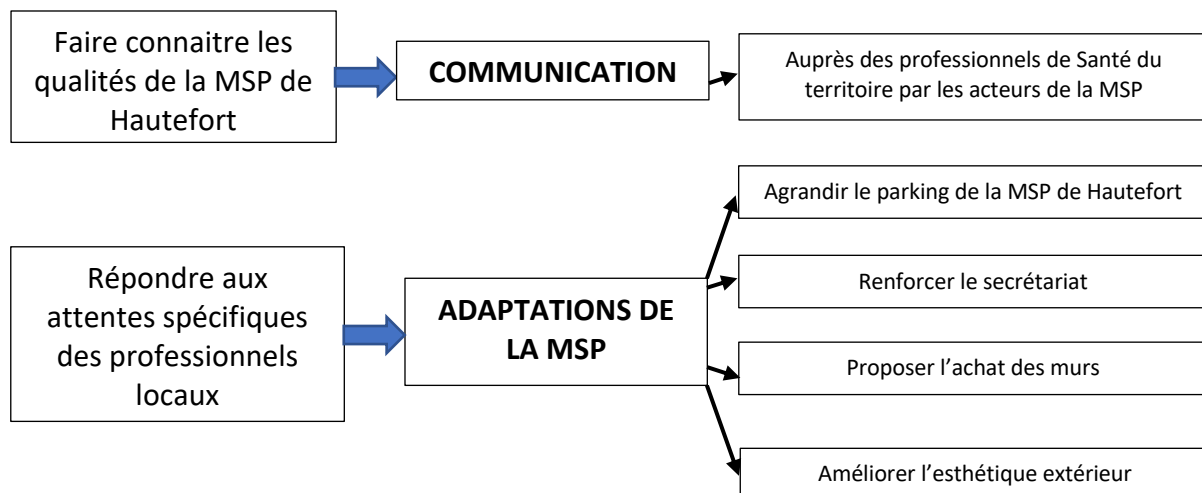
4.3.7. Synthèse des propositions de leviers pour relancer le projet de la MSP de Hautefort et plus globalement des MSP en difficulté.

Figure 11 : Schéma de synthèse des leviers possibles.



Mesures complémentaires d'optimisation de recrutement

spécifiques à la MSP de Hautefort



5. CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'interroger 15 professionnels de santé dans un périmètre de 20 km à proximité de la MSP de Hautefort. Ce travail avait pour objectif principal de faire émerger les points clés au niveau des leviers, des freins, des difficultés, des besoins des professionnels de santé, pour intégrer et dynamiser une MSP en difficulté. Il nous a permis également d'obtenir des informations permettant de mieux appréhender la situation spécifique de la MSP de Hautefort.

La grande majorité de nos interlocuteurs ont reconnu un manque d'information et une méconnaissance des MSP.

Cette méconnaissance s'applique également à la MSP de Hautefort où le déficit d'informations et de communication sur l'organisation de cette structure, laisse la place aux suppositions, notamment en matière de charges constituant un frein au recrutement et à la redynamisation du projet.

L'exemple d'un médecin de notre étude envisageant une installation dans la MSP de Hautefort après avoir bénéficié de la délivrance d'informations sur l'exercice coordonné par un de ses confrères exerçant en MSP, montre qu'un effort de communication par le personnel de la MSP de Hautefort peut être bénéfique et être un levier d'attractivité.

L'analyse des données montre également que les professionnels de santé les plus jeunes seront probablement les plus réceptifs à cette communication, notamment parce qu'ils sont les plus intéressés par l'exercice regroupé pour rompre l'isolement, favoriser les échanges interprofessionnels et partager les charges.

Ce travail appliqué à la MSP de Hautefort a permis également de mettre en évidence les difficultés que peut engendrer la perte d'un leader ou les conséquences d'un manque d'ouverture du projet de santé à l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

Enfin, cette étude nous rappelle l'importance de la coordination en matière de création de MSP, afin que les différents projets de MSP ne se concurrencent et se fragilisent mutuellement.

6. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). (Page consultée le 02/12/2020). Loi Hôpital Patient Santé Territoires, synthèse documentaire, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
- 2) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 02/12/2020). Hôpital Patient Santé Territoires, une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
- 3) Code de la Santé Publique. Article L6323-3 modifié par Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 art. 24 (Version en vigueur au 27 Mars 2020). Disponibilité sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886477&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>
- 4) Cardoux JN, Daudigny Y. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. Rapport d'information du Sénat fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales. 2017 Juillet 26;686. Disponibilité sur internet : <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html>
- 5) Le Figaro. (Page consultée le 04/04/2020). Loi Santé : Philippe veut plus de maisons de santé, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/2019/02/11/97001-20190211FILWWW00111-loi-sante-philippe-veut-plus-de-maisons-de-sante.php>
- 6) Rodolphe M. (Page consultée le 04/04/2020). Société : Agnès Buzyn déclare (encore) sa flamme aux MSP, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/agnes-buzyn-declare-encore-sa-flamme-aux-msp>
- 7) Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Revue française des affaires sociales. 2011;2:297-309.
- 8) Bienvault P. (Page consultée le 07/04/2020). Des maisons de santé dans les déserts médicaux, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.la-croix.com/Journal/maisons-sante-deserts-medicaux-2017-10-12-1100883529>
- 9) Fontaine B. (Page consultée le 12/04/2020). Hautefort : maison de santé cherche médecins, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/hautefort-maison-de-sante-cherche-medecins-1486889136>
- 10) Coutenceau J. (Page consultée le 07/04/2020). Les maisons de santé, vrai remède contre la pénurie, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.dordognelibre.fr/app/uploads/sites/4/2018/04/dl-14.pdf>

- 11) Sauter P. (Page consultée le 07/04/2020). Doubs : une maison médicale... sans médecin, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.leparisien.fr/economie/doubs-une-maison-medicale-sans-medecins-08-12-2016-6427836.php>
- 12) Ouest France. (Page consultée le 07/04/2020). Trébeurden. La maison médicale soulève des questions, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.ouest-france.fr/bretagne/trebeurden-22560/trebeurden-la-maison-medicale-souleve-des-questions-4587047/>
- 13) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (Page consultée le 02/11/2020). Liste des communes des territoires de vie-santé classés en zone d'intervention prioritaire, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Listes_Communes_Arrete_Zonage_NA_Medecins_06_2018.pdf
- 14) Chassain H. (Page consultée le 02/11/2020). Dordogne : le premier centre médical départemental ouvert à Excideuil, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.sudouest.fr/2019/09/20/dordogne-le-premier-centre-medical-departemental-ouvert-a-excideuil-6589800-1980.php>
- 15) Juilhard J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale. Commission des affaires sociales du Sénat. N°14,2007-2008, 85p.
- 16) De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. 1^{ière} éd. Brignais : Le Coudrier ; 2010.
- 17) Article n° 44 de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Journal Officiel, 21 décembre 2007b : p. 20603
- 18) Ministère de la Santé et des Sports. (Page consultée le 4/12/2020). Circulaire NOR N° EATV1018866C cahier des charges national des maisons de santé, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
- 19) Chevillard G, Mousquès J, Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Question d'économie de la Santé. 2020 Mars; (247) : 1-8. Disponibilité sur internet : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
- 20) Kustosz I. (Page consultée le 2/12/2020). Renouveler le premier recours par les maisons de santé pluriprofessionnelles : une approche par les outils, [En ligne].

Disponibilité sur internet : halshs-01463940 <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01463940/document>

- 21) Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (FNAMPoS). (Page consultée le 2/12/2020). Le projet de santé d'une MSP, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://fnampos.org/ressource/le-projet-de-sante-dune-msp/>
- 22) Union Régionale des Professionnels de Santé Masseurs Kinésithérapeutes Nouvelle Aquitaine (URPS MK Nouvelle Aquitaine). (Page consultée le 17/11/2020). Annexe III, recommandations pour le projet de santé des maisons de sante pluri-professionnelles, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://urpsmk-nouvelleaquitaine.com/wp-content/uploads/2019/11/Recommandations-projet-de-sante.pdf>
- 23) République Française. (Page consultée le 12/11/2020). 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, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033/>
- 24) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 17/11/2020). La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires – SISA, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
- 25) Buffart A. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien. Thèse de doctorat : Médecine générale : Faculté de médecine de Nancy : 2017.
- 26) Bulletin Officiel des Finances Publiques – Impôts (BOFIP). (Page consultée le 04/02/2020). Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et sociétés, groupements et associations leur ayant préexisté, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/6997-PGP.html/identifiant%3DBOI-BIC-CHAMP-70-20-90-20170301>
- 27) Conseil Départemental de la ville de Paris de l'Ordre des Médecins. (Page consulté le 4 décembre 2020). Zoom sur l'exercice médical en SISA, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://conseil75.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-255/34347/lexercice_liberal_et_les_societes.pdf
- 28) Vésinat N. Vers une médecine collaborative Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. 1^{ière} éd. Paris : Presses universitaires de France/Humensis ; 2019.

- 29) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 4/12/2020). Présentation de l'expérimentation d'un Paiement en Equipe de Professionnels de Santé (PEPS), [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_webinaire_peps_050618.pdf
- 30) ACOORDE. (Page consultée le 11/11/2020). Historique de l'ACI et des NMR, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.acoorde.fr/documents/aci-nmr/>
- 31) Mousquès J, Bourgueil Y. (Page consultée le 11/11/2020). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, [En ligne]. Disponibilité sur internet : www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf
- 32) L'Assurance Maladie Ameli.fr pour les médecins. (Page consultée le 14/11/2020). Les structures de santé pluriprofessionnelles, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.ameli.fr/dordogne/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
- 33) Territoires en Nouvelle-Aquitaine. (Page consultée le 5/12/2020). Diagnostic territorial du Périgord Noir [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://territoires.nouvelle-aquitaine.fr/documents-strategiques/diagnostic-territorial-du-perigord-noir>
- 34) Pubert M, Garnier C. (Page consultée le 15/11/2020). État des lieux santé social en Périgord noir Rapport 48, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/12/48.CLS_Perigord_Noir.pdf
- 35) Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. (Page consultée le 15/11/2020). Les zonages des professionnels de santé libéraux, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-2>
- 36) Chambre de Commerce et d'Industrie. (Page consultée le 02/12/2020). ZRR - Zone de Revitalisation Rurale : exonération de cotisations sociales, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://les-aides.fr/fiche/a5VgGXs1ODM/urssaf/zrr-zone-de-revitalisation-rurale-exoneration-de-cotisations-sociales.html>
- 37) Maison de l'Emploi du Périgord Noir. (Page consultée le 2/12/2020). Création d'un réseau intégré d'accès aux soins en milieu rural, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <http://files.mdepn.com/fic/PER-Sant-light-nov-2010%20.pdf>
- 38) Pitout M. (Page consultée le 8/12/2020). Hautefort (24) : un pôle de santé et social moderne, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.sudouest.fr/2012/10/01/un-pole-de-sante-et-social-moderne-836104-1862.php>

- 39) Pitout M. (Page consultée le 15/11/2020). La future Maison de santé rurale fait la polémique, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.sudouest.fr/2010/10/30/la-future-maison-de-sante-rurale-fait-la-polemique-225642-1794.php>
- 40) Paillé P. Recherche qualitative. In : Mucchielli A (Ed.) : Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (3e éd.). Paris : Armand Colin éditeur, 2009:218-220.
- 41) Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse. 2004; 0.
- 42) HAS. (Page consultée le 02/11/2020). Annexe. Professionnels de santé, [En ligne]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf
- 43) Code de la santé publique. Article L4041-3 modifié par la LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018-art.48(V) (Version en vigueur au 23/12/2018). Disponibilité sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037950028/2018-12-23/>
- 44) Descours C. (Page consultée le 03/11/2020). Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées : Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/actualite/576-Rapport-Descours-2003.pdf>
- 45) ISNAR-IMG. (Page consultée le 03/11/2020). Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des Internes de Médecine Générale, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
- 46) Frappé P. De la question au type d'étude. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1ière éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE ; 2011. p. 25-84.
- 47) Glaser BG, Strauss AL. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago : Aldine, 1967.
- 48) Couvreur A, Lehuède F. Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs. Centre de Recherche pour Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC). Cahier de recherche. 2002;(176).
- 49) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et al. (Page consultée le 23/12/2020). Introduction à la recherche qualitative, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.bichat->

larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

- 50) Martineau S. L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. Association pour la recherche qualitative. 2004;5-16.
- 51) Frappé P. De l'objectif au protocole. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 85-112.
- 52) Cadwallader JS, Gilles de La Londe J. Recherche qualitative. Ecole d'Automne de FAYR-GP; 2015.
- 53) Misturelli F, Heffernan C. Poverty and participation: an analysis of bias in participatory methods. Livestock Development Group, University of Reading, UK. 2003.
- 54) Frappé P. Du recueil à l'analyse. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 113-144
- 55) Delemarle C. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes. Étude quantitative auprès de la promotion sortante du DES de médecine générale, dans le Nord-Pas-de-Calais en novembre 2017. Thèse de doctorat : Médecine générale : Faculté de médecine de Lille : 2018.
- 56) Pelat M. Attractivité des maisons de santé pluriprofessionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France. Thèse de doctorat : Médecine générale : Faculté de médecine de Paris Est Créteil : 2012.
- 57) Conseil National de l'ordre des Médecins. (Page consultée le 03/03/2021). Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
- 58) 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 générale : Faculté de médecine de Bordeaux : 2016.
- 59) Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion. Thèse de doctorat : Médecine générale : Faculté de médecine de Rennes : 2012.
- 60) Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Santé Publique. 2015 Juil-Août;27(4):539-546.
- 61) Henocque M. L'exercice en maison de santé pluri-professionnelle : enquête

qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme. Thèse de doctorat : Médecine générale : Faculté de médecine d'Amiens : 2014.

- 62) Association des Internes de Médecine Générale de Rennes. (Page consultée le 28/02/2021). Propositions sur l'installation des internes, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/propositions-sur-installation-des-internes-aimger.pdf>
- 63) Hubert E. (Page consultée le 28/02/2021). Rapport du Docteur Élisabeth HUBERT : Mission de concertation sur la médecine de proximité - Présidence de la République, [En ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html>

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis GUITARD Jérôme, un étudiant en année de thèse de médecine générale. Actuellement, je réalise une étude sur la coopération des professionnels de santé sur le territoire de Hautefort et j'aurais souhaité m'entretenir avec vous de ce thème.

Je vous remercie par avance d'accepter de participer à mon travail en tant que professionnel de santé et du temps que vous voudrez bien m'accorder.

Votre parole est libre et vos réponses sont facultatives.

Afin de retranscrire et d'analyser au mieux les informations de notre entretien je vous informe que celui-ci sera enregistré par dictaphone mais toutes les données recueillies seront anonymisées.

- 1)** Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre installation.

Relance possible : Votre Age ?
Depuis quand êtes-vous installé ?
Quelle est votre type d'installation ? En groupe ? Seul ?

- 2)** Que pouvez-vous me dire de la coopération entre les professionnels de santé sur le territoire de Hautefort ?

Relance possible : Comment communiquez-vous, et avec qui ?
Avez-vous des exemples ?

- 3)** Comment jugez-vous cette coopération interprofessionnelle ?

Relance possible : Quelles sont les qualités et les défauts de cette coopération ?
Comment est-il possible de l'améliorer ?

- 4)** Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont destinées à favoriser cette coopération, quelles connaissances avez-vous de leur fonctionnement ?

Relance possible : RCP, protocole pluriprofessionnel, coordination, logiciel pluriprofessionnel, SISA ... qu'en savez-vous ?
Quel est votre avis les concernant ?

- 5)** Vous-même, face à la possibilité de l'installation en maison de santé quels sont les éléments qui ont influencé votre décision ?

Relance possible : Pourquoi ne pas vous être installé dans une MSP ?
Switch selon l'interviewé

Pourquoi vous être installé dans une MSP ?

- 6)** Dans le cas précis de la maison de santé de Hautefort, qu'est ce qui pourrait améliorer son attractivité et favoriser l'installation de professionnels comme vous ?

Relance possible : Quels éléments d'ordre professionnel, personnel, matériel ...
Quelle mesure innovante ...

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

Titre : Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : leviers de relance des projets en difficulté. Étude qualitative à partir de la MSP de Hautefort.

Introduction - Depuis 2007, les MSP sont en pleine expansion. Présentées comme un moyen de lutte contre la désertification médicale et répondant à la volonté des nouvelles générations de soignants de travailler en équipe, les créations de MSP se sont multipliées. A l'instar de la MSP de Hautefort, certaines MSP présentent des difficultés avec un manque de soignants.

L'objectif de cette étude appliquée à la MSP de Hautefort est de faire émerger les points clés au niveau des leviers, des freins, des difficultés, des besoins des professionnels de santé pour intégrer et dynamiser une MSP en difficulté.

Méthode - Nous avons pour cela réalisé une approche qualitative auprès de professionnels de santé dans un rayon de 20 km autour de la MSP de Hautefort.

Résultats - Au total 15 entretiens semi dirigés ont été réalisés. La majorité des professionnels a reconnu une méconnaissance et un manque d'informations sur les MSP.

Parmi ces professionnels, les plus jeunes présentent le plus d'intérêt pour un exercice regroupé, compatible avec celui des MSP.

Au niveau de la MSP d'Hautefort la concurrence des projets de MSP, la déstabilisation de l'équipe et le manque d'ouverture ont constitué un frein à la relance.

Conclusion - Notre démarche permet de proposer aux acteurs locaux des pistes de redynamisation de la MSP de Hautefort passant par un effort de communication des professionnels de cette MSP auprès des autres professionnels du territoire, une plus grande ouverture du projet de santé et une meilleure coordination des projets de MSP.

Mots-clés : maisons de santé pluriprofessionnelles, difficultés, leviers, relance, attractivité

Abstract

Title : Multi-professional health centers (MSP): levers for relaunching projects in difficulty. Qualitative study based on the Hautefort MSP.

Introduction - Since 2007, MSP have been expanding rapidly. Presented as a means of combating medical desertification and responding to the desire of new generations of caregivers to work as a team, the creations of MSP have multiplied. Like the Hautefort MSP, some MSP have difficulties with a lack of caregivers.

The objective of this study applied to the Hautefort MSP is to bring out the key points in terms of levers, brakes, difficulties and the needs of health professionals to integrate and energize a struggling MSP.

Method - For this, we carried out a qualitative approach with health professionals within a radius of 20 km around the Hautefort MSP.

Results - A total of 15 semi-structured interviews were carried out. The majority of professionals recognized a lack of knowledge and a lack of information about MSP. Among these professionals, the youngest are the most interested in a group exercise compatible with that of the MSP.

At the level of the Hautefort MSP, competition from MSP projects, the destabilization of the team and the lack of openness acted as a brake on recovery.

Conclusion - Our approach makes it possible to offer local actors avenues for revitalizing the Hautefort MSP through a communication effort by professionals of this MSP with other professionals in the territory, greater openness of the health project and better coordination of MSP projects.

Keywords: multi-professional healthcare centers, difficulties, levers, recovery, attractiveness